



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

FACTORES RELACIONADOS CON LA
INASISTENCIA AL SERVICIO DE CONSEJERÍA EN
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DEL
ADOLESCENTE DEL COLEGIO DE BACHILLERES
No. 3

T É S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
PRESENTAN:

IRMA ARACELI GRANADOS UBALDO
CARLOS ARMANDO ARRIAGA SERRALDE

DIRECTOR DE TESIS: Dr. HUGO TAPIA MARTÍNEZ

MÉXICO D.F

2016.





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS DE CARLOS Y ARACELI

A LA U.N.A.M

Por el honor de pertenecer a esta gran familia universitaria, por los amigos, los hermanos encontrados en esta aventura.

A LA E.N.E.O

Por brindarnos la formación para desempeñar con honor nuestra noble profesión.

A NUESTROS PROFESORES

Por transmitirnos aprendizajes a través de su experiencia, por la dedicación y vocación con la que desempeñan su ardua labor.

A NUESTRO ASESOR

Por ser parte invaluable de este logro, por su apoyo, por todos sus conocimientos compartidos, por el esfuerzo y tiempo requerido, con todo nuestro cariño agradecemos su guía.

DEDICATORIAS DE ARACELI GRANADOS

A MI AMADO ESPOSO CARLOS ARRIAGA

A ti, que mis demonios vives, a ti, que iluminas con una sonrisa la oscuridad de un corazón, a ti, que andas sin prisa, que calmas y armonizas a este simple corazón, a ti, dedico mis días, mis noches y mis sueños, mis más grandes anhelos, mi más bella ilusión, a ti, que con un beso calmas cualquier tropiezo te dedico todo lo que soy.

E. VITALYS GRANADOS

Llevas en el nombre la fuerza que hay en tu interior, eres parte de mi alma, mente y corazón, eres mis ganas de ser cada día mejor, te amo y agradezco me dejes ser parte de tu historia. Se grande, se fuerte, se tú.

LUNA ATHENEA ARRIAGA G.

Gracias por cada día que me permites pasar a tu lado, por haber llegado a mi vida, por ser mi fuerza e inspiración, por ser mi motivo de superación, a ti, te dedico hija mía; lo mejor de mi corazón. Te amo tlacuachito.

YEYETZI IX CHEL ARRIAGA G.

Sabandija divina eres mi vida, la alegría de la casa, la sonrisa franca, tu fuerza es causa de mi admiración, Gracias por tu compañía, por elegirnos como tu guía en esta aventura llamada vida y por ser causa de nuestra inspiración.

JOSÉ MANUEL LUGO M.

Te quedaste cuando todos se fueron,
partiste cuando otro ángel llegó, parte de ti
estará siempre conmigo, parte de mí te la
llevaste tú y aunque la vida lo intente, no
separara lo que el cariño unió.

A MIS HERMANOS

Son un gran ejemplo de tenacidad y fuerza,
siempre presentes en mi corazón.

LOURDES MATEOS Y JOSÉ LUIS LUGO

Con respeto y admiración les dedico éste y cada
logro en mi vida, cada paso, cada meta alcanzada
es de ambos, pues Manuel siempre estará en mi
corazón.

A MIS PADRES

Por cada noche en vela que los haya hecho
pasar, por cada cosa que no pudieron
lograr por brindarme a mí la oportunidad,
por cada sueño postergado mientras
luchaban por mi bienestar, por el
esfuerzo de seguir aun cuando el cuerpo
no podía más. Gracias

PEDRO GRANADOS RAMIREZ

Cuando creo que ya no puedo, cuando
no encuentro la luz, viene a mi
corazón tu recuerdo y se convierte
en mi motor, abuelo mío... todo un
honor formar parte de tu filia, cada
recuerdo compartido cada enseñanza
escondida, cada momento cada
instante está en mi corazón.

DEDICATORIAS DE CARLOS ARRIAGA

A IRMA ARACELI GRANADOS UBALDO

Por impulsarme en los momentos más difíciles de mi vida, por apoyarme y luchar en esta vida a su lado, para juntos lograr nuestros sueños esforzándonos día a día y por compartir la ilusión de la paternidad.

A MIS PADRES

Por permitirme vivir y así realizar mis sueños; por su apoyo incondicional, y por su experiencia de vida

A MIS HIJAS

Por ser mi razón.

A MIS TIAS

Por todo su apoyo y confianza, por el cariño que me han brindado, por sus consejos, por estar ahí cuando las he necesitado.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
APARTADO I	
1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	4
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
2. JUSTIFICACIÓN	6
3. OBJETIVOS	
3.1 OBJETIVOS GENERALES	8
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
APARTADO II	
4. MARCO TEÓRICO	
4.1 GENERALIDADES DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL ADOLESCENTE	9
4.1.1 Conceptos	12
4.1.2 Antecedentes	15
4.2 FACTORES QUE LIMITAN LA ASISTENCIA A LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	20
4.2.1 Factores socioculturales	22
4.2.2 Factores intrínsecos	22
4.2.3 Factores extrínsecos	25
4.3 PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD EN LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	32

APARTADO III

5. METODOLOGÍA

5.1	TIPO DE INVESTIGACIÓN	34
5.2	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	35
5.3	POBLACIÓN Y MUESTRA	36
5.4	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	36
5.5	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	36
5.6	VARIABLES	37
5.6.1	Definición conceptual	37
5.6.2	Indicadores	38
5.6.3	Operacionalización	40
5.7	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	44
5.8	CONSIDERACIONES ÉTICAS	44

APARTADO IV

6.	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	45
-----------	-----------------------------------	-----------

7.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	80
-----------	------------------------------------------------	-----------

APARTADO V

8.	CONCLUSIONES	88
-----------	---------------------	-----------

9.	RECOMENDACIONES	90
-----------	------------------------	-----------

APARTADO VI

10. BIBLIOGRAFÍA	92
-------------------------	-----------

11. ANEXOS

Anexo A	99
Anexo B	102
Anexo C	103
Anexo D	104

I. INTRODUCCIÓN

La salud sexual se evidencia en las expresiones libres y responsables de capacidades sexuales que conducen a la armonía personal y al bienestar social enriqueciendo la vida individual y social. “El término salud sexual implica un sentido de control sobre el propio cuerpo, un reconocimiento de los derechos sexuales y está fuertemente influenciado por las características psicológicas de un individuo como su autoestima y su bienestar emocional y mental, además de la cultura y el ambiente donde vive.”¹

“El desarrollo completo de la sexualidad es esencial para el bienestar individual, interpersonal y social, e incluye temas como sexo, género, identidad sexual y de género, orientación sexual, erotismo, apego emocional, amor y reproducción. Se experimenta o se expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actividades, valores, prácticas, funciones y relaciones. La salud sexual se apoya en el autocontrol para decidir cuándo se comienza la actividad sexual, control sobre la elección que haga de pareja sexual, y control sobre la frecuencia de la actividad sexual. La salud sexual incluye el derecho a postergar y o rechazar relaciones sexuales, particularmente si estas pueden conducir a consecuencias negativas como un embarazo no deseado o una infección.”²

El reconocimiento de los derechos sexuales es inherente a la salud sexual, lo que implica que los individuos tienen derecho a la libertad sexual, privacidad, equidad, placer y a elegir de forma libre y responsable. Los seres racionales necesitan saber cuáles son las consecuencias potenciales de sus acciones, y las decisiones

¹ Organización Panamericana de la Salud. World Association of Sexology. Promotion of Sexual Health: Recommendation for Action. Washington: OPS; 2002

² Schutt-Aine J. Maddaleno M. Salud Sexual y Desarrollo de Adolescentes y Jóvenes en las Américas Implicaciones en programas y políticas. Washington DC, 2003.

autónomas de un individuo no pueden denominarse saludables si son coercitivas para otra persona.³

La presente tesis realiza la influencia de los factores que limitan la asistencia de los adolescentes al servicio de salud sexual y reproductiva en el área de consejería. Constituye, a su vez, un campo rico en el cual el Lic. en Enfermería y Obstetricia, aplique sus conocimientos y formule estrategias que contribuyan a disminuir las barreras de acceso al servicio de salud sexual y reproductiva.

La investigación plantea el cuestionamiento de ¿Cuáles son los factores que influyen en la falta de asistencia de adolescentes del Colegio de Bachilleres No. 3 al servicio médico orientación-consejería en salud sexual y reproductiva? La importancia de ésta temática es que al detectar cuáles son los factores que influyen en la inasistencia del adolescente al S.S.R se podrán disminuir o eliminar las barreras de acceso a este servicio. Por ello es recomendable que todo el personal de salud se comprometa a identificar y reducir dichos factores para así poder brindar servicios de salud de calidad a la población adolescente.

Por lo anterior y siguiendo las bases metodológicas de la investigación científica, se plantea en este diseño, VI apartados; en el primer apartado se aborda la descripción del problema, el planteamiento del mismo y los objetivos; en el segundo apartado, el marco teórico; en el cual se mencionan las generalidades de la salud sexual y reproductiva, conceptos, antecedentes de la consejería en salud sexual y reproductiva así como los factores que limitan la asistencia a este servicio, factores intrínsecos y extrínsecos también se aborda la participación del personal de salud en los servicios de salud sexual y reproductiva.

³ World Association for Sexology. Declaración de los derechos sexuales. 14º Congreso Mundial de Sexología 1999

En el tercer apartado se aborda; el tipo de investigación así como su diseño, la población y muestra, criterios de inclusión y exclusión, se menciona las variables, su definición conceptual, los indicadores de la variable y su operacionalización, además de la técnica e instrumento de recolección de datos y las consideraciones éticas de la presente investigación.

En el cuarto apartado se aborda la presentación de resultados, el análisis e interpretación de los mismos. En el quinto apartado se exponen las conclusiones y recomendaciones, finalmente en el sexto apartado las referencias bibliográficas y los anexos.

APARTADO I

1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

El problema surge durante la experiencia académica en las materias de Obstetricia I y II de la carrera de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia; al estudiar la elevada tasa de embarazo en adolescentes, los factores de riesgo biológicos, sociales, psicológicos, la tasa de mortalidad materno-infantil, el manejo médico y la participación de enfermería, se concluye que aunque existen programas nacionales e internacionales para “reducir la tasa de embarazo adolescente”, este número va en aumento tanto en los países en vías de desarrollo como en los países desarrollados.

Un ejemplo de dicha problemática es la que detectamos a través de la realización de nuestro Servicio Social en el Colegio de Bachilleres No. 3 en Iztacalco, uno de los más grandes del distrito federal, con una población de aproximadamente 7 mil estudiantes, donde se detectó baja e incluso nula asistencia al servicio de salud por los estudiantes para solicitar información o consejería sobre sexualidad y/o reproducción, hecho contrario con una encuesta de salud aplicada a 308 alumnos de primer semestre de ambos turnos por los pasantes, donde casi la mitad indicaba tener interés en conocer más sobre salud sexual y reproductiva, además de detectar 5 casos de abortos, 5 alumnas embarazadas y 4 que habían parido recientemente.

Otro dato alarmante que se detectó en la encuesta fue que un tercio de la población tiene vida sexual activa, de los cuales la mitad (48%) ha sido con más de una pareja, pese a que el 100% manifiesta conocer el manejo de métodos anticonceptivos un 20% de los alumnos encuestados ha tenido relaciones sexuales sin protección.

Al reflexionar sobre la situación anterior, nos cuestionamos ¿Qué aspectos hay detrás, que evitan que el adolescente se acerque al personal de salud en busca de consejería sexual y reproductiva? ¿Cuáles son los aspectos psicosociales que limitan el acercamiento del adolescente al personal de salud? ¿Es posible dar un nuevo enfoque a la consejería en salud sexual y reproductiva basado en las necesidades y expectativas actuales de los adolescentes? El reconocimiento de factores limitantes para el acercamiento del adolescente a la consejería sexual y reproductiva sin duda ayudará a un nuevo planteamiento en esta área. Motivo por el cual surge la siguiente pregunta de investigación:

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores que influyen en la falta de asistencia de adolescentes del Colegio de Bachilleres No. 3 al servicio médico orientación-consejería en salud sexual y reproductiva?

2. JUSTIFICACIÓN

El siguiente proyecto de tesis tiene el propósito de determinar cuáles son los factores que hacen que los jóvenes no asistan a los servicios de salud sexual y reproductiva y con ello replantear las estrategias para que asistan y reciban la información así como para permitirles que expresen sus sentimientos y emociones en torno a la sexualidad y reproducción como parte de su autocuidado, debido a que el embarazo en adolescentes se ha vuelto un problema de salud a nivel mundial, se estima que cada año dan a luz 150 millones de adolescentes, según la UNICEF, la ONU reporta una cifra de 93 embarazos adolescentes por cada mil.

En el caso específico de México las cifras son aún más alarmantes pues los datos más recientes *“según la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada año aproximadamente 16 millones de jóvenes de entre 15 y 19 años dan a luz, lo que supone el 11% de los nacidos en el mundo. Las más recientes cifras de este fenómeno divulgadas en el Informe “Maternidad en la niñez” del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) indican que nuestro país ocupa el primer lugar de embarazos adolescentes en la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), con una tasa de natalidad de 64.2 por cada 1000 nacimientos. Asimismo, el riesgo no sólo se expresa en la tasa de mortalidad de la joven, sino además en la tasa de mortalidad del neonato, cuyo riesgo de muerte es un 50% más que en mujeres de entre 20 y 30 años, explica el consultor en salud de adolescentes de la OMS, James E. Rosen”*⁴

Por lo que la presente investigación brindará elementos que permitan planificar acciones que vuelvan al S.S.R una herramienta eficaz para fomentar la salud sexual y reproductiva en el adolescente beneficiándolos al enfocar el S.S.R en sus

⁴<http://noticias.universia.net.mx/actualidad/noticia/2014/01/10/1074362/ocde-mexico-ocupa-primer-lugar-casos-embarazos-adolescentes.html>

necesidades disminuyendo al máximo las barreras que influyen en la búsqueda de este grupo etario de una consejería en salud sexual y reproductiva profesional.

A su vez, dicho proyecto brindará a las autoridades un panorama real de las barreras existentes para que el adolescente se acerque al S.S.R lo cual les permitirá modificar sus programas o implementar estrategias que fomenten el acercamiento de este grupo etario a dicho servicio, buscando con ello reducir la deserción escolar relacionada con el embarazo adolescente.

La presente investigación aportará a los pasantes de enfermería un panorama real de las barreras que influyen en el adolescente para omitir la búsqueda del servicio de S.S.R lo cual permitirá la planificación de acciones de enfermería que eliminen dichas barreras.

Por ende es sumamente importante dar un nuevo enfoque a los programas de consejería en planificación familiar basado en las necesidades y expectativas actuales de los adolescentes, siendo de suma importancia detectar los principales factores relacionados con la inasistencia de los jóvenes al servicio de salud sexual y reproductiva, ya que además del riesgo inherente a su salud, la adolescente gestante enfrentara un cambio brusco en su proyecto de vida.

3. OBJETIVOS

3.1 GENERAL

Describir los factores que influyen en la falta de asistencia de los adolescentes del Colegio de Bachilleres No. 3 al servicio de médico orientación-consejería en salud sexual y reproductiva.

3.2 ESPECÍFICOS

- Identificar los factores intrínsecos que influyen en la falta de asistencia de los adolescentes del Colegio de Bachilleres No. 3 al servicio de médico orientación-consejería en salud sexual y reproductiva.
- Identificar los factores extrínsecos que influyen en la falta de asistencia de los adolescentes del Colegio de Bachilleres No. 3 al servicio de médico orientación-consejería en salud sexual y reproductiva.

APARTADO II

4. MARCO TEORÍCO

4.1 GENERALIDADES DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL ADOLESCENTE

La “adolescencia” es un concepto definido de diversos modos según distintos organismos, enfoques, teorías y disciplinas. La construcción que se haga de la adolescencia va a determinar miradas, levantamiento de problemas y abordaje de los mismos. Por ejemplo, hay temas que tienen un relativo consenso como el que esta es una etapa de consolidación de la identidad, y hay otros en los cuales, existe poco consenso como por ejemplo, si los/as adolescentes pueden tomar decisiones en torno a su sexualidad y su propio cuerpo. En este caso los abordajes desde las políticas, las instituciones sociales y las familias pueden ser variados e incluso opuestos.⁵

En cuanto a la salud sexual y salud reproductiva de la población adolescente, hay dos enfoques que han predominado: el de la subordinación y el de los factores de riesgo.

Desde el enfoque de subordinación, los/as adolescentes son significados como un grupo limitado, dependiente, y excluido de la participación. Son los/as adultos quienes definen el marco dentro del cual, se deben mover los/as jóvenes, controlando sus recursos materiales y psicosociales. Este discurso hegemónico va de la mano del enfoque de factores de riesgo; muy comúnmente utilizado en el sector salud y en las políticas mismas, el cual centra su atención en las principales áreas de riesgo para la salud de los/as adolescentes. Este enfoque ha tenido un

⁵ Hoffman, W. (1996). Conceptos y métodos en la psicología del desarrollo. En: Psicología del desarrollo hoy. México: McGraw-Hill.

fuerte impacto en el imaginario social sobre la adolescencia, ya que desde el, la adolescencia es vista como problema, como crisis, como asociada a ciertas patologías, y como etapa de “peligro”. En el ámbito de la salud sexual y reproductiva, desde este enfoque, existen riesgos en cuanto a las infecciones de transmisión sexual, el VIH-SIDA, la gestación adolescente, la salud de la madre, la paternidad, etc.

Maddaleno y Schutt–Aine señalan que: “los legisladores, planificadores de programas y la sociedad adulta con frecuencia asocian la adolescencia y la juventud con una edad problemática lo cual influye para que los programas suelen limitarse a tratar “el embarazo adolescente” y promover la abstinencia y el uso del condón. Los programas ignoran que la sexualidad es parte del desarrollo humano y los conceptos como amor, sentimientos, emociones, intimidad y deseo con frecuencia no se incluyen en intervenciones de salud sexual y reproductiva. En lugar de ser estigmatizadas o discriminadas por pertenecer a un cierto grupo de edad, es necesario que las y los adolescentes sean reconocidos como actores estratégicos para conseguir que los programas en salud sexual y reproductiva sean más efectivos.”⁶

En la misma línea, el Dr. Ramiro Molina, (Chile) destacado profesional con reconocida trayectoria en el tema de estudio, ha reiterado que una política efectiva de prevención del embarazo adolescente debe estar basada en los siguientes tres pilares: la existencia de un programa de educación sexual que comprometa a los jóvenes, los educadores y los padres; el acceso de los jóvenes a servicios de salud personalizados y confidenciales; y el acceso directo al control de la natalidad. Según el Dr. Molina, “las políticas de Chile están muy lejos de incluir esos tres pilares.”

⁶ Ídem

Otra perspectiva que se ha utilizado para el abordaje de la adolescencia es la demográfica, tanto desde categorías etarias como desde los movimientos demográficos. La OMS establece que la adolescencia se sitúa en todas las personas entre los 12 y los 19 años. Si bien la definición etaria de este tramo permite estandarizar acciones públicas, no considera las diferencias en el desarrollo biológico y psicológico, ni tampoco las diferencias en los contextos socio-culturales donde se desarrollan los/as adolescentes. Por tanto, el desafío es avanzar hacia conceptualizaciones que integren otros elementos y permitan caracterizar la diversidad que presentan estos actores sociales.⁷

El enfoque de ciudadanía, por su parte, se centra en los derechos de las/os adolescentes como el derecho a la salud, a la salud sexual y la integridad sexual, la seguridad sexual del cuerpo, la privacidad, la igualdad, el amor, la expresión, el derecho de elegir, a una adecuada educación y atención en salud. A pesar de la importancia de este último enfoque, este no ha primado en las aproximaciones que la sociedad general realiza sobre la adolescencia.

Respecto a la salud sexual y salud reproductiva, cabe destacar que, en términos generales, ambos conceptos han sido concebidos como un corpus indisoluble ("salud sexual reproductiva"), poniéndose mayor énfasis en los aspectos "reproductivos" de la salud que en los "sexuales". Claro ejemplo de ello es que en nuestro país, la atención de SSR ha estado centrada en las mujeres y especialmente en la salud reproductiva de las mismas. Bajo este modelo, la salud sexual de las mujeres ha quedado relegada a la esfera reproductiva, y la salud tanto sexual como reproductiva de los hombres no ha sido temática de políticas públicas ni de reflexión social. Ha existido poco debate sobre la sexualidad, y poco énfasis en la educación sexual como estrategia. Tras esto subyace la idea de que los/as adolescentes no "deben" tener una sexualidad activa, y que educarlos en

⁷ Organización Panamericana de la Salud. "Implementación de la estrategia de promoción de la salud en la Organización Panamericana de la Salud." Programa de Promoción de la Salud, OPS/OMS, mayo 1992.

estas temáticas podría contribuir a aumentar una cultura de excesiva libertad sexual. De allí también se deriva la poca identificación de los/as adolescentes como sujetos de derecho y usuarios potenciales de los servicios de salud en estas materias.⁸

De la mano de lo anterior, las percepciones sociales sobre las mujeres como foco de la atención de SSR contribuyen a reforzar las inequidades de género, siendo ellas las relacionadas con los deberes y derechos reproductivos, quedando de este modo a cargo de la crianza y cuidado de los hijos e hijas, mientras los hombres son asociados a las funciones económico-productivas de la sociedad.⁹

4.1.1 CONCEPTOS

Salud reproductiva

La organización mundial de la salud ha definido a la salud reproductiva como *“el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción”*¹⁰

Este concepto abarca de forma general lo que se entiende como salud reproductiva, sin embargo no establece tiempos ni métodos para lograr dicho bienestar, si bien la comunidad científica ha llegado a un acuerdo sobre el concepto general de lo que es La Salud Reproductiva, así como de los tiempos

⁸ “Por mi salud y tu tranquilidad, hablemos de sexualidad” DGSJ

⁹ Hoffman, Op. Cit.

¹⁰ Documento en pdf. Daniel Gutiérrez, M.D., M.P.H “SALUD REPRODUCTIVA: Concepto e importancia Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud No. 39 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 1996

más favorables para aplicar las intervenciones pertinentes para favorecer dicha Salud, no ha llegado a un consenso sobre cuáles son los métodos idóneos para obtener un programa que brinde a la población en riesgo una herramienta más para el cuidado de su salud.

Por otra parte Lucía Mazarrasa Alvear y Sara Gil Tarragato (MIR de Medicina Preventiva y Salud Pública) en su manual **Salud Sexual y Reproductiva** “Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género y Salud” nos expone los siguientes conceptos¹¹

Salud sexual y Reproductiva (S.S.R)

El concepto de Salud Sexual y Reproductiva es definido por el Fondo de Población de Naciones Unidas como un “Enfoque integral para analizar y responder a las necesidades de hombres y mujeres respecto a la sexualidad y la reproducción”. Desglosando sus dos componentes podemos definir la Salud Reproductiva como un *“Estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Entraña además la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”*. Además establece como objetivo de la Salud sexual “el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento en materia de reproducción y enfermedades de transmisión sexual”¹²

¹¹ IDEM

¹² http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/13modulo_12.pdf

La salud sexual y reproductiva así definida tiene su origen en la “Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas” (CIPD) que tuvo lugar en El Cairo el año 1994. Fue en esta conferencia donde se acuñó por primera vez este término. Hasta entonces, lo que hoy todos entendemos por salud sexual y reproductiva, nunca había estado como tal en los documentos ni en las iniciativas internacionales.

Adolescente

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos. No es solamente un período de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social.

Es difícil establecer límites cronológicos para este período; de acuerdo a los conceptos convencionalmente aceptados por la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases: la adolescencia temprana (10 a 14 años) y la adolescencia tardía (15 a 19 años)¹³

¹³ http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/capitulo_i_el_concepto_de_adolescencia.pdf

Sexualidad

Es la suma de los atributos físicos funcionales y psicológicos que se expresan por la identidad y conducta sexual, en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos.¹⁴

Factores

Entendemos por factores a aquellos elementos que pueden condicionar una situación, volviéndose los causantes de la evolución o transformación de los hechos. Un factor es lo que contribuye a que se obtengan determinados resultados al caer sobre él la responsabilidad de la variación o de los cambios.

En el campo de la epidemiología se denomina factores de riesgos a todas aquellas situaciones, circunstancias, que aumentan las posibilidades de una persona de contraer algún tipo de enfermedad o afección como ser cáncer o aterosclerosis.¹⁵

4.1.2 ANTECEDENTES

Si bien, el concepto de salud sexual y reproductiva tuvo sus orígenes en lo que fue llamado salud materno infantil y su enfoque primario era relacionado a la disminución del aumento demográfico, estos conceptos tienen su fundamento en los derechos humanos fundamentales los cuales exponen lo siguiente en cuanto a salud sexual y reproductiva se refiere.

¹⁴ "Promoción de la Salud Sexual en Jóvenes" Raquel Alicia Benavides... 1° Edición. México, Editorial El Manual Moderno, 2013

¹⁵ ... vía Definición ABC <http://www.definicionabc.com/general/factor.php>

Son derechos humanos fundamentales relativos al libre ejercicio de la sexualidad sin riesgos, al placer físico y emocional, a la libre orientación sexual, a la libre elección del número de hijos, a la protección de la maternidad, entre otros aspectos. Quedaron definidos como tales en la Conferencia de El Cairo.¹⁶

El listado de derechos sexuales y reproductivos según ONU-SIDA es:

1. Derecho a la vida, derecho fundamental que permite el disfrute de los demás derechos.
2. Derecho a la integridad física, psíquica y social.
3. Libertad a la finalidad del ejercicio de la sexualidad: recreativa, comunicativa, reproductiva.
4. Respeto a las decisiones personales en torno a la preferencia sexual.
5. Respeto a la opción de la reproducción.
6. Elección del estado civil.
7. Libertad de fundar una familia.
8. Libertad de decidir sobre el número de hijos, el espaciamiento entre ellos y la elección de los métodos anticonceptivos o proconceptivos.
9. Al reconocimiento y aceptación de sí mismo, como hombre, como mujer y como ser sexuado.
10. A la igualdad de sexo y género.
11. Al fortalecimiento de la autoestima, la autovaloración, y la autonomía para lograr la toma de decisiones adecuadas en torno a la sexualidad.
12. Expresión y libre ejercicio de la orientación sexual.
13. Libertad de elegir compañero/a sexual.
14. Elegir si se tienen o no relaciones sexuales.
15. A elegir las actividades sexuales según sus preferencias.
16. Derecho a recibir información clara, oportuna y científica acerca de la sexualidad.

¹⁶ Guía para programas y proyectos de salud sexual y reproductiva en África”. AECl-2005

17.A espacios de comunicación familiar para tratar el tema de la sexualidad.

18.A la intimidad personal, la vida privada y al buen nombre.

Anteriormente La Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) elaboró una carta sobre los derechos sexuales y reproductivos en Londres en 1996 donde se recoge además:¹⁷

1. El derecho a la vida, lo que significa que no se debe arriesgar la vida de ninguna mujer debido a un embarazo.
2. El derecho a la libertad y seguridad de la persona, el cual reconoce que ninguna mujer o niña debe ser sometida ni a la mutilación genital femenina, ni al embarazo, esterilización o aborto forzado.
3. El derecho a la igualdad y estar libre de todas las formas de discriminación, incluso en la vida sexual y reproductiva.
4. El derecho a la intimidad y la confidencialidad, lo que significa que los servicios deben garantizar la confidencialidad y que todas las mujeres tienen el derecho a tomar decisiones reproductivas autónomas.
5. El derecho a la libertad de pensamiento que incluye libertad de interpretación de textos religiosos, creencias, filosofías y costumbres restrictivas que limitan la libertad de pensamiento sobre la atención a la SSR.
6. El derecho a información y educación sobre SSR de todas las personas, incluyendo el acceso a información completa sobre los beneficios y riesgos y eficacia de todos los métodos de regulación de la fertilidad, a fin de que todas las decisiones tomadas se basen en consentimiento informado, libre y pleno.
7. El derecho de decidir casarse o no y de planificar y tener una familia y decidir o no tener hijas e hijos.

¹⁷ Ídem

8. El derecho a la atención médica y a la protección a la salud que incluye una atención con la más alta calidad y los derechos de ser libre de prácticas tradicionales que son perjudiciales para la salud.
9. El derecho a gozar los beneficios del progreso científico que incluye las nuevas tecnologías en reproducción que sean seguras para la salud, eficaces y aceptables para mujeres y hombres.
10. El derecho a la libertad de asamblea y participación política que incluye que todas las personas puedan influir en las comunidades y gobiernos para que den prioridad a la salud y los derechos sexuales y reproductivos.
11. El derecho a una vida libre de tortura y trato inhumano que incluye que todas las personas, mujeres y hombres adolescentes niñas y niños, tengan protección ante la violencia, explotación sexual y abuso.

Dentro de todos ellos los Derechos Sexuales son generalmente los menos difundidos. Los derechos sexuales según la Asociación Mundial de Sexología son:

- a. El derecho a la libertad sexual.
- b. El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo.
- c. El derecho a la privacidad sexual.
- d. El derecho a la equidad sexual.
- e. El derecho al placer sexual.
- f. El derecho a la expresión sexual emocional.
- g. El derecho a la libre asociación sexual.
- h. El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables.
- i. El derecho a información basada en el conocimiento científico.
- j. El derecho a la educación sexual integral.
- k. El derecho a la atención de la salud sexual.¹⁸

¹⁸ Ídem

Es importante describir Los componentes que conforman el concepto de salud sexual y reproductiva para poder realizar una planificación integral de intervenciones, a continuación se exponen los componentes establecidos:

- Servicios de información, asesoramiento, educación y comunicación en materia de anticoncepción y salud reproductiva.
- Educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgo y posparto.
- Cuidados de salud para los y las recién nacidas/os.
- Acceso a métodos anticonceptivos seguros y modernos.
- Información y tratamiento para las infecciones de transmisión sexual.
- Servicios de aborto seguro, y tratamiento de sus posibles complicaciones.
- Prevención y tratamiento apropiado de la infertilidad.
- Información, educación y asesoramiento sobre sexualidad, salud reproductiva y maternidad y paternidad responsable.
- Su ámbito de actuación tiene que hacer especial énfasis en la población juvenil.
- Así como garantizar la participación de las mujeres en la toma de decisiones en los servicios de salud sexual y reproductiva.
- Y procurar servicios de prevención y atención en materia de violencia de género.¹⁹

¹⁹ ESTUDIO BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE EN CHILE. Estudio realizado entre octubre de 2009 y marzo de 2010, por la organización Cultura Salud (www.culturasalud.cl) para el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.

Con base en lo anterior, podemos inferir que la consejería sexual y reproductiva en el adolescente busca a su vez garantizar los derechos fundamentales de los seres humanos.

4.2 FACTORES QUE LIMITAN LA ASISTENCIA A LOS SERVICIOS DE SSR

Un análisis de la literatura en esta área sugiere que existen diversas variables relevantes, algunas son asociadas con el género, la edad, los valores o la etnia de la persona, mientras que otras corresponden a factores más universales, pero con el potencial de afectarles a todos los clientes de servicios de SSR. Algunos de estos factores son individuales (intrínsecos) mientras que otros reflejan influencias de la comunidad y de los valores sociales y culturales (extrínsecos).²⁰

La interacción entre estos factores intrínsecos y extrínsecos determina el acceso de las personas a los servicios de salud, la elección de métodos anticonceptivos eficaces y su utilización continua y efectiva.

Para algunas personas una combinación de varios factores puede afectar sus conductas para buscar servicios de atención, mientras para otros, un solo factor primario puede influir en su acceso a los servicios de SSR. Así, es imprescindible en la planificación de los programas para adolescentes considerar la forma como los servicios pueden proporcionar un conjunto de opciones para sus necesidades.²¹

²⁰ Palma I, Matus C, Navarrete L, Palma S. Etnografía de la atención y consulta médica a adolescentes en establecimientos de atención primaria de salud. Proyecto FONIS SA05I20093. Informe de Investigación. Universidad de Chile. Marzo 2008.

²¹ Craig, J. (2009). Desarrollo psicológico. Novena edición México: Pretince Hall. México: Pax.

Los y las adolescentes enfrentan múltiples barreras en el acceso a los servicios de planificación familiar y en la utilización de anticonceptivos, las que incluyen factores económicos, geográficos, la relación con sus padres y su pareja, y la preocupación sobre la confidencialidad.

En 2007, el *Lancet (revista médica Británica)* publicó una serie de artículos sobre los servicios de salud primaria para adolescentes desde la perspectiva mundial. En estas publicaciones se identificaron las siguientes barreras que enfrentan los y las adolescentes en todo el mundo para acceder a los servicios de atención primaria: falta de servicios cercanos; leyes y políticas restrictivas que impiden el acceso a los servicios; costos, servicios inconvenientes (lejanía y/o horarios inconvenientes); y falta de conocimiento sobre la disponibilidad de los servicios. Incluso cuando los servicios existen y son accesible para adolescentes, muchas mujeres y hombres jóvenes enfrentan barreras como: la vergüenza por acceder a los servicios (por miedo de revelar que se mantienen relaciones sexuales a temprana edad o por incomodidad de hablar sobre temas de sexualidad), la percepción de ser invulnerables (“a mí no me va a pasar”), el temor de ser reconocido/a en la sala de espera, de que los proveedores no mantengan la confidencialidad, particularmente la divulgación a sus padres y, el temor a que los proveedores les hagan preguntas difíciles, que los juzguen o maltraten por tener relaciones sexuales, o que les hagan procedimientos poco agradables.²²

Los sentimientos negativos hacia los servicios, también alejan a la población adolescente de estos.

²² Palma I, et. al., op. cit.

4.2.1 FACTORES SOCIO-CULTURALES

Estos factores están relacionados con la percepción colectiva de la población hacia la actividad sexual en los adolescentes, la cual es transmitida a través de la cultura y de la educación dentro del seno familiar. Dichos factores suelen convertirse en barreras para que el adolescente pueda acceder libremente a los servicios de S.S.R debido a que suelen ser juzgados por buscar consejería. Pese a que nuestra sociedad en general adopta y acepta cada vez más la hipersexualización en programas televisivos, revistas etc.

4.2.2 FACTORES INTRÍNSECOS

Intrínseco se refiere a lo que es una parte natural, propio y esencial de algo.²³ Los factores intrínsecos están relacionados con el propio adolescente, su autopercepción, su plan de vida y sus creencias personales. (Matus, Navarrete, 2008).

El estudio realizado por Luengo y colaboradoras del año 2007. Se enfocó en las barreras de acceso a los Servicios de SSR, fue realizado con adolescentes escolares de comunas vulnerables y con alto porcentaje de nacimientos de hijos de madres adolescentes del Área Metropolitana y fue apoyado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este estudio observó en la evaluación cuantitativa que solo un poco más de la mitad (54,4%) de los y las adolescentes beneficiarios de servicios de salud pública conocían la existencia de servicios de salud sexual y reproductiva, y que solo el 18,2% de ellos había consultado alguna vez. Sin embargo, a diferencia de lo observado en el estudio anterior, los consultantes en

²³ <http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/intrinseco>

su gran mayoría quedaron muy satisfechos con la atención recibida en dicho sistema.

Las razones que entregan los y las adolescentes para no haber consultado por atención de servicios de salud sexual y reproductiva son en primer lugar (cerca del 60%) porque no lo han necesitado.²⁴ Al profundizar la pregunta con metodología cualitativa se observa que la necesidad se relaciona con haber iniciado o no vida sexual activa. Luego, en el caso de las mujeres y con diferencias estadísticamente significativas en relación a los hombres, se mencionan la vergüenza de consultar y la preocupación por la falta de privacidad, es decir, porque podrían encontrar a alguien que les comunicara a sus padres que las vieron consultando. En el caso de los varones el 23,6% de ellos dijo desconocer la existencia de dichos servicios y un 7,1% no saber para qué sirven. En las mujeres se observó una tendencia (17,5% vs 4,5% en los varones), sin presentar diferencias estadísticamente significativas, a estimar que sus padres no aprobarían que ellas consultaran. Los resultados también señalaron que la gran mayoría de los que no han consultado (sobre 95% de ellos) saben que tienen derecho a consultar y que alrededor del 70% de las mujeres preferiría consultar en un Centro especializado para adolescentes. Cerca del 60% de los varones considera el consultorio como el mejor lugar para consultar. El grupo de adolescentes menores de 15 años que ha llegado a consultar, refiere de manera estadísticamente significativa, quedar menos satisfecho con la atención que el grupo de adolescentes mayores.²⁵

Al profundizar estos aspectos con metodología cualitativa, entrevistas en profundidad y grupos focales, se pueden afirmar las siguientes conclusiones, algunas de las cuales confirman lo señalado por los autores anteriormente citados:

²⁴ ESTUDIO BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE EN CHILE. op. cit.

²⁵ Palma I, et. al., op. cit.

- El miedo y la vergüenza son dos elementos que actúan como importantes barreras para acceder a los servicios. La vergüenza a exponer aspectos de su vida íntima y reconocer ante un adulto que han iniciado vida sexual, o que piensen que la ha iniciado, es un sentimiento muy frecuente entre las/los adolescentes. Aparece también el miedo o temor a ser discriminados por su edad, y el temor a ser discriminados por sus propios pares al saber que asisten a estos servicios. Detrás del miedo está el mismo patrón cultural que subyace al sentimiento de vergüenza: la prohibición cultural de la vida sexual activa para adolescentes de su edad.²⁶
- En los hombres, en unión al miedo y la vergüenza aparece la “lata” de consultar, sentimiento exclusivamente masculino que denota la desmotivación por consultar y saber más de estos temas, lo que puede ocultar la vergüenza de reconocer su ignorancia sobre esos temas o la percepción de que ya poseen la información necesaria.
- Hay consenso unánime en la gran importancia de la confidencialidad y privacidad.
- Existe la creencia que los servicios de SSR son pertinentes solamente cuando se ha iniciado la actividad sexual y no como un espacio que puede ser utilizado por los y las adolescentes como fuente de orientación y consejería.

Los datos cuantitativos del estudio de Luengo enfocado en barreras de acceso a los servicios de SSR, confirman lo descrito por Sadler y Aguayo. Entre las razones del por qué creen ellos/as que se embarazan sus pares, la percepción de invulnerabilidad sigue siendo la primera razón que ellos/as reconocen como causa, así como también es importante la vergüenza que les provoca la consulta

²⁶ Ídem

por anticoncepción o que reconocen que no saben cómo prevenir el embarazo. Los porcentajes de esas respuestas observadas fueron los siguientes: “no creen que les va a pasar a ellos” (65.3% hombres, 72.2% mujeres), “les da vergüenza pedir anticonceptivos” (61% para ambos sexos) y “no saben cómo prevenir el embarazo o usan mal los anticonceptivos” (51.1% hombres, 48.7% mujeres).²⁷

4.2.3 FACTORES EXTRÍNSECOS

Factor o factores no propios al sujeto que pueden afectar a su salud y/o calidad. Cuando se habla de factores extrínsecos que afectan a la salud de una persona se hace referencia a factores ambientales, (temperatura, humedad, luz etc.) o factores sanitarios (enfermedades).²⁸ Dichos factores están relacionados con el entorno del adolescente los cuales puede actuar como una barrera de acceso. (Matus, Navarrete, 2008).

En general, los objetivos de los servicios de salud para los y las adolescentes son proporcionar evaluación y tratamientos completos físicos y psicosociales, en una atmosfera de confianza y confidencialidad. Sin embargo, como ya se ha mencionado, los y las adolescentes enfrentan numerosas barreras para acceder a estos servicios y no poseen la misma experiencia que un adulto en acceder a la asistencia médica. Por estas razones, los/as profesionales que atienden a adolescentes necesitan una capacitación e infraestructura adecuadas, pero también existen muchas barreras desde su propia perspectiva, que suelen impedir que adolescentes reciban una atención de excelente calidad. En el año 2007, la “National Campaign to Prevent Teen Pregnancy” y la “Association of Reproductive Health Professionals” -dos asociaciones en EEUU sin fines de lucro compuestas

²⁷ ESTUDIO BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE EN CHILE. op. cit.

²⁸ http://wiki.elika.eus/index.php/Factor_extr%C3%ADnseco

por expertos clínicos en salud reproductiva- convocaron a dos reuniones para explorar esta área.²⁹

A pesar de que sus conclusiones no están específicamente dirigidas hacia adolescentes, resultan muy aplicables para ellos. Se identificaron las siguientes barreras desde la perspectiva del proveedor: falta de educación adecuada en los temas de planificación familiar y anticonceptivos; dificultad de los proveedores de iniciar conversaciones sobre anticonceptivos y sexualidad con sus pacientes; resistencia de apoyar nuevos métodos anticonceptivos y/o protocolos, especialmente cuando estos no calzan con la educación, creencias o valores del proveedor, falta de tiempo y falta o baja remuneración por proveer servicios de SSR para adolescentes en general. Proveedores de SSR públicos y privados en EEUU informaron que una de las cosas más importantes que ellos podrían hacer para mejorar el uso de anticonceptivos en sus pacientes, sería proporcionar más y mejores consejerías, asegurándoles remuneraciones adecuadas que les permitan tener más tiempo para aconsejar a sus pacientes.³⁰

- La falta de regulaciones o de conocimiento de aquellas existentes

Tanto en el mundo desarrollado como en el mundo en desarrollo, los/as profesionales que atienden a adolescentes muchas veces no tienen guías establecidas que les orienten sobre cómo atenderlos/as con calidad. Además, cuando las leyes son nuevas, cambiantes o confusas, muchos no saben cómo enfrentar de manera apropiada los temas referentes a la confidencialidad, la anticoncepción de emergencia, la vacuna de VPH, la toma del Papanicolaou, los anticonceptivos más adecuados para adolescentes y la justificación de un examen

²⁹ ESTUDIO BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE EN CHILE. op. cit.

³⁰ Landry DJ, Wei J, Frost JJ. Public and private providers' involvement in improving their patients' contraceptive use. *Contraception* 2008, 78(1): 42-51. Epub 2008 May 29

pélvico. Informaciones de Europa y EEUU demuestran que muchos profesionales en SSR desconocen o confunden las regulaciones vigentes respecto de la confidencialidad en la atención a adolescentes.³¹ Este desconocimiento o mal entendimiento de las leyes ha resultado en que a algunos adolescentes les hayan sido negados los servicios que les correspondían. En entrevistas con directores, proveedores y personal de servicios de salud en Bolivia, se detectó que muy pocos conocían las políticas del gobierno sobre SSR para adolescentes y que los centros de salud no utilizaban procedimientos especiales para ellos.

En una encuesta realizada en Chile, en 2005, a encargados y profesionales en SSR, se detectó que la Política Nacional de Salud para Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud solo era conocida por los encargados del programa. En cambio, no era conocida o era solo parcialmente conocida por los directores y profesionales a cargo de la atención primaria de salud.

Además, a pesar de que los/as profesionales utilizaban guías clínicas del Ministerio de Salud, la mayoría las consideraban insuficientes por diversas razones. En relación con este mismo tema, investigadores en EEUU y América Latina han señalado la necesidad de desarrollar normas claras en la atención de los adolescentes, una mejor capacitación de los médicos sobre estas normas y una supervisión que asegure su efectiva implementación.³²

En 2008, el Ministerio de Salud en Chile generó el documento “Orientaciones para la Implementación de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes”. Su meta fue justamente la de convocar a especialistas para establecer

³¹ Lazarus JV, Jaruseviciene L, Liljestrand J. Lithuanian general practitioners' knowledge of confidentiality laws in adolescent sexual and reproductive healthcare: a cross-sectional study. *Scand J Public Health* 2008, 36(3):303-9.

³² Kostrzewa K. The sexual and reproductive health of young people in Latin America: Evidence from WHO case studies. *Salud Publica Mex* 2008, 50:10-16.

normas y recomendaciones claras que guíen a los proveedores sobre cómo mejorar la atención en salud para adolescentes.

A fines del 2009 se difundieron las “Orientaciones Técnicas para la Atención de Adolescentes con problemas de Salud Mental,” dirigidas a los equipos de atención primaria de salud.

- Falta de capacitación en la atención de adolescentes

Estudios a nivel mundial han demostrado que muchos/as profesionales que atienden adolescentes sienten que les falta la capacitación adecuada para proveer un mejor servicio a este grupo etario. Muchos de estos profesionales han admitido sentirse incómodos y sin la capacidad requerida para satisfacer adecuadamente las necesidades de sus pacientes adolescentes de acuerdo con los protocolos establecidos. Además, muchos proveedores de servicios de SSR se oponen a los anticonceptivos de emergencia por considerarlos abortivos, a pesar de que la comunidad científica ha demostrado lo contrario y de que, inclusive, disminuye los abortos.³³ Sin embargo, existiría evidencia de que un 80% de los y las adolescentes chilenos consideran que los anticonceptivos de emergencia son abortivos. Lo anterior demostraría la necesidad de capacitar apropiadamente a los proveedores de servicios de salud y de entregar a las posibles usuarias la información correcta acerca de los mecanismos de este método.³⁴

Estudios del mundo en desarrollo ha demostrado que pocos proveedores están capacitados para atender adolescentes. Resultados de un estudio de África

³³ Faundes A, Távora L, Brache V, Álvarez F. Emergency Contraception under Attack in Latin America: Response of the Medical Establishment and Civil Society *Reproductive Health Matters* 2007, 15(29):130-138.

³⁴ Millstein SG, Igra V, Gans J, Delivery of STD/HIV preventive services to adolescents by primary care physicians, *J Adolesc Health* 1996, 96(4): 249-257.

demonstraron que más de la mitad de los proveedores de salud no habían sido capacitados en los temas de salud reproductiva en adolescentes, a pesar de que ellos deseaban esa capacitación y tenían el apoyo del gobierno para proveer servicios amigables para adolescentes. Igualmente, en América Latina se ha demostrado que la mayoría de los médicos dicen tener poco conocimiento y practica acerca de los temas de salud sexual y reproductiva de adolescentes. Pero, después de un programa de capacitación e información para los profesionales sobre cómo trabajar con adolescentes, aumentaron sus conocimientos de anticonceptivos e ITS, se redujeron las barreras de acceso a los servicios y cambiaron las actitudes frente a los adolescentes.

Enfermeras en Brasil han relatado que, a pesar de que la mayoría había sido capacitada en el área de planificación familiar, sentían la necesidad de una mejor capacitación en materia de anticonceptivos. Una encuesta entre profesionales que atienden a adolescentes en Chile llegó a conclusiones similares: a pesar de que la mayoría señaló haber recibido capacitación en la atención de adolescentes (sensibilización en adolescencia, atención integral del adolescente, salud sexual y reproductiva, salud mental, factores y conductas de riesgo y otros temas), consideraron que la capacitación recibida había sido parcial o totalmente insuficiente.

La falta de capacitación de quienes atienden a adolescentes puede generar incomunicación o errores en la información que se transmite a los y las adolescentes. En EEUU se ha detectado que muchos de los profesionales que atendían a jóvenes perdieron las oportunidades para prescribir los anticonceptivos de emergencia requeridos, y que esta falta de comunicación y errores en la información transmitida resultaron en que muchos de ellos y ellas no los utilizaron de manera correcta.³⁵ Otro estudio en EEUU concluyó que la razón principal para

³⁵ Idem

el bajo uso de anticoncepción de emergencia en adolescentes se debía al desconocimiento por parte del proveedor del servicio de las leyes pertinentes y del plazo de tiempo en que se podía recomendar este anticonceptivo, y no al rechazo de este método anticonceptivo.³⁶

- Valores del proveedor que se oponen a dar anticonceptivos a adolescentes

En Chile y en el resto del mundo, la sexualidad de los y las adolescentes es un tema muy polémico. Las actitudes negativas de quienes trabajan con adolescentes son la causa de que a menudo ellos se sientan juzgados, avergonzados y atemorizados por la experiencia de atención. Un estudio acerca de las experiencias de jóvenes afroamericanos con los sistemas de salud en EEUU (incluyendo los servicios de SSR), las habrían descrito como una de las experiencias más angustiantes jamás experimentadas.³⁷ Estudios en Bolivia y Tailandia habrían detectado que las usuarias de servicios de SSR habrían sufrido actitudes amenazantes y juzgadoras y que, en cambio, esas actitudes eran más amables cuando los anticonceptivos eran entregados a los varones en vez de las mujeres adolescentes.³⁸

Otro estudio en África comprobó que las enfermeras obstétricas se oponían, en general, a cualquier tipo de actividad sexual en la adolescencia, inclusive la masturbación, el uso de anticonceptivos y el aborto. Aquellas con más preparación y que habían sido educadas en sexualidad y reproducción de adolescentes tenían actitudes más amigables hacia la juventud. Los proveedores de servicios de salud que trabajan con adolescentes tienen la obligación de ofrecer información sobre

³⁶ Mngadi PT, Faxelid E, Zwane IT, Hojer B, Ransjo-Arvidson AB. Health providers' perceptions of adolescent sexual and reproductive health care in Swaziland. *Int Nurs Rev* 2008, 55(2): 148-55.

³⁷ Brown S, Burdette SS, Rodriguez P. Looking inward: provider-based barriers to contraception among teens and young adults. *Contraception* 2008, 78: 355-357.

³⁸ ESTUDIO BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE EN CHILE. op. cit.

anticonceptivos, sexualidad y prevención de ITS de manera objetiva, sin imponer sus propios valores. Esto requiere una mejor capacitación de los proveedores de servicios respecto de los derechos de los/as adolescentes y necesidad de asegurarles un acceso cómodo a esos servicios.

- Diferencias según el tipo de proveedor del servicio

Los y las adolescentes pueden ser atendidos/as por una gran variedad de profesionales, cada uno de los cuales ha recibido una capacitación diferente. Esto incluye a pediatras, internistas, médicos de planificación familiar, médicos de familia, especialistas en adolescencia, enfermeras, matronas y otros. En Chile, el 43% de la población adolescente es atendida en atención primaria, el 40% en servicios de urgencia y el 18% por alguna especialidad.

No sorprende que los servicios de SSR suministrados a adolescentes reflejen diferencias según cual sea el profesional que presta el servicio. En EEUU se han encontrado apreciables diferencias entre los servicios de SSR prestados por profesionales distintos.³⁹

³⁹ Ídem

4.3 PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD EN EL SERVICIO DE SSR

Los proveedores de servicios de salud que trabajan con adolescentes tienen la obligación de ofrecer información sobre anticonceptivos, sexualidad y prevención de ITS de manera objetiva, sin imponer sus propios valores. Esto requiere una mejor capacitación de los proveedores de servicios respecto de los derechos de los/as adolescentes y necesidad de asegurarles un acceso cómodo a esos servicios. En Argentina se detectó que los y las adolescentes recibían una mejor atención en los lugares especializados en adolescentes que en aquellos dedicados a la atención de la salud reproductiva general.⁴⁰

Fuera de los servicios creados especialmente para S.S.R, los organismos de salud deben diseñar estrategias para captar a los/las adolescentes en cualquier acercamiento (urgencias, vacunación, etc.) para brindar información sobre estos servicios. En algunos estudios norteamericanos, realizados recientemente han observado que en los 12 meses precedentes a la toma de información, la mitad de los estudiantes de secundaria habían visitado servicios medicina preventiva. En las mujeres la visita se relacionó con consejería en MAC, mientras que en los hombres se asoció principalmente con experiencias negativas de ITS. La conclusión de este estudio fue el alto número de oportunidades que se pierden en los servicios de salud para aconsejar a los adolescentes en la forma de prevenir el embarazo no deseado o una ITS.⁴¹ Este dato indica que los servicios de salud que atienden adolescentes están en una posición idónea para hacer una labor preventiva en el tema de S.S.R. No obstante la mayoría de los estudios realizados entre profesionales de la salud indican que aprovechan muy poco estas visitas para hacer prevención, especialmente en el terreno de la educación sexual. Lo

⁴⁰ Zepeda A, Luengo X, Tijero M, Millán T. Adolescentes escolares: .Que saben de anticoncepción y prevención de infecciones de transmisión sexual? Presentación en XXI Reunión Bienal de la Asociación Latinoamericana de Investigadores en Reproducción Humana (ALIRH), Sao Paulo, Brasil. Abril 2009.

⁴¹ Evaluación del impacto del programa de salud sexual y reproductiva en adolescentes de Medellín, 2008. Doc. En pdf.

malo es que aquellos jóvenes que toman conductas de riesgo van al médico menos frecuentemente.⁴²

En un mundo ideal, los adolescentes recibirían la educación sexual a través de su familia, el sistema educativo y a los organismos de salud. Con la situación de crisis que vive la familia actualmente en nuestra sociedad, esta actividad es relegada con mucha frecuencia a los sectores de educación y este la relega a los sistemas de salud, cuando todos estos actores deberían estar trabajando juntos iniciando la educación sexual lo antes posible y, como muy tarde, al principio de la pubertad.⁴³

⁴² Ídem

⁴³ Sandoval J, Gallo N, Rodríguez MA. Óp. Cit. P. 47

APARTADO III

5. METODOLOGÍA

5.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El estudio es de carácter Descriptivo, tiene por objeto la caracterización de fenómenos, establecer relaciones entre variables en un determinado lugar y momento se conocen con precisión las variables, se puede plantear o no hipótesis y se trabaja con muestras representativas.

Sampieri (2010) define un estudio descriptivo como “aquellos que buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir únicamente pretender medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar como se relacionan estas”⁴⁴

La investigación tiene un enfoque cuantitativo porque se fundamenta en un esquema deductivo y lógico, formulando preguntas, objetivos y a veces hipótesis, para probarlas. Posteriormente, utilizando el análisis estadístico, con mediciones estandarizadas y numéricas de los resultados y pretende generalizar los resultados, mediante muestras representativas.

⁴⁴ Hernández Sampieri, Fernández Collado, Baptista Lucio. Metodología de la Investigación 4° edición, McGraw Hill

5.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La investigación corresponde a un diseño No experimental pues, la variable no es manipulada intencionalmente, los fenómenos se registran conforme va ocurriendo naturalmente, no se hace ningún esfuerzo en controlar la variable. Sampieri (2010) explica que la investigación no experimental puede definirse como “La investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Lo que se hace en la investigación no experimental es observar fenómenos tal como se dan en su contexto natural, para posteriormente analizarlos... No se genera ninguna solución, sino que se observan situaciones ya existentes, no provocados intencionalmente en la investigación por quien la realiza”.⁴⁵

Sampieri (2010) define los estudios de tipo transversal como “el que recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado”.⁴⁶

⁴⁵ Ídem

⁴⁶ Ídem

5.3 POBLACION Y MUESTRA

La población está compuesta por 7000 alumnos del Colegio de Bachilleres No. 3 que cursan de 1° a 6° semestre en el sistema escolarizado tanto en el turno matutino como en el turno vespertino. Para la muestra se requirió la participación de 404 alumnos de ambos turnos de todos los semestres.

“La población es el conjunto de todos los casos con una serie de especificaciones... sobre la cual se pretende realizar el estudio y generalizar los resultados” Selltiz (1980)⁴⁷

5.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Alumnos que se encuentren inscritos en el Colegio de Bachilleres No. 3 en el ciclo 2015-2016 en el sistema escolarizado en alguno de los dos turnos.
- Alumnos cuya edad oscile entre los 15 y 19 años.
- Alumnos que acepten participar en la investigación respondiendo el cuestionario.

5.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Alumnos que no se encuentren inscritos en el Colegio de Bachilleres No. 3 en el ciclo 2015-2016 en el sistema escolarizado en alguno de los dos turnos.
- Alumnos cuya edad sea mayor de los 19 años o menor a los 15 años.
- Alumnos que no deseen participar en la presente investigación.

⁴⁷ Ídem

5.6 VARIABLES

Factores que influyen en la falta de asistencia de adolescentes de bachillerato al servicio salud.

5.6.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL

- Factores intrínsecos: Intrínseco se refiere a lo que es una parte natural, propio y esencial de algo. ⁴⁸ Los factores intrínsecos están relacionados con el propio adolescente, su autopercepción, su plan de vida y sus creencias personales (Matus, Navarrete, 2008).
- Factores extrínsecos: Factor o factores no propios al sujeto que pueden afectar a su salud y/o calidad. Cuando se habla de factores extrínsecos que afectan a la salud de una persona se hace referencia a factores ambientales, sociales o factores sanitarios (enfermedades).⁴⁹ Dichos factores están relacionados con el entorno del adolescente los cuales puede actuar como una barrera de acceso. (Matus, Navarrete, 2008).

⁴⁸ <http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/intrinseco>

⁴⁹ http://wiki.elika.eus/index.php/Factor_extr%C3%ADnseco

5.6.2 INDICADORES

Factores intrínsecos

- Preocupación por el qué dirán
- Temor de que sus padres se enteren
- Pena ante la burla social
- Vergüenza al solicitar información
- Conoce lo que es la consejería en salud sexual y reproductiva
- Machismo
- Tiempo libre para asistir al servicio de S.S.R
- Interés por el servicio de S.S.R
- Creencia que para buscar información sobre sexualidad debe esperar hasta el inicio de la vida sexual
- Creencia sobre conocer toda la información
- Impedimentos religiosos
- Sumisión ante la pareja
- Creencia sobre la necesidad de acudir al servicio con un adulto
- Sentirse vulnerables ante daños en la salud sexual y reproductiva

Factores extrínsecos

- Mala ubicación del servicio
- Buena divulgación del servicio
- Buena actitud de los prestadores de servicios
- Rechazo social para que se le brinde información sobre su sexualidad al adolescente
- Horarios institucionales incompatibles con los adolescentes
- Uso excesivo de folletos
- Confianza hacia los servicios de salud
- Influencia de las creencias del personal de salud
- Creencia de que el personal de salud le puede brindar información que aún no conozca sobre salud sexual
- Claridad y fluidez del personal de salud para brindar consejería a adolescentes
- Disposición para que se le brinde información al adolescente
- Incomodidad por parte de profesores u orientadores en temas de sexualidad y reproducción
- Trámites tediosos
- Coordinación entre el personal de salud del consultorio y las instituciones de salud.

5.6.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLES	DIMENSIONES	Escala	Opciones
Demográficas			
▪ Turno	Cualitativa	Dicotómica	Matutino, Vespertino
▪ Edad	Cuantitativa	Discontinua	15 16 17 18 19
▪ Género	Cualitativa	Dicotómica	Masculino, Femenino
▪ Nivel Socioeconómico	Cualitativa	Ordinal	Bajo medio bajo medio medio alto alto
▪ Tipo de familia	Cualitativa	Categórica	Nuclear monoparental extensa sin padres
▪ Funcionalidad Familiar	Cualitativa	Dicotómica	Funcional, disfuncional

VARIABLES	DIMENSIONES	ESCALA	Opciones
FACTORES INTRÍNSECOS			
Preocupación por el qué dirán	Cualitativa	Categórica	Sí no en ocasiones
Temor de que sus padres se enteren	Cualitativa	Categórica	Sí no en ocasiones
Pena ante la burla social	Cualitativa	Categórica	Sí no en ocasiones
Vergüenza al solicitar información	Cualitativa	Categórica	Sí no en ocasiones
Conoce lo que es la salud sexual y reproductiva	Cualitativa	Categórica	Sí no en ocasiones
Machismo	Cualitativa	Categórica	Sí no en ocasiones
Tiempo libre para asistir al S.S.R	Cualitativa	Categórica	Sí no en ocasiones
Interés por el S.S.R	Cualitativa	Categórica	Sí no en ocasiones
Creencia que para buscar información sobre sexualidad debe esperar hasta el inicio de la vida sexual	Cualitativa	Categórica	Sí no en ocasiones
Creencia sobre conocer toda la información	Cualitativa	Categórica	Sí no en ocasiones
Impedimentos religiosos	Cualitativa	Categórica	Sí no en ocasiones

Sumisión ante la pareja	Cualitativa	Categórica	Sí no en ocasiones
Creencia sobre la necesidad de acudir al servicio con un adulto	Cualitativa	Categórica	Sí no en ocasiones
Sentirse vulnerables ante daños en la salud sexual y reproductiva	Cualitativa	Categórica	Sí no en ocasiones
FACTORES EXTRÍNSECOS			
Mala ubicación del servicio	Cualitativa	Categórica	Sí no en ocasiones
Buena divulgación del servicio	Cualitativa	Categórica	Sí no en ocasiones
Buena actitud de los prestadores de servicios	Cualitativa	Categórica	Sí no en ocasiones no lo sé
Rechazo social para que se le brinde información sobre su sexualidad al adolescente	Cualitativa	Categórica	Sí no en ocasiones
Horarios institucionales incompatibles con los adolescentes	Cualitativa	Categórica	Sí no en ocasiones
Uso excesivo de folletos	Cualitativa	Categórica	Sí no en ocasiones
Confianza hacia el servicio de salud	Cualitativa	Categórica	Sí no en ocasiones
Influencia de las creencias del personal de salud	Cualitativa	Categórica	Sí no en ocasiones

Creencia de que el personal de salud le puede brindar información nueva	Cualitativa	Categórica	Sí no en ocasiones
Claridad y fluidez del personal de salud para brindar consejería a adolescentes	Cualitativa	Categórica	Sí no en ocasiones nunca he ido
Disposición para que se le brinde información al adolescente	Cualitativa	Categórica	Sí no en ocasiones
Incomodidad por parte de profesores u orientadores en temas de sexualidad y reproducción	Cualitativa	Categórica	Sí no en ocasiones
Trámites tediosos	Cualitativa	Categórica	Sí no en ocasiones
Coordinación entre el personal del consultorio y las instituciones de salud.	Cualitativa	Categórica	Sí no en ocasiones

5.7 TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

El instrumento utilizado es el cuestionario y la técnica la encuesta, se trata de un procedimiento de recopilación de datos cuya característica fundamental es la de utilizar un cuestionario en el que los encuestados contestan por si mismos sin intervención de los encuestadores.

El cuestionario está conformado por dos secciones, la primera correspondiente a los datos demográficos la cual abarca de la pregunta número 1 a la pregunta número 5, la segunda parte está conformado por una sección de preguntas, de la pregunta número 6 a la número 19 se refieren a factores intrínsecos que influyen en la falta de asistencia de los alumnos de bachillerato al servicio médico, los factores extrínsecos que influyen en la falta de asistencia de los alumnos de bachillerato al servicio médico se midieron de la pregunta número 20 a la 34.

5.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio se apegó a las disposiciones generales del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (secretaria de salud, 1987), asimismo, durante la investigación se protegió el respeto y dignidad de las personas estudiadas (Art. 13, capítulo 1, título segundo) la investigación no presento ningún riesgo para los sujetos, (Art. 17, del título segundo, capítulo 1).

Al sujeto de investigación, se le solicito el consentimiento informado, con una clara y completa explicación acerca del estudio (Art. 20, 21 capítulo 1 título segundo).
(Ver ANEXO B página 105)

APARTADO IV

6. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

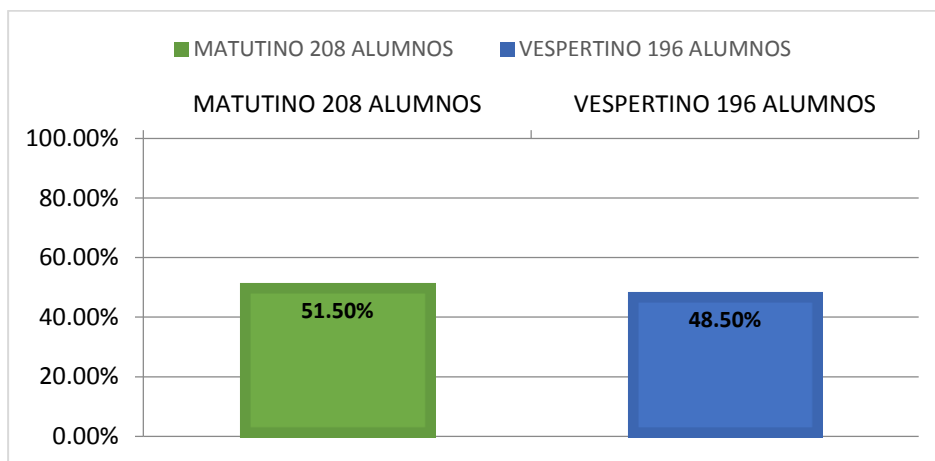
Los datos fueron procesados a través del paquete Estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 10.0 para Windows. Se obtuvieron frecuencias y porcentajes en cuadros simples y gráficas de pastel y barras.

CUADRO No. 1
 TURNO DE LOS ESTUDIANTES
 2015

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	matutino	208	51.5
	vespertino	196	48.5
	Total	404	100.0

FUENTE: Instrumento titulado: "Factores que interfieren con la asistencia al servicio de consejería en salud sexual y reproductiva" (Arriaga, Granados y Tapia, 2015).

GRAFICO No. 1
 TURNO DE LOS ESTUDIANTES
 2015



FUENTE: Instrumento titulado: "Factores que interfieren con la asistencia al servicio de consejería en salud sexual y reproductiva" (Arriaga, Granados y Tapia, 2015).

DESCRIPCIÓN

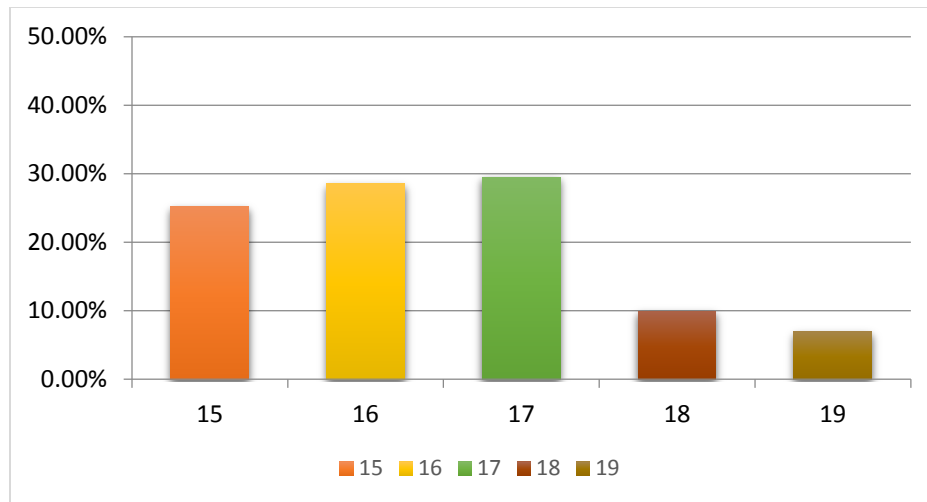
El gráfico número uno muestra que casi la mitad de los estudiantes corresponde al turno vespertino con 49% y el resto al turno matutino.

CUADRO No. 2
 EDAD DE LOS ESTUDIANTES
 2015

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	15.00	102	25.2
	16.00	115	28.5
	17.00	119	29.5
	18.00	40	9.9
	19.00	28	6.9
	Total	404	100.0

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRAFICO No. 2
 EDAD DE LOS ESTUDIANTES
 2015



FUENTE: Misma de la gráfica No.1

DESCRIPCIÓN

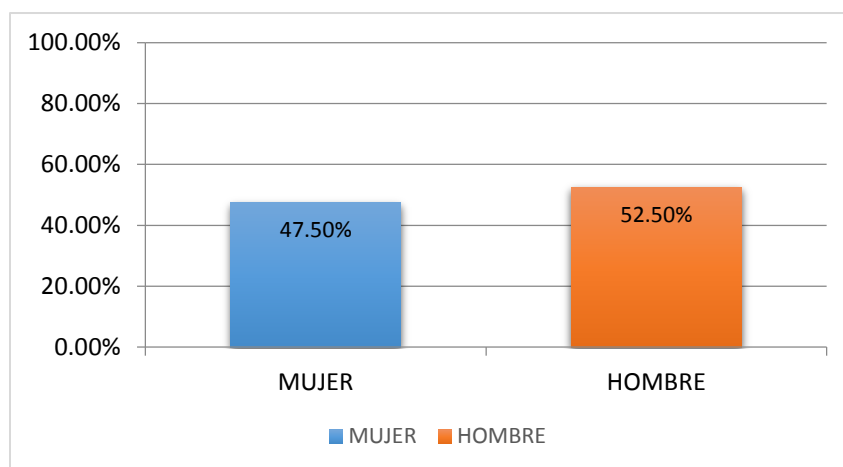
Éste gráfico muestra que los alumnos con mayor representación en este estudio son los que se encuentran en el rango de los 15 a los 17 años con un porcentaje total del 83.2%, el resto de los participantes se encuentra en el rango de los 18 a 19 años.

CUADRO No. 3
GÉNERO DE LOS ESTUDIANTES
2015

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
mujer	192	47.5	47.5	47.5
hombre	212	52.5	52.5	100.0
Total	404	100.0	100.0	

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRÁFICO No. 3
GÉNERO DE LOS ESTUDIANTES
2015



FUENTE: Misma de la gráfica No.1

DESCRIPCIÓN

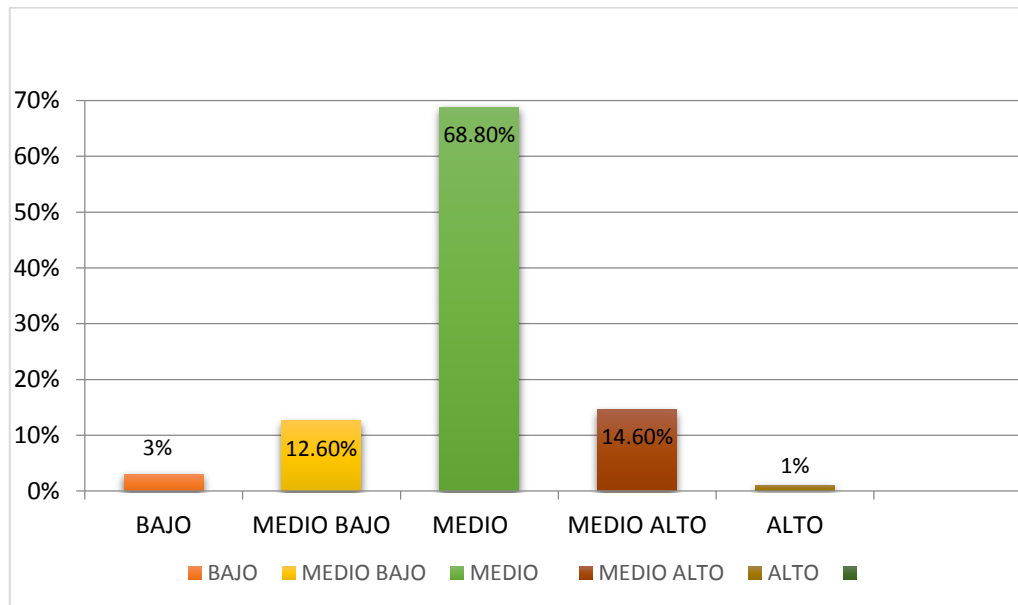
Con respecto al género se muestra que un 53% de los participantes pertenecen al género masculino, el 47% restante pertenece al género femenino.

CUADRO No. 4
 NIVEL SOCIOECONÓMICO DE LOS ESTUDIANTES
 2015

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	bajo	12	3.0
	medio bajo	51	12.6
	medio	278	68.8
	medio alto	59	14.6
	alto	4	1.0
	Total	404	100.0

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRÁFICO No. 4
 NIVEL SOCIOECONÓMICO DE LOS ESTUDIANTES
 2015



FUENTE: Misma de la gráfica No.1

DESCRIPCIÓN

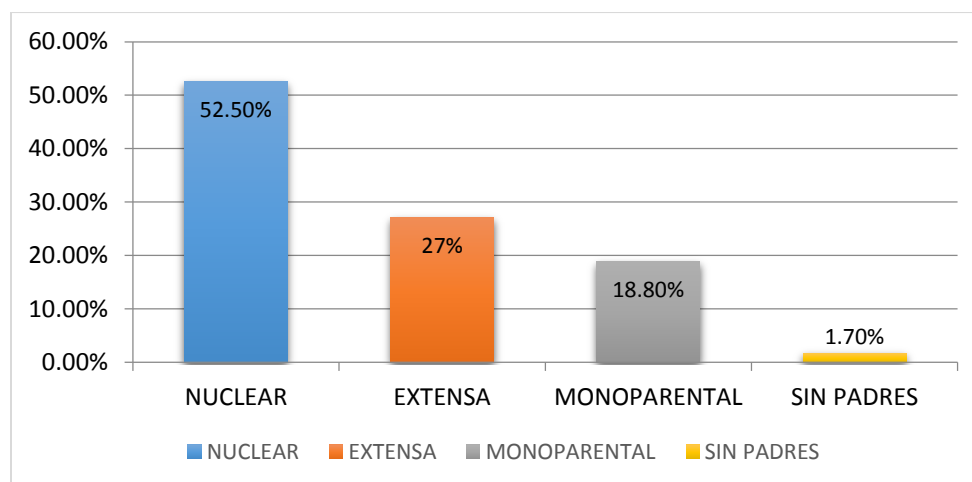
El gráfico no. 4 muestra que, 69% los adolescentes consideran que su nivel socioeconómico es medio, en contraste solo el 1% de los alumnos encuestados cree que su nivel socioeconómico es alto.

CUADRO No. 5
TIPO DE FAMILIA DE LOS ESTUDIANTES
2015

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	nuclear	212	52.5
	extensa	109	27.0
	monoparental	76	18.8
	sin padres	7	1.7
	Total	404	100.0

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRÁFICO No. 5
TIPO DE FAMILIA DE LOS ESTUDIANTES
2015



FUENTE: Misma de la gráfica No.1

DESCRIPCIÓN

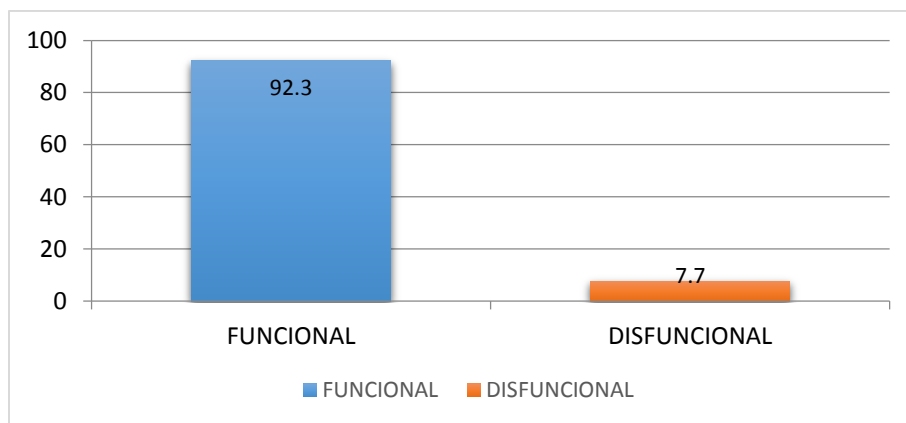
En este gráfico se observa que en su mayoría los adolescentes participantes de esta investigación forman parte de una familia nuclear con un 52.5% solo un 2% de los adolescentes participantes respondió que no cuenta con ninguno de sus padres.

CUADRO No. 6
 FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LOS ESTUDIANTES
 2015

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	funcional	373	92.3
	disfuncional	31	7.7
	Total	404	100.0

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRÁFICO No. 6
 FUNCIONALIDAD FAMILIAR DE LOS ESTUDIANTES
 2015



FUENTE: Misma de la gráfica No.1

DESCRIPCIÓN

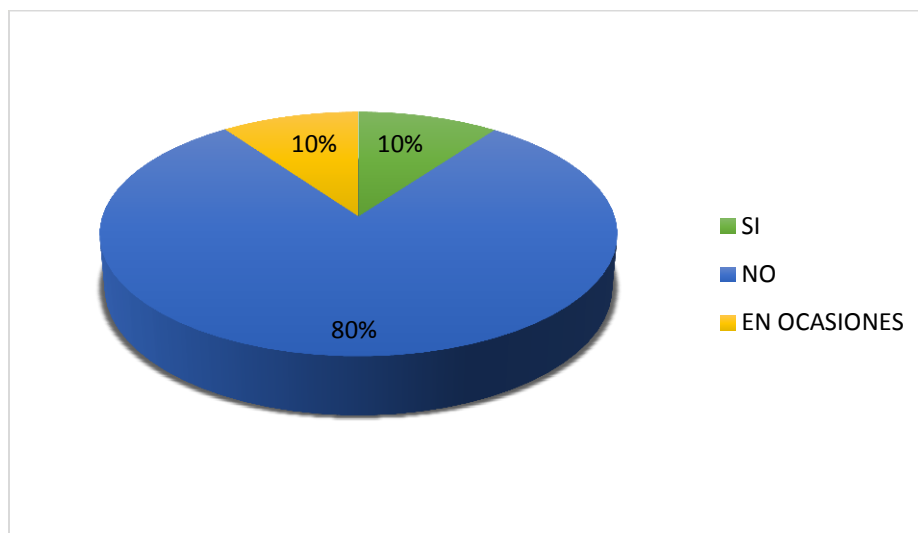
En este gráfico podemos observar que la mayoría de los adolescentes participantes se conceptualiza como parte de una familia funcional con un 92.3%, solo el 7.7% refirió formar parte de una familia disfuncional.

PARTE II FACTORES INTRÍNSECOS
 CUADRO No. 7
 PREOCUPACIÓN POR EL QUÉ DIRAN
 2015

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	41	10.1
	no	323	80.0
	en ocasiones	40	9.9
	Total	404	100.0

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRÁFICO No. 7
 PREOCUPACIÓN POR EL QUÉ DIRAN
 2015



FUENTE: Misma de la gráfica No.1

DESCRIPCIÓN

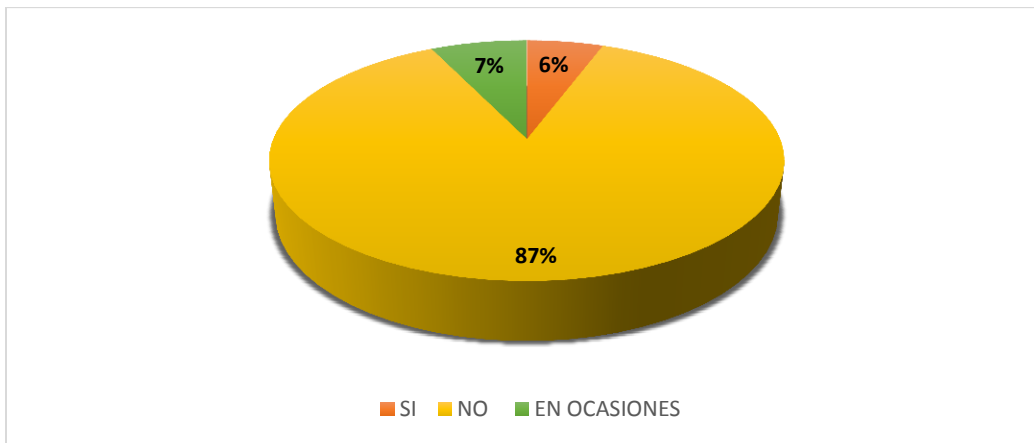
En esta gráfica se observa que el 80% de los estudiantes, no percibe el factor de la preocupación por el que dirán como influyente en la inasistencia de los adolescentes al S.S.R, solo un 10% de los estudiantes perciben éste factor como influyente en la inasistencia al servicio.

CUADRO No. 8
TEMOR DE QUE SUS PADRES SE ENTEREN
2015

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	23	5.7
	no	352	87.1
	en ocasiones	29	7.2
	Total	404	100.0

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRÁFICO No. 8
TEMOR DE QUE SUS PADRES SE ENTEREN
2015



FUENTE: Misma de la gráfica No.1

DESCRIPCIÓN

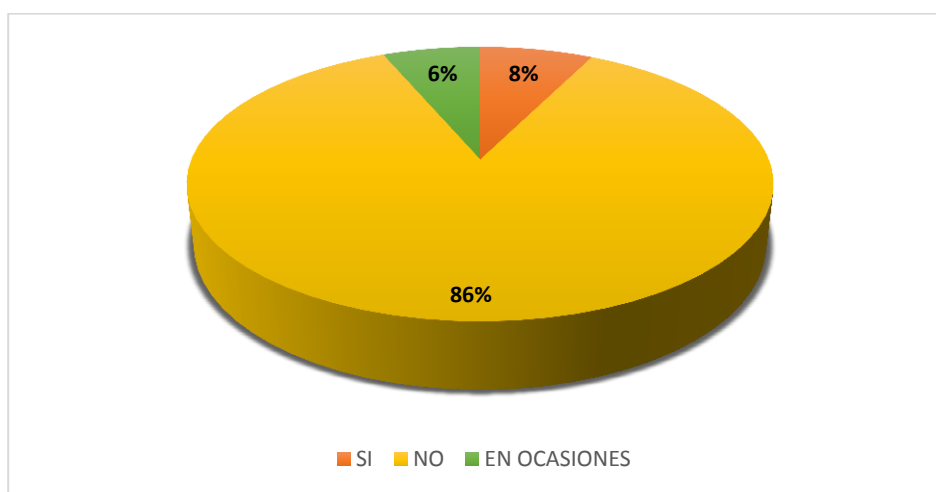
Ésta gráfica muestra que un 87% de los estudiantes manifiestan que el factor temor a que sus padres se enteren no influye en su inasistencia al S.S.R para buscar consejería, solo un 6% de los alumnos encuestados manifestó que este factor influye en su inasistencia al S.S.R.

CUADRO No. 9
PENA ANTE LA BURLA SOCIAL
2015

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	30	7.4
	no	348	86.1
	en ocasiones	26	6.4
	Total	404	100.0

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRÁFICO No. 9
PENA ANTE LA BURLA SOCIAL
2015



FUENTE: Misma de la gráfica No.1

DESCRIPCIÓN

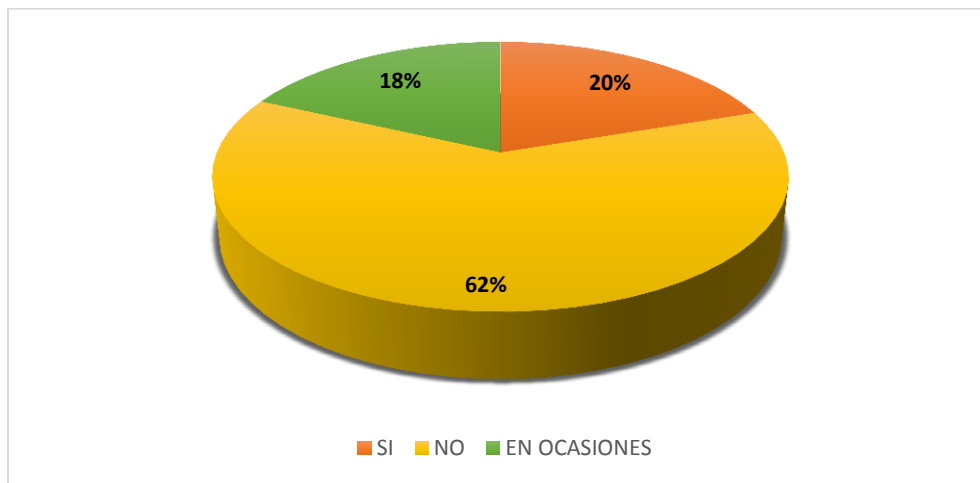
En esta gráfica se observa que para el 86% de los adolescentes la burla social no es un factor determinante que limite su asistencia al servicio de salud sexual y reproductiva, solo un 8% de los adolescentes encuestados refirió que ha sentido pena por la burla social.

CUADRO No. 10
 VERGÜENZA AL SOLICITAR INFORMACION
 2015

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	si	80	19.8
	no	251	62.1
	en ocasiones	73	18.1
	Total	404	100.0

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRÁFICO No. 10
 VERGÜENZA AL SOLICITAR INFORMACION
 2015



FUENTE: Misma de la gráfica No.1

DESCRIPCIÓN

Ésta gráfica muestra que el 62% de los estudiantes no percibe que el factor de la vergüenza al solicitar información influya en la inasistencia de los adolescentes al S.S.R, sin embargo un tercio de los estudiantes siente o ha sentido que este factor si influye en la inasistencia al servicio.

CUADRO No. 11

CONOCE LO QUE ES LA CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

2015

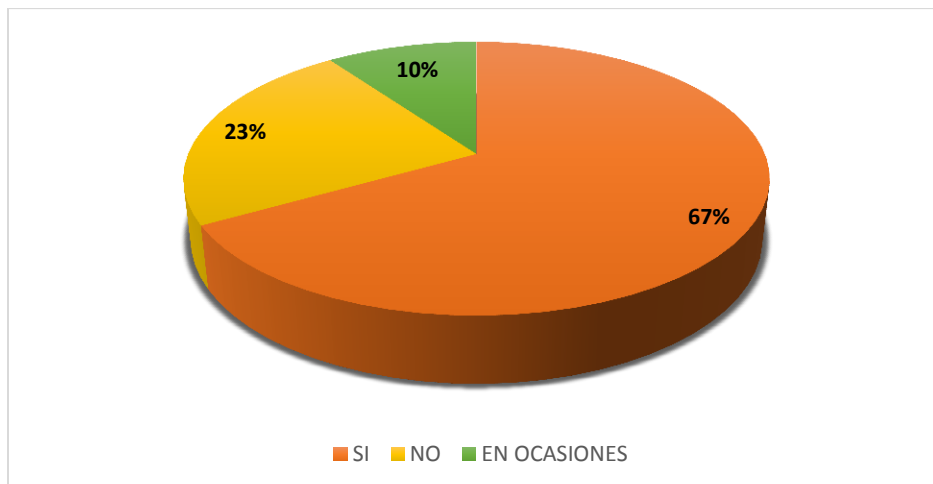
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	270	66.8	66.8	66.8
	no	94	23.3	23.3	90.1
	en ocasiones	40	9.9	9.9	100.0
	Total	404	100.0	100.0	

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRÁFICO No. 11

CONOCE LO QUE ES LA CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

2015



FUENTE: Misma de la gráfica No.1

DESCRIPCIÓN

Ésta gráfica nos muestra que el 67% de los adolescentes encuestados conoce lo que es la consejería en salud sexual y reproductiva, el 33% restante no tiene claro el concepto.

CUADRO No. 12

MACHISMO

2015

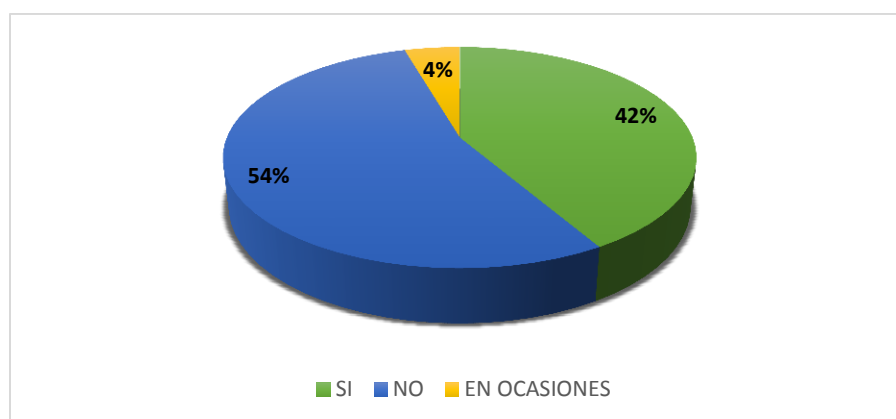
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	168	41.6	41.6	41.6
	no	218	54.0	54.0	95.5
	en ocasiones	18	4.5	4.5	100.0
	Total	404	100.0	100.0	

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRÁFICO No. 12

MACHISMO

2015



FUENTE: Misma de la gráfica No.1

DESCRIPCIÓN

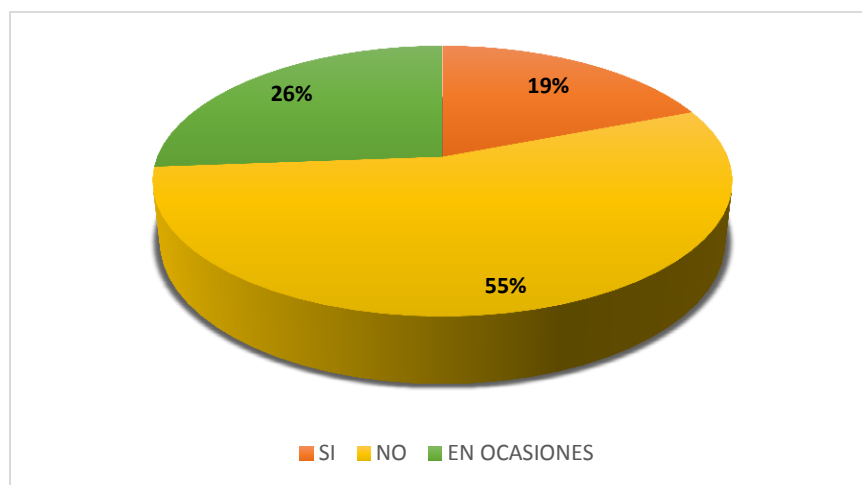
En ésta gráfica se observar que el 54% de los adolescentes encuestados opinan que el machismo favorece la inasistencia al servicio de consejería en salud sexual y reproductiva, en contraparte, un 42% opina que el machismo no influye en la inasistencia al servicio.

CUADRO No. 13
 TIEMPO LIBRE PARA ASISTIR AL S.S.R
 2015

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos si	77	19.1	19.1	19.1
no	221	54.7	54.7	73.8
en ocasiones	106	26.2	26.2	100.0
Total	404	100.0	100.0	

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRÁFICO No. 13
 TIEMPO LIBRE PARA ASISTIR AL S.S.R
 2015



FUENTE: Misma de la gráfica No.1

DESCRIPCIÓN

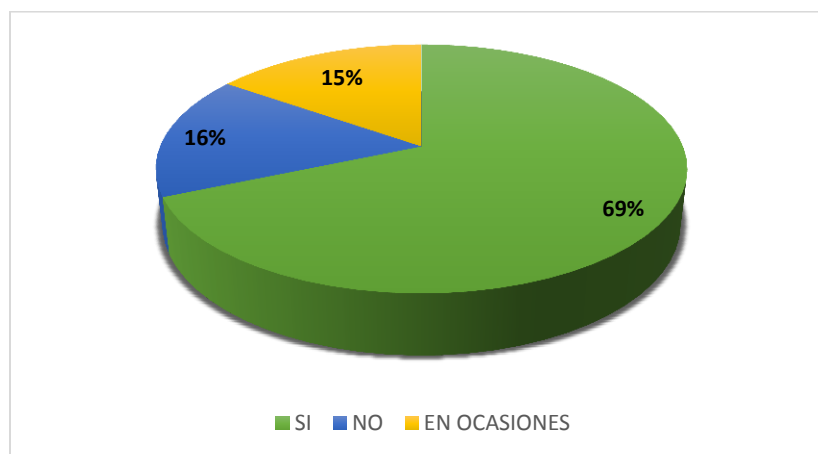
En esta gráfica se observa que para el 55%, de los estudiantes la falta de tiempo libre para asistir al servicio de consejería en salud sexual y reproductiva es un factor que influye en la inasistencia de los adolescentes al servicio, en contraparte, el 19% manifestó que la falta de tiempo no es un factor que limite su asistencia al servicio médico.

CUADRO No. 14
 INTERÉS POR EL SSR
 2015

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	277	68.6	68.6	68.6
	no	65	16.1	16.1	84.7
	en ocasiones	62	15.3	15.3	100.0
	Total	404	100.0	100.0	

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRÁFICO No. 14
 INTERÉS POR EL SSR
 2015



FUENTE: Misma de la gráfica No.1

DESCRIPCIÓN

En ésta gráfica se observa que el 69% de los estudiantes tiene interés por asistir al servicio de S.S.R, mientras que el 15% de los estudiantes no refieren interés por el servicio.

CUADRO No. 15

CREENCIA QUE PARA BUSCAR INFORMACION SOBRE SEXUALIDAD DEBE ESPERAR HASTA EL INICIO DE LA VIDA SEXUAL

2015

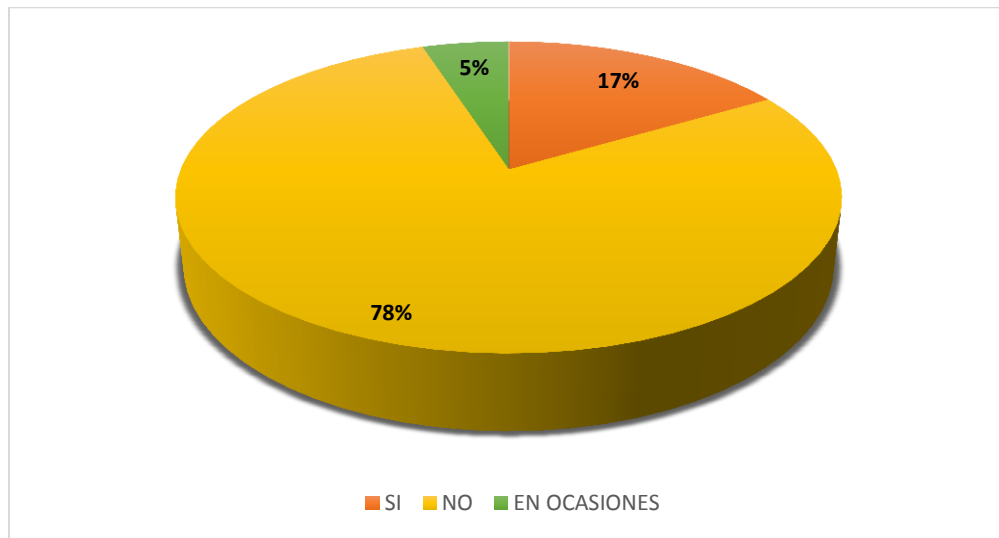
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	67	16.6	16.6	16.6
	no	317	78.5	78.5	95.0
	en ocasiones	20	5.0	5.0	100.0
	Total	404	100.0	100.0	

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

CREENCIA QUE PARA BUSCAR INFORMACION SOBRE SEXUALIDAD DEBE ESPERAR HASTA EL INICIO DE LA VIDA SEXUAL

GRÁFICO No. 15

2015



FUENTE: Misma de la gráfica No.1

DESCRIPCIÓN:

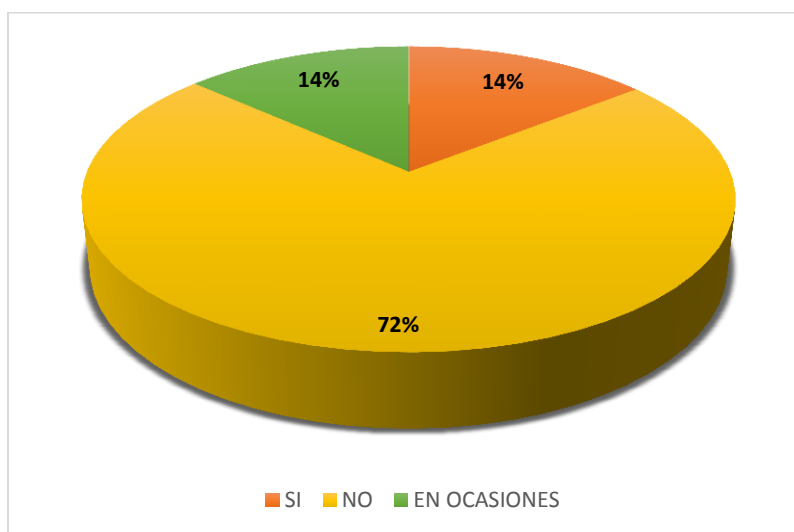
En esta gráfica se observa que el 78% de los estudiantes no percibe al factor de la creencia de que es necesario esperar hasta iniciar su vida sexual para adquirir información sobre sexualidad/reproducción como influyente en la inasistencia al servicio de S.S.R, mientras que un 17% de los estudiantes cree que este factor si influye en la inasistencia al servicio y solo un 5% cree que ocasionalmente influye este factor.

CUADRO No. 16
CREENCIA SOBRE CONOCER TODA LA INFORMACIÓN
2015

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	58	14.4	14.4	14.4
	no	292	72.3	72.3	86.6
	en ocasiones	54	13.4	13.4	100.0
	Total	404	100.0	100.0	

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRÁFICO No. 16
CREENCIA SOBRE CONOCER TODA LA INFORMACIÓN
2015



FUENTE: Misma de la gráfica No.1

DESCRIPCIÓN

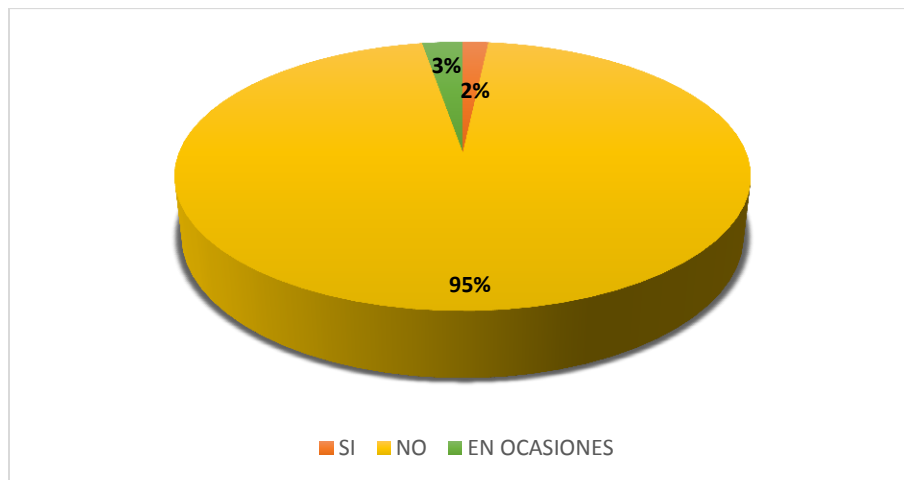
En esta gráfica se observa que el 72% de los adolescentes encuestados manifestó que no cree conocer toda la información sobre sexualidad y/o reproducción, el 28% restante de los adolescentes refirieron que conocen o creen conocer toda la información necesaria sobre reproducción y sexualidad,

CUADRO No. 17
 IMPEDIMENTOS RELIGIOSOS
 2015

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	7	1.7	1.7	1.7
	no	386	95.5	95.5	97.3
	en ocasiones	11	2.7	2.7	100.0
	Total	404	100.0	100.0	

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRÁFICO No. 17
 IMPEDIMENTOS RELIGIOSOS
 2015



FUENTE: Misma de la gráfica No.1

DESCRIPCIÓN

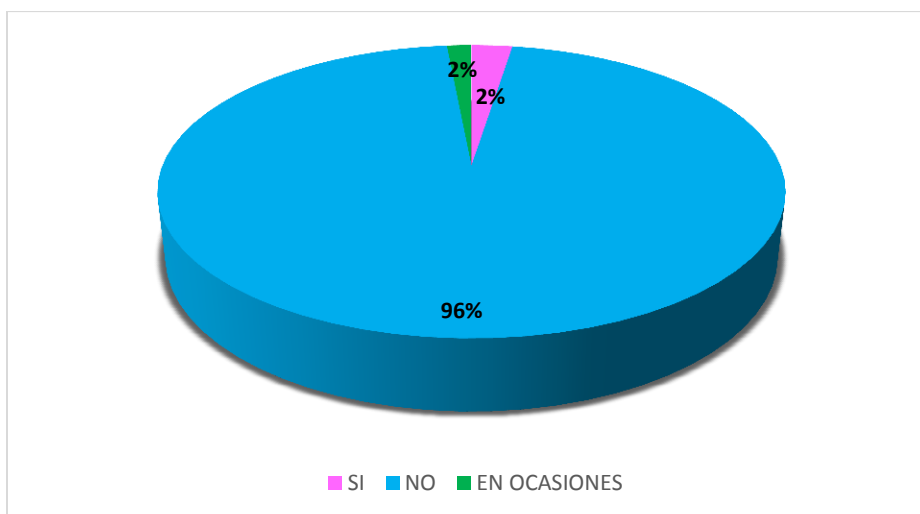
Éste gráfico muestra que el 95% de los adolescentes no perciben sus creencias religiosas como un factor limitante para acercarse a buscar información sobre salud sexual y reproductiva. Solo un 2% manifestó que su religión de alguna forma les impide acercarse al servicio.

CUADRO No. 18
SUMISIÓN ANTE LA PAREJA
2015

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	10	2.5	2.5	2.5
	no	388	96.0	96.0	98.5
	en ocasiones	6	1.5	1.5	100.0
	Total	404	100.0	100.0	

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRÁFICO No. 18
SUMISIÓN ANTE LA PAREJA
2015



FUENTE: Misma de la gráfica No.1

DESCRIPCIÓN

Éste gráfico muestra que el 96% de los adolescentes encuestados no ha recibido influencia negativa de su pareja para evitar que asista al servicio de consejería en salud sexual y reproductiva. Solo un 2% manifestó que su pareja alguna vez le prohibió asistir al servicio.

CUADRO No. 19

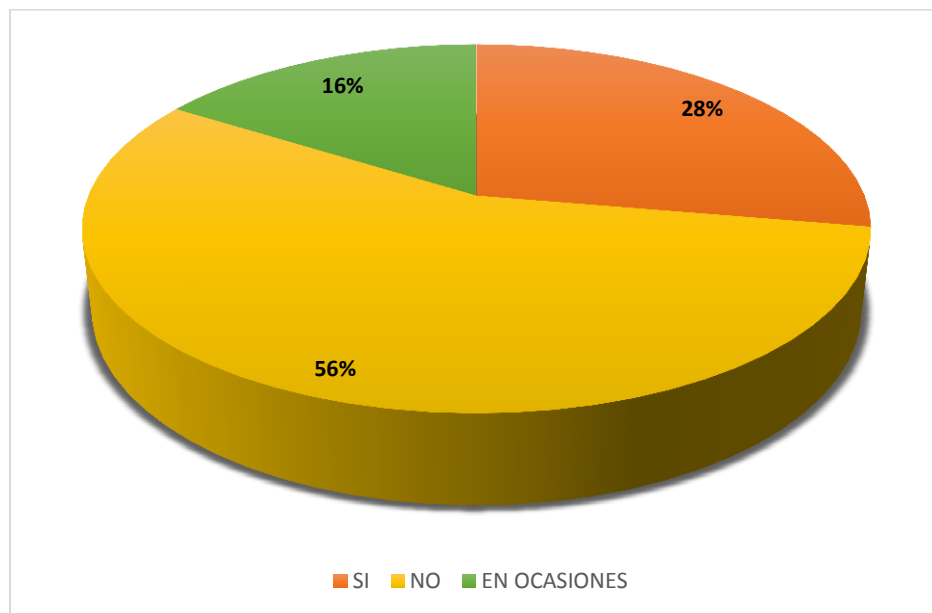
CREENCIA SOBRE LA NECESIDAD DE ACUDIR AL SERVICIO CON UN ADULTO
2015

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	112	27.7	27.7	27.7
	no	227	56.2	56.2	83.9
	en ocasiones	65	16.1	16.1	100.0
	Total	404	100.0	100.0	

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRÁFICO No. 19

CREENCIA SOBRE LA NECESIDAD DE ACUDIR AL SERVICIO CON UN ADULTO
2015



FUENTE: Misma de la gráfica No.1

DESCRIPCIÓN

En esta gráfica se muestra que el 56% de los estudiantes no perciben éste factor como influyente para la inasistencia de los adolescentes al servicio de S.S.R sin embargo un 28% si percibe este factor como influyente para la inasistencia al servicio mientras que un 16% de ellos ha sentido que influye ocasionalmente.

CUADRO No. 20
SENTIRSE VULNERABLES ANTE DAÑOS EN LA SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA

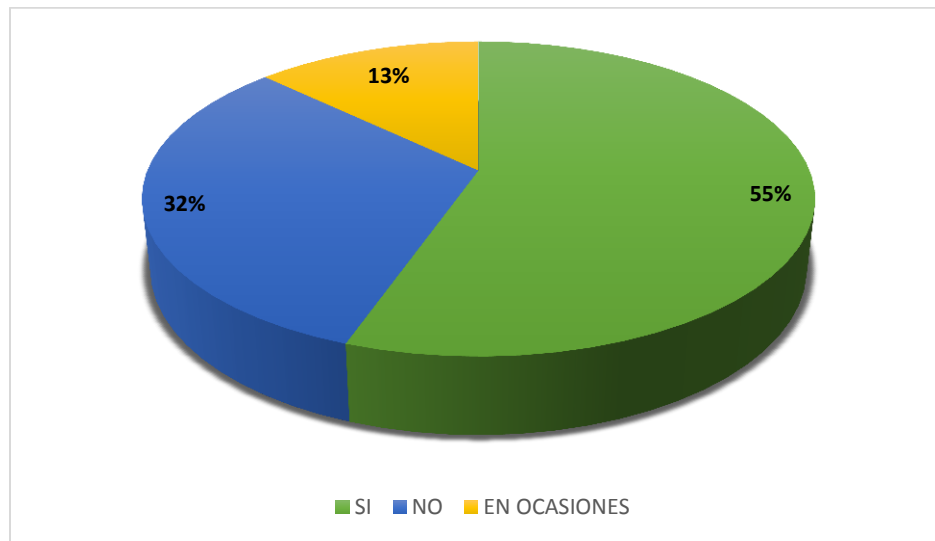
2015

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	224	55.4	55.4	55.4
	no	128	31.7	31.7	87.1
	en ocasiones	52	12.9	12.9	100.0
	Total	404	100.0	100.0	

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRÁFICO No. 20
SENTIRSE VULNERABLES ANTE DAÑOS EN LA SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA

2015



FUENTE: Misma de la gráfica No.1

DESCRIPCIÓN

En ésta gráfica se observa que para el 55% de los adolescentes la invulnerabilidad ante los daños a la salud sexual/reproductiva no es un factor que limite su asistencia al servicio, en contraparte para un 32% de adolescentes este factor si es limitante y el 13% restante manifiesta que en ocasiones este factor limita su asistencia al servicio.

PARTE III FACTORES EXTRINSECOS

CUADRO No. 21

MALA UBICACIÓN DEL SERVICIO

2015

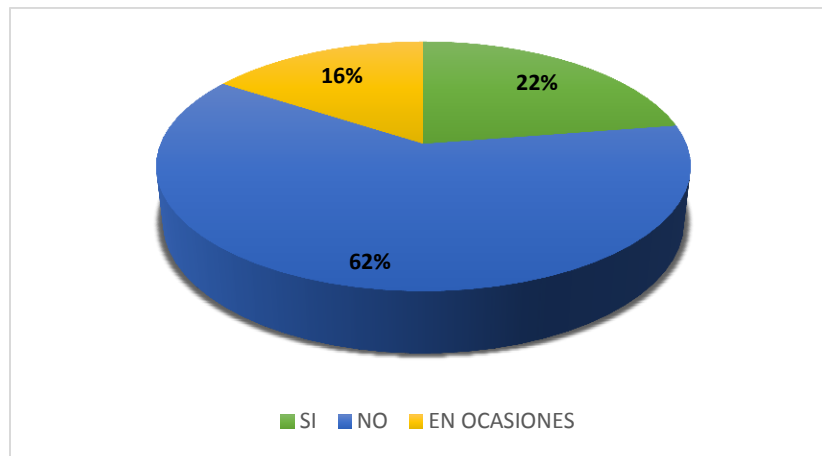
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	91	22.5	22.5	22.5
	no	249	61.6	61.6	84.2
	en ocasiones	64	15.8	15.8	100.0
	Total	404	100.0	100.0	

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRÁFICO No. 21

MALA UBICACIÓN DEL SERVICIO

2015



FUENTE: Misma de la gráfica No.1

DESCRIPCIÓN

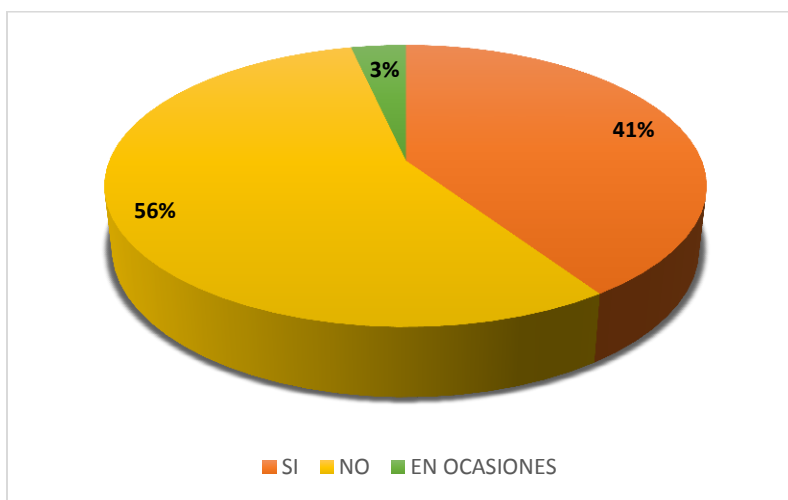
Ésta grafica se observa que el 22% de los adolescentes participantes de esta investigación han omitido asistir al servicio de consejería en salud sexual y reproductiva por creer que está muy lejos. En contraste el 62% manifiesta que este no es un factor que influya en la inasistencia.

CUADRO No. 22
 BUENA DIVULGACIÓN DEL SERVICIO
 2015

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	164	40.6	40.6	40.6
	no	226	55.9	55.9	96.5
	en ocasiones	14	3.5	3.5	100.0
	Total	404	100.0	100.0	

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRÁFICO No. 22
 BUENA DIVULGACIÓN DEL SERVICIO
 2015



FUENTE: Misma de la gráfica No.1

DESCRIPCIÓN

Ésta gráfica nos muestra que el 56% de los alumnos encuestados no sabían que contaban con el servicio de consejería en salud sexual y reproductiva en el servicio médico de la escuela. El 41% de los adolescentes si tenía conocimiento de su existencia.

CUADRO No. 23

BUENA ACTITUD DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS

2015

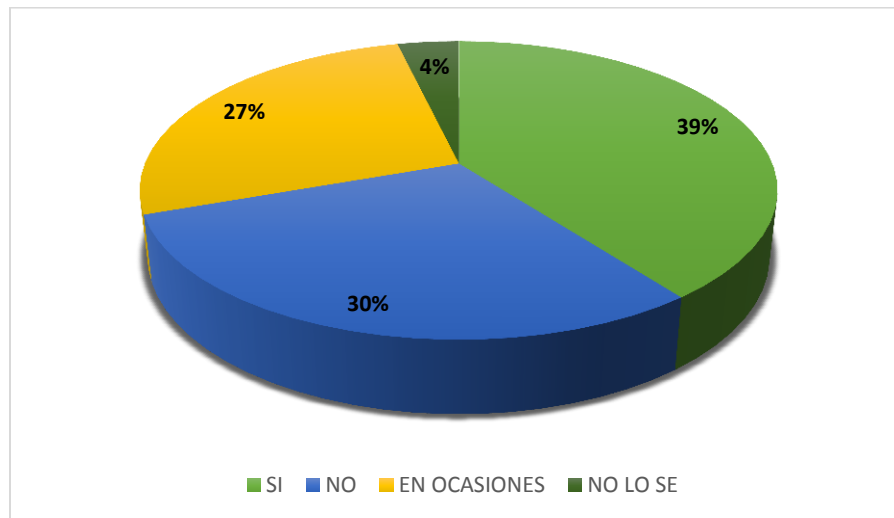
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	160	39.6	39.6	39.6
	no	121	30.0	30.0	69.6
	en ocasiones	108	26.7	26.7	96.3
	no lo sé	15	3.7	3.7	100.0
	Total	404	100.0	100.0	

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRÁFICO No. 23

BUENA ACTITUD DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS

2015



FUENTE: Misma de la gráfica No.1

DESCRIPCIÓN

El 39% de los adolescentes manifestó que el personal de servicios médicos es amable, sin embargo un 57% cree que no es amable o que en ocasiones no lo son, solo un 4% manifestó no saberlo.

CUADRO No. 24

RECHAZO SOCIAL PARA QUE SE LE BRINDE INFORMACION SOBRE SU SEXUALIDAD AL ADOLESCENTE

2015

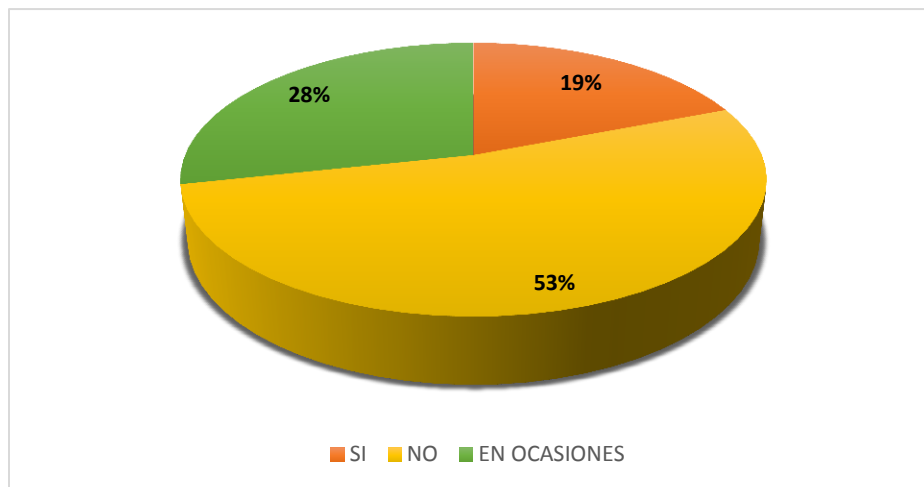
	Frecuencia	Porcentaje
Validos si	77	19.1
no	212	52.5
en ocasiones	115	28.4
Total	404	100.0

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRÁFICO No. 24

RECHAZO SOCIAL PARA QUE SE LE BRINDE INFORMACION SOBRE SU SEXUALIDAD AL ADOLESCENTE

2015



FUENTE: Misma de la gráfica No.1

DESCRIPCIÓN

En esta gráfica se observa un 53% de alumnos que no creen que la sociedad juzgue a los adolescentes que buscan información sobre su sexualidad o reproducción, en contraparte un 19% cree que los adolescentes si son juzgados al buscar este tipo de información.

CUADRO No. 25

HORARIOS INSTITUCIONALES INCOMPATIBLES CON LOS ADOLESCENTES

2015

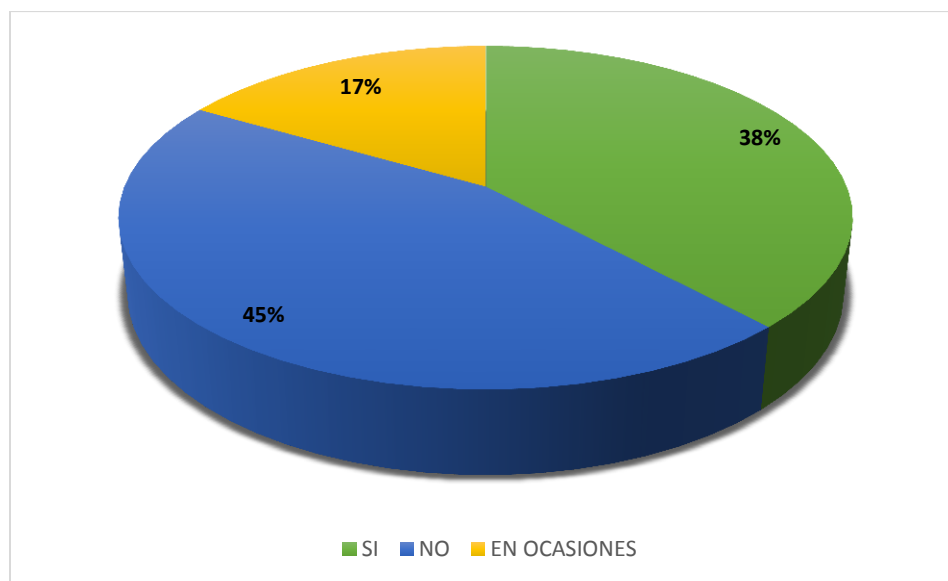
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	154	38.1	38.1	38.1
	no	183	45.3	45.3	83.4
	en ocasiones	67	16.6	16.6	100.0
	Total	404	100.0	100.0	

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRÁFICO No. 25

HORARIOS INSTITUCIONALES INCOMPATIBLES CON LOS ADOLESCENTES

2015



FUENTE: Misma de la gráfica No.1

DESCRIPCIÓN

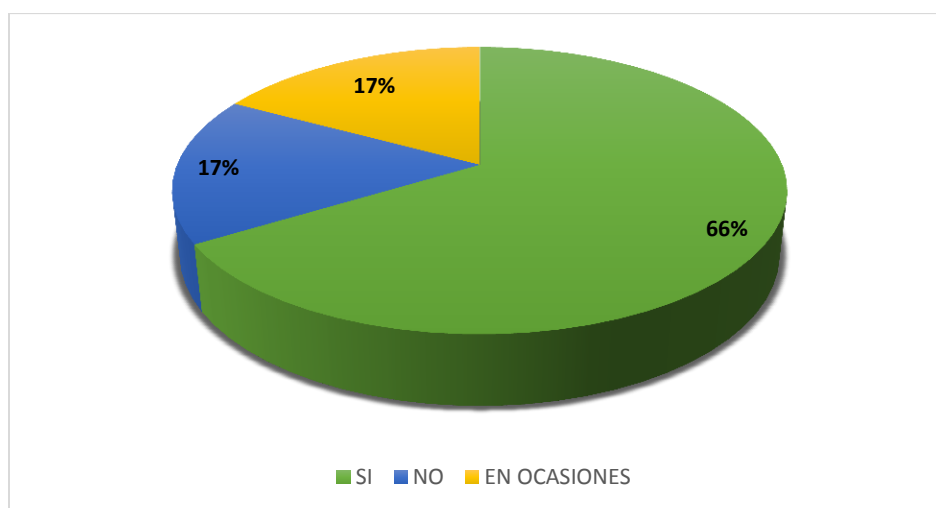
Éste gráfico muestra que el 55% de los adolescentes manifiesta incompatibilidad con los horarios de las instituciones, ya que al acudir a el, lo ha encontrado cerrado, el 45% restante no percibe este factor como influyente para la inasistencia del adolescente al S.S.R

CUADRO No. 26
USO EXCESIVO DE FOLLETOS
2015

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	268	66.3	66.3	66.3
	no	67	16.6	16.6	82.9
	en ocasiones	69	17.1	17.1	100.0
	Total	404	100.0	100.0	

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRÁFICO No. 26
USO EXCESIVO DE FOLLETOS
2015



FUENTE: Misma de la gráfica No.1

DESCRIPCIÓN

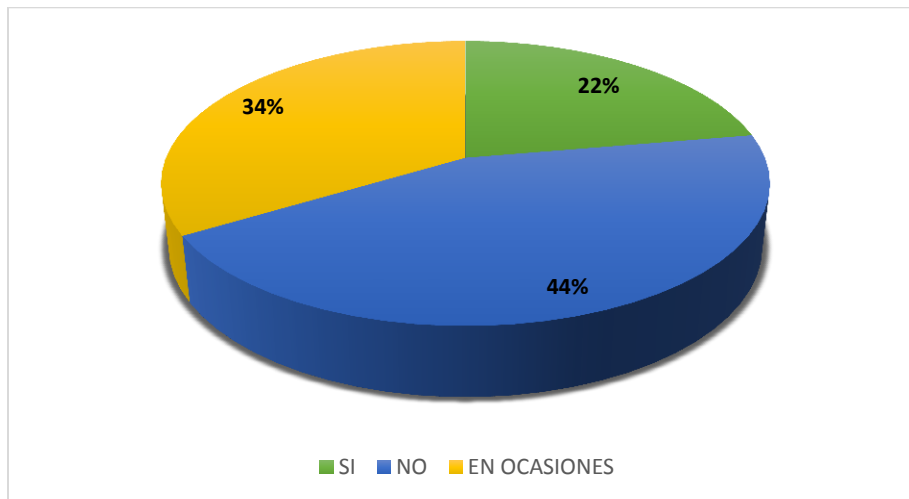
En ésta gráfica se observa que el 66% de los adolescentes percibe el uso excesivo de folletos como un factor que limita su asistencia al servicio de S.S.R, un 17% manifestó que este factor no limita su asistencia.

CUADRO No. 27
 CONFIANZA HACIA EL SERVICIOS DE SALUD
 2015

		Frecuencia	Porcentaje
Validos	si	90	22.3
	no	178	44.1
	en ocasiones	136	33.6
Total		404	100.0

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRÁFICO No. 27
 CONFIANZA HACIA EL SERVICIOS DE SALUD
 2015



FUENTE: Misma de la gráfica No.1

DESCRIPCIÓN

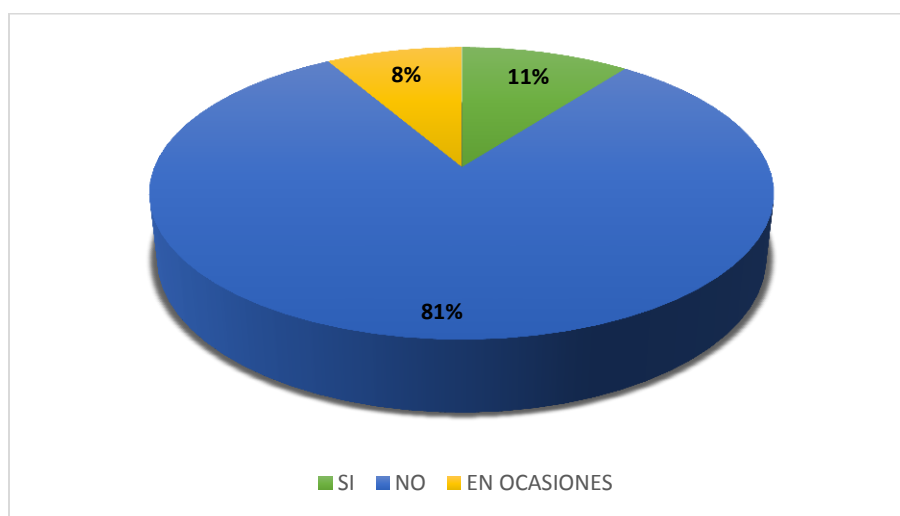
Ésta gráfica muestra que el 44% de los adolescentes participantes de éste estudio no confía en el servicio médico de su escuela un 34% manifiesta confiar en ocasiones y el 22% manifiesta confianza en el servicio de salud.

CUADRO No. 28
 INFLUENCIA DE LAS CREENCIAS DEL PERSONAL DE SALUD
 2015

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	42	10.4	10.4	10.4
	no	328	81.2	81.2	91.6
	en ocasiones	34	8.4	8.4	100.0
	Total	404	100.0	100.0	

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRÁFICO No. 28
 INFLUENCIA DE LAS CREENCIAS DEL PERSONAL DE SALUD
 2015



FUENTE: Misma de la gráfica No.1

DESCRIPCIÓN

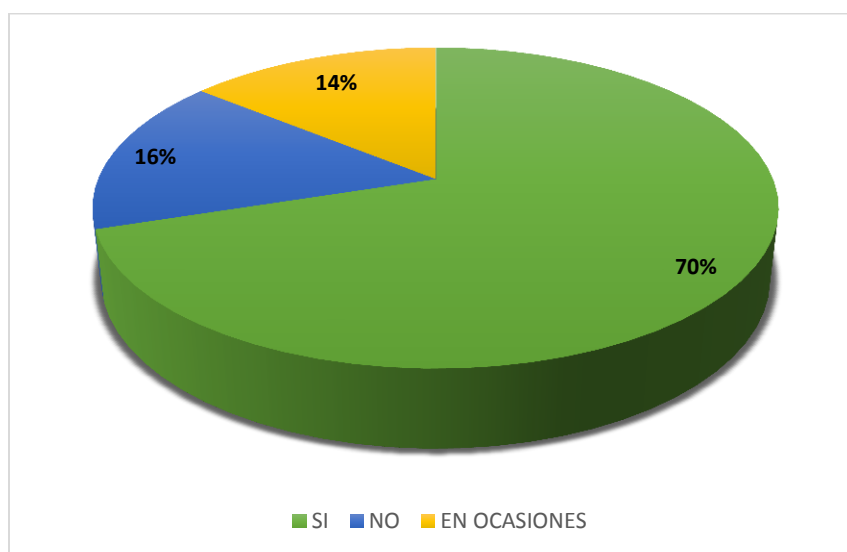
En ésta gráfica se observa que el 81% de los adolescentes no percibe este factor como influyente en la inasistencia de los adolescentes al S.S.R, en contraparte un 11% cree que si puede influir este factor en la inasistencia del adolescente al servicio y solo un 8% cree que en ocasiones influye.

CUADRO No. 29
CREENCIA DE QUE EL PERSONAL DE SALUD LE PUEDE
BRINDAR INFORMACIÓN QUE AUN NO CONOZCA SOBRE SALUD SEXUAL
2015

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos si	283	70.0	70.0	70.0
no	64	15.8	15.8	85.9
en ocasiones	57	14.1	14.1	100.0
Total	404	100.0	100.0	

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRÁFICO No. 29
CREENCIA DE QUE EL PERSONAL DE SALUD LE PUEDE
BRINDAR INFORMACIÓN QUE AUN NO CONOZCA SOBRE SALUD SEXUAL
2015



FUENTE: Misma de la gráfica No.1

DESCRIPCIÓN

Ésta gráfica muestra que el 70% de los adolescentes manifiesta que el personal de salud puede brindarle información que aún no conozca sobre salud sexual, por lo que no lo considera un factor que influya en la inasistencia del adolescente al servicio, sin embargo un 16% refirió que este factor si influye en la inasistencia de los adolescentes al servicio.

CUADRO No. 30

CLARIDAD Y FLUIDEZ DEL PERSONAL DE SALUD PARA BRINDAR CONSEJERIA A ADOLESCENTES

2015

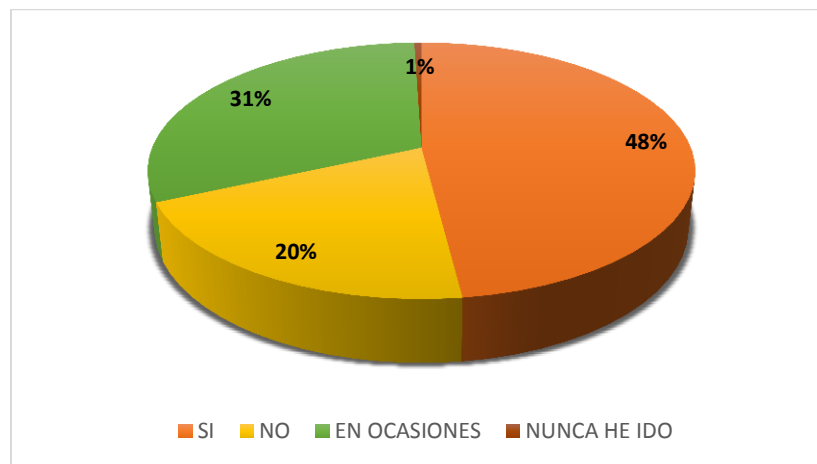
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos si	194	48.0	48.0	48.0
no	82	20.3	20.3	68.3
en ocasiones	126	31.2	31.2	99.5
nunca he ido	2	.5	.5	100.0
Total	404	100.0	100.0	

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRÁFICO No. 30

CLARIDAD Y FLUIDEZ DEL PERSONAL DE SALUD PARA BRINDAR CONSEJERIA A ADOLESCENTES

2015



FUENTE: Misma de la gráfica No.1

DESCRIPCIÓN

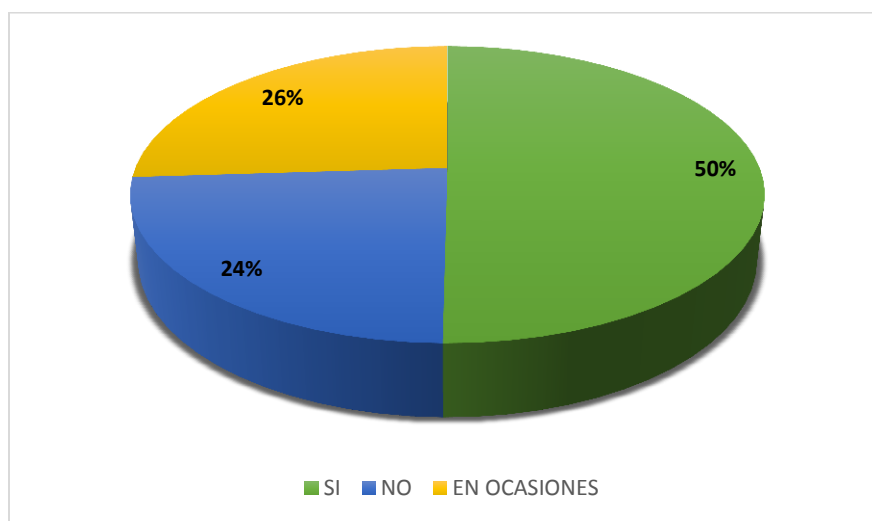
En ésta gráfica se observa que el 48% de los adolescentes cree que el personal de salud le brinda información clara y fluida sobre la sexualidad y la reproducción, un 20% cree que la información que recibe del personal de salud no es suficientemente clara y fluida y un 31% de los adolescentes manifiesta que en ocasiones la información que recibe no es suficientemente clara.

CUADRO No. 31
DISPOSICIÓN PARA QUE SE LE BRINDE INFORMACIÓN AL ADOLESCENTE
2015

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	203	50.2	50.2	50.2
	no	96	23.8	23.8	74.0
	en ocasiones	105	26.0	26.0	100.0
	Total	404	100.0	100.0	

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRÁFICO No. 31
DISPOSICIÓN PARA QUE SE LE BRINDE INFORMACIÓN AL ADOLESCENTE
2015



FUENTE: Misma de la gráfica No.1

DESCRIPCIÓN

Ésta gráfica muestra que para el 50% de adolescentes la negativa para brindar información al adolescente no es un factor que limite su asistencia al servicio, un 24% manifiesta que éste factor si es limitante y un 26% que en ocasiones este factor los limita a asistir al servicio.

CUADRO No. 32
 INCOMODIDAD POR PARTE DE PROFESORES U ORIENTADORES EN TEMAS DE
 SEXUALIDAD Y REPRODUCCION

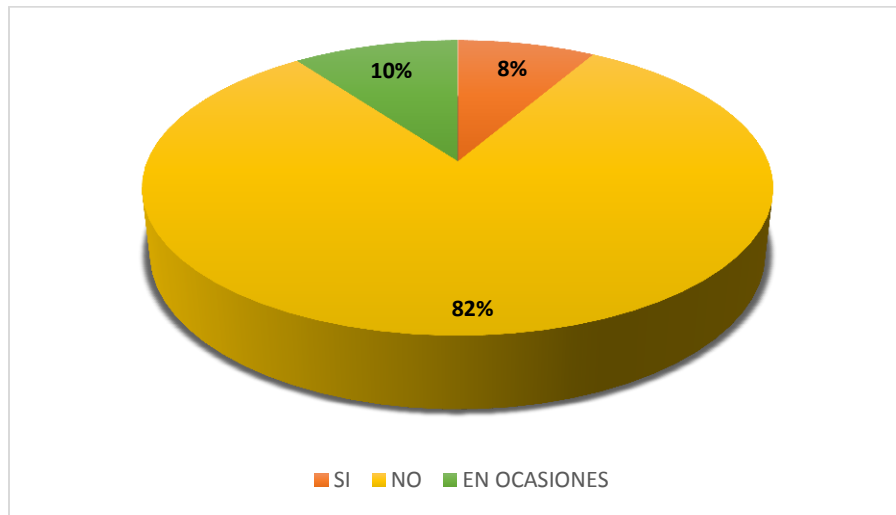
2015

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	34	8.4	8.4	8.4
	no	329	81.4	81.4	89.9
	en ocasiones	41	10.1	10.1	100.0
	Total	404	100.0	100.0	

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRÁFICO No. 32
 INCOMODIDAD POR PARTE DE PROFESORES U ORIENTADORES EN TEMAS DE
 SEXUALIDAD Y REPRODUCCION

2015



FUENTE: Misma de la gráfica No.1

DESCRIPCIÓN

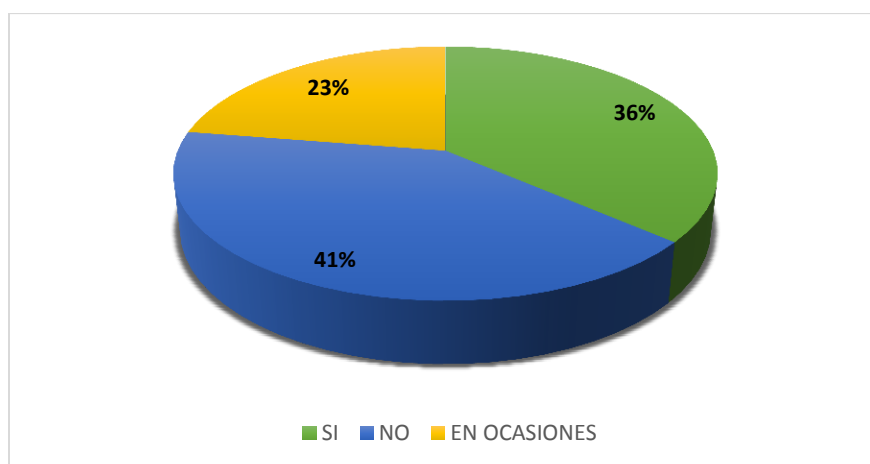
Ésta gráfica muestra que el 82% de los adolescentes no percibe que este factor influya en la inasistencia de los adolescentes al servicio de S.S.R, sin embargo un 8% manifestó que si percibe que este factor influya en la inasistencia al servicio.

CUADRO No. 33
TRÁMITES TEDIOSOS
2015

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	147	36.4	36.4	36.4
	no	166	41.1	41.1	77.5
	en ocasiones	91	22.5	22.5	100.0
	Total	404	100.0	100.0	

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRÁFICO No. 33
TRÁMITES TEDIOSOS
2015



FUENTE: Misma de la gráfica No.1

DESCRIPCIÓN

En ésta gráfica se observa que el 36% de los adolescentes encuestados cree que los trámites que necesita realizar para recibir información sobre su sexualidad son demasiado tediosos, por el contrario, un 41% de los adolescentes no creen que los trámites sean un factor que limite su asistencia al servicio de consejería en salud sexual y reproductiva. Un 23% cree que en ocasiones los trámites son excesivos.

CUADRO No. 34

COORDINACIÓN ENTRE EL PERSONAL DE SALUD DEL CONSULTORIO Y LAS INSTITUCIONES DE SALUD

2015

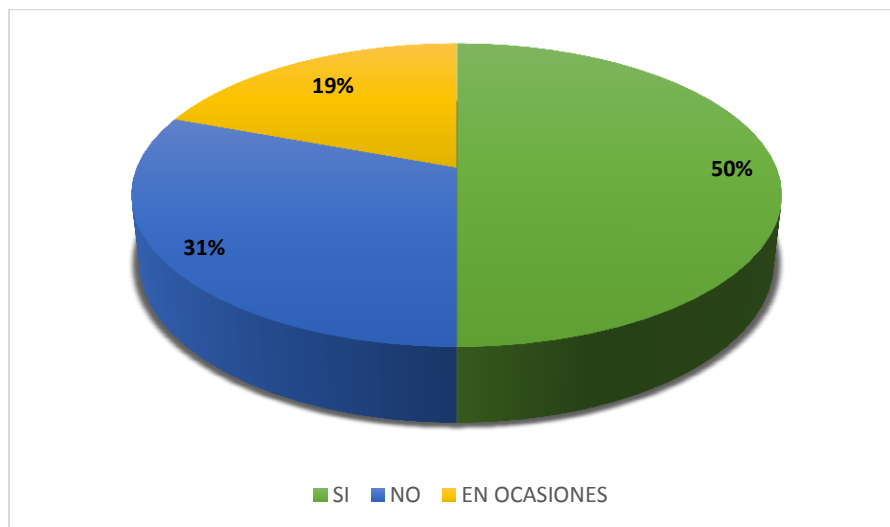
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	si	202	50.0	50.0	50.0
	no	124	30.7	30.7	80.7
	en ocasiones	78	19.3	19.3	100.0
	Total	404	100.0	100.0	

FUENTE: Misma del cuadro No. 1

GRÁFICO No. 34

COORDINACIÓN ENTRE EL PERSONAL DE SALUD DEL CONSULTORIO Y LAS INSTITUCIONES DE SALUD

2015



FUENTE: Misma de la gráfica No.1

DESCRIPCIÓN

En ésta gráfica se observa que el 50% de los adolescentes percibe coordinación entre el personal de salud del consultorio y las instituciones de salud, sin embargo un 31% de estos adolescentes no la perciben y un 19% percibe coordinación ocasionalmente.

APARTADO V

7. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Los cuadros No.1 y 3 referentes al turno y género de los adolescentes participantes de ésta investigación mostraron una porcentaje similar entre turno y género, siendo proporcional en ambos rubros, la participación masculina fue ligeramente mayor con 52% de participantes.

El cuadro No. 2 referente a la edad de los estudiantes, mostró que el grupo prevalente es el de alumnos que se encuentran entre el rango de los 15 a 17 años. Ello puede obedecer a que los grupos de los primeros semestres suelen ser más numerosos en contraste con los grupos de los últimos semestres cuyos grupos suelen ser reducidos, dicho fenómeno se presenta debido a múltiples causas, como lo son, la deserción escolar (por embarazo, por escasos recursos, falta de proyecto de vida etc.) el cambio de plantel o institución, el rezago escolar etc.

“...las madres adolescentes y sus hijos e hijas tienen mayores probabilidades de obtener bajos logros en su educación, tener otros embarazos adolescentes y de vivir en una pobreza persistente.”

El cuadro No. 4 referente al nivel socioeconómico de los adolescentes, mostró que el nivel predominante fue el medio (69%), esto puede obedecer a la ubicación del Colegio (colonia popular en la delegación Iztacalco) y al orden del mismo (escuela pública).

Los cuadros No. 5 y 6 referentes al tipo de familia y funcionalidad de la misma, respectivamente, mostraron que poco más de la mitad de los estudiantes pertenece a una familia nuclear (52%) y con una buena funcionalidad (92%).

La familia nuclear tiene como principal característica que es un concepto occidental para denominar al tipo de familia que se conforma por progenitores e hijos.

Los cuadros No. 7, 8 y 9 referentes a la preocupación, temor y pena respectivamente hacía la búsqueda de información mostraron que en su mayoría, los estudiantes no consideran ninguno de estos factores como barrera para buscar el servicio de S.R.R. Esto, puede obedecer al proceso de adquisición de la personalidad, lo cual muestra una actitud informal en los adolescentes.

“...en el caso de las mujeres y con diferencias estadísticamente significativas en relación a los hombres, se menciona la vergüenza de consultar y la preocupación por la falta de privacidad” (24)

Los resultados obtenidos en los cuadros 10 y 19 con respecto a la vergüenza al solicitar información y la creencia sobre la necesidad de acudir al servicio con un adulto, respectivamente, mostraron que un tercio de los estudiantes encuestados manifiestan sentir o haber sentido vergüenza al solicitar información sobre sexualidad además de que más de un tercio (44%) cree que para poder solicitar el servicio de S.S.R es necesario que un adulto lo acompañe. Estos factores influyen en la inasistencia de los adolescentes al servicio de S.S.R. Ello puede obedecer a la necesidad de confidencialidad del adolescente para sentirse libre de expresar sus inquietudes y dudas ante el personal médico.

“La vergüenza a exponer aspectos de su vida íntima y reconocer ante un adulto que han iniciado vida sexual, o que piensen que la ha iniciado, es un sentimiento muy frecuente entre las/los adolescentes. Se menciona también la vergüenza de consultar y la preocupación por la falta de privacidad” (26).

Los resultados obtenidos en los cuadros no. 11, 14 y 15 con respecto a conocer lo que es la consejería en salud sexual y reproductiva, interés por el servicio de S.S.R y la creencia de que para buscar información sobre sexualidad debe esperar hasta el inicio de la vida sexual, respectivamente, mostraron que aunque en su mayoría (69%) los adolescentes manifiestan tener interés por recibir información sobre salud sexual y reproductiva y consideran que no es necesario esperar hasta el inicio de la vida sexual para buscar dicha consejería (79%); un tercio de los adolescentes (33%) no conoce o no tiene claro lo que es la consejería en salud sexual y reproductiva. El que los adolescentes no conozcan o no tengan claro dicho concepto puede ser un factor influyente en la inasistencia de los adolescentes al servicio de S.S.R ya que en general, el adolescente asocia el servicio solo con la repartición de condones.

“Los legisladores, planificadores de programas y la sociedad adulta con frecuencia asocian la adolescencia y la juventud con una edad problemática lo cual influye para que los programas suelen limitarse a tratar “el embarazo adolescente” y promover la abstinencia y el uso del condón. Los programas ignoran que la sexualidad es parte del desarrollo humano y los conceptos como amor, sentimientos, emociones, intimidad y deseo con frecuencia no se incluyen en intervenciones de salud sexual y reproductiva”. (6)

Con respecto a los cuadros no. 12 y 17 y 18 referentes al machismo, impedimentos religiosos y a la sumisión ante la pareja, respectivamente, mostraron que aunque en su gran mayoría los adolescentes no perciben a la religión (95%) ni a su pareja (96%) como un factor que influya en la inasistencia al servicio de S.S.R, más de la mitad (54%) manifiesta que el machismo es un factor que influye en la inasistencia de los adolescentes al S.S.R ya que perciben que los hombres no necesitan el servicio de consejería en S.S.R. Ello puede obedecer al enfoque que se le ha dado a la consejería en salud sexual, la cual se enfoca principalmente en métodos anticonceptivos para la prevención del embarazo adolescente.

“...Claro ejemplo de ello es que en nuestro país, la atención de SSR ha estado centrada en las mujeres y especialmente en la salud reproductiva de las mismas. Bajo este modelo, la salud sexual de las mujeres ha quedado relegada a la esfera reproductiva, y la salud tanto sexual como reproductiva de los hombres no ha sido temática de políticas públicas ni de reflexión social. De la mano de lo anterior, las percepciones sociales sobre las mujeres como foco de la atención de SSR contribuyen a reforzar las inequidades de género, siendo ellas las relacionadas con los deberes y derechos reproductivos, quedando de este modo a cargo de la crianza y cuidado de los hijos e hijas, mientras los hombres son asociados a las funciones económico-productivas de la sociedad.” (8)

El cuadro No. 13 referente a la falta de tiempo de los estudiantes para acudir al S.S.R, mostró que un 55% de los estudiantes manifestó que sus actividades no les dejan tiempo libre para acudir al servicio, esto puede obedecer al sistema escolar en el que las horas de clase son continuas, en donde los retardos o inasistencias causan baja de la materia y a que el servicio médico no otorga justificantes de tiempo en el caso de que un alumno requiera de una consejería o intervención médica, lo que ocasiona que el estudiante deje de lado aspectos de su salud y

desarrollo priorizando el aspecto académico. Por otra parte los alumnos no pueden solicitar el servicio médico del turno contrario al suyo.

Con respecto a los cuadros no.16 y 20 referentes a la creencia sobre conocer toda la información e invulnerabilidad ante daños en la salud sexual y reproductiva, respectivamente, mostró que aun cuando el 72% los estudiantes no cree que conocer toda la información sobre sexualidad o reproducción, el 33% percibe el sentido de invulnerable ante los daños en la salud sexual y reproductiva como un factor que influye en la inasistencia de los adolescentes al servicio de S.S.R. Ello puede obedecer al desarrollo psicológico propio del adolescente donde se percibe como autosuficiente e invulnerable ante los riesgos de salud y físicos.

“...La percepción de ser invulnerables (“a mí no me va a pasar”), (22)

“...la *lata* de consultar, sentimiento exclusivamente masculino que denota la desmotivación por consultar y saber más de estos temas, lo que puede ocultar la vergüenza de reconocer su ignorancia sobre esos temas o la percepción de que ya poseen la información necesaria.” (26)

Con respecto a los cuadros no. 21, 22, 23 y 25 referentes a la mala ubicación del servicio, a la buena divulgación del mismo, a los prestadores de servicio con buena actitud, y a los horarios institucionales incompatibles con los adolescentes expusieron que más de un tercio de los adolescentes (38%) omiten o han omitido asistir al servicio de médico del Colegio de Bachilleres por su mala ubicación ya que consideran que está muy lejos. La lejanía (los tiempos de traslado del servicio médico a su salón de clases) y la falta de expedición de justificantes de tiempo, se conjugan para que la mala ubicación del servicio médico se vuelva una barrera

para la asistencia de los adolescentes al servicio; aunado a esto más de la mitad de los estudiantes (56%) no sabía que contaba con éste servicio en su escuela, otro alto porcentaje de los estudiantes (57%) percibe que el personal del consultorio médico no es amable o solo ocasionalmente lo son. También más de la mitad de ellos (55%) manifestó incompatibilidad entre sus horarios y el horario del servicio médico ya que al acudir al servicio, lo ha encontrado cerrado.

“...Las actitudes negativas de quienes trabajan con adolescentes son la causa de que a menudo ellos se sientan juzgados, avergonzados y atemorizados por la experiencia de atención. Un estudio acerca de las experiencias de jóvenes afroamericanos con los sistemas de salud en EEUU (incluyendo los servicios de SSR), las habrían descrito como una de las experiencias más angustiantes jamás experimentadas. (37)

“...se identificaron las siguientes barreras que enfrentan los y las adolescentes en todo el mundo para acceder a los servicios de atención primaria: falta de servicios cercanos; leyes y políticas restrictivas que impiden el acceso a los servicios; costos, servicios inconvenientes (lejanía y/o horarios inconvenientes)”. (22)

Con respecto a los cuadros no. 24, 28 y 29, referentes al rechazo social para que se le brinde información sobre sexualidad al adolescente, influencia de las creencias del personal de salud y la creencia de que el personal de salud le puede brindar información que aún no conozca sobre salud sexual, revelaron que en su mayoría los adolescentes no perciben a estos factores como influyentes en la inasistencia del adolescente al servicio de S.S.R (53%, 81% y 70% respectivamente).

Con respecto a los cuadros no. 26, 27 y 30, referentes al uso excesivo de folletos, confianza hacia el servicio de salud y a la claridad y fluidez del personal de salud para brindar consejería a adolescentes, mostraron que un alto porcentaje de los estudiantes (66%) manifestaron que el uso de folletos por parte del personal de salud es un factor que limita su asistencia al S.S.R, a su vez una alta población estudiantil (78%) expresó desconfianza hacia el personal del servicio médico, ya que manifestaron que no confían en el servicio de salud de su escuela (44%) o solo ocasionalmente lo hacen (34%) aunado a esto el 20% de los adolescentes manifestaron que no existe claridad ni fluidez por parte del personal de salud al brindar información sobre sexualidad o reproducción y un 31% manifestó que solo ocasionalmente la hay. Esto puede obedecer a la falta de compromiso del personal del consultorio para abordar la consejería en S.S.R y a la falta de capacitación de dicho personal para brindar servicios de salud a adolescentes.

“...Se identificaron las siguientes barreras desde la perspectiva del proveedor: falta de educación adecuada en los temas de planificación familiar y anticonceptivos; dificultad de los proveedores de iniciar conversaciones sobre anticonceptivos y sexualidad con sus pacientes; resistencia de apoyar nuevos métodos anticonceptivos y/o protocolos, especialmente cuando estos no calzan con la educación, creencias o valores del proveedor, falta de tiempo y falta o baja remuneración por proveer servicios de SSR para adolescentes en general.” (30)

El cuadro No. 31 referente a la negativa para brindar información al adolescente, se mostró que en el 50% de los adolescentes, no perciben o solo ocasionalmente se les brinda disponibilidad para que reciban información sobre sexualidad o reproducción, esto puede obedecer a la percepción que algunos adultos poseen en cuanto a que si hablan de sexualidad con sus hijos, los incitan a iniciar de forma temprana su vida sexual.

“...Tras esto subyace la idea de que los/as adolescentes no “deben” tener una sexualidad activa, y que educarlos en estas temáticas podría contribuir a aumentar una cultura de excesiva libertad sexual. De allí también se deriva la poca identificación de los/as adolescentes como sujetos de derecho y usuarios potenciales de los servicios de salud en estas materias.” (8)

Con respecto a los cuadros no. 32, 33 y 34 referentes a la incomodidad por parte de profesores u orientadores en temas de sexualidad y reproducción, tramites tediosos y coordinación entre el personal de salud del consultorio y las instituciones de salud, se mostró que los adolescentes no perciben que se muestre incomodidad por parte de sus profesores u orientadores, por lo que, no es un factor que influya en la inasistencia al servicio de S.S.R, sin embargo, casi el 50% de ellos manifestó que los trámites que debe realizar para solicitar el servicio de S.S.R son (36%) o han sido en algún momento (23%) tediosos, por lo cual no acuden al servicio, además otro alto porcentaje de ellos (31%) no perciben coordinación entre el personal de salud del consultorio o manifiestan que solo ocasionalmente la perciben (19%) lo cual influye en la inasistencia de los adolescentes a dicho servicio.

“...No sorprende que los servicios de SSR suministrados a adolescentes reflejen diferencias según cual sea el profesional que presta el servicio. En EEUU se han encontrado apreciables diferencias entre los servicios de SSR prestados por profesionales distintos” (39)

8. CONCLUSIONES

Con base en el análisis de resultados se concluye que los objetivos específicos de esta investigación fueron alcanzados. El primero, referente a la descripción de factores intrínsecos que influyen en la inasistencia de los adolescentes al servicio de salud sexual y reproductiva en el Colegio de Bachilleres no. 3 dentro del cual se revelo lo siguiente:

Para los adolescentes de este Colegio el factor que tiene mayor influencia en su inasistencia al servicio de S.S.R es la falta de tiempo libre (54.7%), lo cual se convierte en la principal barrera para que accedan a dicho servicio.

Aunado a esto, un porcentaje muy alto (54%) manifiesta que el machismo es otro factor relevante que limita la asistencia de los adolescentes al servicio de S.S.R por considerar que el hombre no requiere de dicho servicio.

También se revelo que el sentido de invulnerabilidad (31.7%) es otro factor relevante que limita la asistencia al servicio de S.S.R ya que los adolescentes se perciben como invulnerables ante los daños en la salud sexual y reproductiva.

A su vez se vuelve muy relevante el no saber lo que es el servicio de S.S.R Ya que un tercio de los adolescentes no conoce (23.3%) o no tiene claro (9.9%) lo que es la consejería en S.S.R lo cual limita su asistencia a dicho servicio por desconocer la información que ahí se les puede brindar.

Por último, la creencia de los adolescentes de que para solicitar el servicio de S.S.R debe de asistir acompañado de un adulto (27.7%).

Concluimos así, que estos son los principales factores intrínsecos que limitan la asistencia del adolescente al servicio de S.S.R en el Colegio de Bachilleres no. 3

El segundo objetivo específico, referente a la descripción de los factores extrínsecos que influyen en la inasistencia de los adolescentes al servicio de salud sexual y reproductiva del Colegio de Bachilleres no. 3 el cual revelo lo siguiente:

El factor con mayor relevancia para los adolescentes (66.3%) el cual influye en la inasistencia al servicio de S.S.R es el uso excesivo de folletos por parte del personal de salud.

Además el estudio mostro que la falta de divulgación del servicio es un factor fundamental que contribuye en la inasistencia de los adolescentes al servicio de S.S.R. Casi la mitad de los estudiantes participantes manifestó desconocer que contaban con este servicio en el colegio (41%).

Otro factor muy significativo fue la falta de confianza en los servicios de salud de su escuela ya que dos tercios de los adolescentes manifestaron que no confían (44%) o solo ocasionalmente confían (22%) en el servicio de salud de su escuela.

Aunado a esto, más de la mitad de los estudiantes perciben ocasional (27%) o continuamente (30%) mala actitud por parte del personal del consultorio médico lo que conlleva a la inasistencia del adolescente al servicio de S.S.R.

Otro factor que los adolescentes manifestaron como influyente en la inasistencia al servicio fue la incompatibilidad de los horarios institucionales con los suyos (38%) además de la falta de fluidez por parte del personal de salud al brindar consejería en salud sexual y reproductiva ya que un 20% manifestó que la información que recibe por parte del personal de salud no es clara y un 31% manifestó que solo en ocasiones lo es.

Finalmente otro factor que se revelo como influyente en la inasistencia del adolescente al servicio de consejería en S.S.R fue la falta de coordinación del personal del servicio médico.

9. RECOMENDACIONES

Después de haber realizado la presente investigación así como el análisis y conclusiones del mismo, extendemos las siguientes recomendaciones:

Sobre el mismo, que se realicen trabajos de investigación sobre las barreras que influyen para que los adolescentes de nuestro país se acerquen a los servicios de salud a recibir orientación sobre su sexualidad y su reproducción utilizando los resultados para planificar acciones efectivas que reduzcan o eliminen las barreras que contribuyen a la inasistencia de los adolescentes al servicio de S.S.R

A LAS AUTORIDADES DEL COLEGIO DE BACHILLERES

- Brindar capacitación continua al personal médico para favorecer la comunicación efectiva y afectiva hacia el adolescente.
- Brindar cursos o talleres al personal médico de actualización en consejería sexual y reproductiva.
- Homologar las acciones del programa prevenimss en todos sus planteles, incluyendo a toda la población estudiantil y no solo a los alumnos de primer semestre, además de que las mismas queden a cargo del personal médico y no administrativo.
- Divulgar entre la población estudiantil, la existencia del servicio médico así como los servicios que brinda.
- Reestructurar el horario de atención del servicio médico.

A LOS PASANTES DE ENFERMERÍA

- Enfocar la planificación de acciones con base en las necesidades reales de la población que atendemos.
- Implementar pláticas sobre sexualidad y/o reproducción en los diferentes grupos etarios del colegio de bachilleres.
- Reducir al mínimo el uso de trípticos o periódicos murales.
- Realizar trabajos de investigación para detectar factores de riesgo que afecten a la población que atendemos.
- Implementar cursos o talleres para adolescentes sobre sexualidad y/o reproducción.

A LAS AUTORIDADES DE LA ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OSTETRICA

- Brindar cursos, talleres, diplomados, seminarios entre otros sobre el papel de enfermería en la consejería en salud sexual y reproductiva.
- Realizar programas interinstitucionales donde el personal de enfermería pueda atender el servicio de consejería en salud sexual y reproductiva en institutos, clínicas o módulos instalados en zonas con población vulnerable.
- Abrir a la población de nuestra comunidad módulos ofreciendo la amplia gama de servicios que los estudiantes, pasantes y licenciados en enfermería y obstetricia puede brindar a la población en general.

APARTADO VI

10. BIBLIOGRAFIA

¹ Organización Panamericana de la Salud. World Association of Sexology. Promotion of Sexual Health: Recommendation for Action. Washington: OPS; 2002

² Schutt-Aine J. Maddaleno M. Salud Sexual y Desarrollo de Adolescentes y Jóvenes en las Américas Implicaciones en programas y políticas. Washington DC, 2003.

³ World Association for Sexology. Declaración de los derechos sexuales. 14^o Congreso Mundial de Sexología 1999

⁴<http://noticias.universia.net.mx/actualidad/noticia/2014/01/10/1074362/ocde-mexico-ocupa-primer-lugar-casos-embarazos-adolescentes.html>

⁵ Hoffman, W. (1996). Conceptos y métodos en la psicología del desarrollo. En: Psicología del desarrollo hoy. México: McGraw-Hill.

⁶ Ídem

⁷ Organización Panamericana de la Salud. "Implementación de la estrategia de promoción de la salud en la Organización Panamericana de la Salud." Programa de Promoción de la Salud, OPS/OMS, mayo 1992.

⁸ "Por mi salud y tu tranquilidad, hablemos de sexualidad" DGSJ

⁹ Hoffman, Op. Cit.

¹⁰ Documento en pdf. Daniel Gutiérrez, M.D., M.P.H "SALUD REPRODUCTIVA: Concepto e importancia Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud No. 39 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 1996

¹¹ IDEM

¹²http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/13modulo_12.pdf

¹³http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/capitulo_i_el_concepto_de_adolescencia.pdf

¹⁴“Promoción de la Salud Sexual en Jóvenes” Raquel Alicia Benavides... 1° Edición. México, Editorial El Manual Moderno, 2013

¹⁵ ... vía Definición ABC <http://www.definicionabc.com/general/factor.php>

¹⁶ Guía para programas y proyectos de salud sexual y reproductiva en África”. AECI-2005

¹⁷ Ídem

¹⁸ Ídem

¹⁹ ESTUDIO BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE EN CHILE. Estudio realizado entre octubre de 2009 y marzo de 2010, por la organización Cultura Salud (www.culturasalud.cl) para el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.

²⁰ Palma I, Matus C, Navarrete L, Palma S. Etnografía de la atención y consulta médica a adolescentes en establecimientos de atención primaria de salud. Proyecto FONIS SA05I20093. Informe de Investigación. Universidad de Chile. Marzo 2008.

²¹ Craig, J. (2009). Desarrollo psicológico. Novena edición México: Prentice Hall. México: Pax.

²² Palma I, et. al., op. cit.

²³ <http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/intrinseco>

²⁴ ESTUDIO BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE EN CHILE. op. cit.

²⁵ Palma I, et. al., op. cit.

²⁶ Ídem

²⁷ ESTUDIO BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE EN CHILE. op. cit.

²⁸ http://wiki.elika.eus/index.php/Factor_extr%C3%ADnseco

²⁹ ESTUDIO BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE EN CHILE. op. cit.

- ³⁰ Landry DJ, Wei J, Frost JJ. Public and private providers' involvement in improving their patients' contraceptive use. *Contraception* 2008, 78(1): 42-51. Epub 2008 May 29
- ³¹ Lazarus JV, Jaruseviciene L, Liljestrand J. Lithuanian general practitioners' knowledge of confidentiality laws in adolescent sexual and reproductive healthcare: a cross-sectional study. *Scand J Public Health* 2008, 36(3):303-9.
- ³² Kostrzewa K. The sexual and reproductive health of young people in Latin America: Evidence from WHO case studies. *Salud Publica Mex* 2008, 50:10-16.
- ³³ Faundes A, Tavara L, Brache V, Alvarez F. Emergency Contraception under Attack in Latin America: Response of the Medical Establishment and Civil Society *Reproductive Health Matters* 2007, 15(29):130–138.
- ³⁴ Millstein SG, Igra V, Gans J, Delivery of STD/HIV preventive services to adolescents by primary care physicians, *J Adolesc Health* 1996, 96(4): 249–257.
- ³⁵ Idem
- ³⁶ Mngadi PT, Faxelid E, Zwane IT, Hojer B, Ransjo-Arvidson AB. Health providers' perceptions of adolescent sexual and reproductive health care in Swaziland. *Int Nurs Rev* 2008, 55(2): 148-55.
- ³⁷ Brown S, Burdette SS, Rodriguez P. Looking inward: provider-based barriers to contraception among teens and young adults. *Contraception* 2008, 78: 355–357.
- ³⁸ ESTUDIO BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE EN CHILE. op. cit.
- ³⁹ Ídem
- ⁴⁰ Zepeda A, Luengo X, Tijero M, Millán T. Adolescentes escolares: .Que saben de anticoncepción y prevención de ¿infecciones de transmisión sexual? Presentación en XXI Reunión Bienal de la Asociación Latinoamericana de Investigadores en Reproducción Humana (ALIRH), Sao Paulo, Brasil. Abril 2009.
- ⁴¹ Evaluación del impacto del programa de salud sexual y reproductiva en adolescentes de Medellín, 2008. Doc. En pdf.
- ⁴² Ídem

⁴³ Sandoval J, Gallo N, Rodríguez MA. Óp. Cit. P. 47

⁴⁴ Hernández Sampieri, Fernández Collado, Baptista Lucio. Metodología de la Investigación 4^o edición, McGraw Hill

⁴⁵ Ídem

⁴⁶ Ídem

⁴⁷ Ídem

⁴⁸ <http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/intrinseco>

⁴⁹ http://wiki.elika.eus/index.php/Factor_extr%C3%ADnseco

Brown S, Burdette SS, Rodriguez P. Looking inward: provider-based barriers to contraception among teens and young adults. *Contraception* 2008, 78: 355–357.

Craig, J. (2009). Desarrollo psicológico. Novena edición México: Prentice Hall. México: Pax.

Documento en pdf. Daniel Gutiérrez, M.D., M.P.H “SALUD REPRODUCTIVA: Concepto e importancia Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud No. 39 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD 1996.

ESTUDIO BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE EN CHILE. Estudio realizado entre octubre de 2009 y marzo de 2010, por la organización Cultura Salud (www.culturasalud.cl) para el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.

Evaluación del impacto del programa de salud sexual y reproductiva en adolescentes de Medellín, 2008. Doc. En pdf.

Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes. Ministerio de Salud de Chile, 2008.

Guía para programas y proyectos de salud sexual y reproductiva en África”. AECI-2005.

Hoffman, W. (1996). Conceptos y métodos en la psicología del desarrollo. En: Psicología del desarrollo hoy. México: McGraw-Hill.

<http://noticias.universia.net.mx/actualidad/noticia/2014/01/10/1074362/ocdemexico-ocupa-primer-lugar-casos-embarazos-adolescentes.html>

<http://www.definicionabc.com/general/factor.php>

http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/13modulo_12.pdf

http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/capitulo_i_el_concepto_de_adolescencia.pdf

Luengo X, Tijero M y Zepeda A. El Programa de Salud de los y las Adolescentes. Chile 1995-2005. Informe Final.

Millstein SG, Igra V, Gans J, Delivery of STD/HIV preventive services to adolescents by primary care physicians, *J Adolesc Health* 1996, 96(4): 249–257.

Mngadi PT, Faxelid E, Zwane IT, Hojer B, Ransjo-Arvidson AB. Health providers' perceptions of adolescent sexual and reproductive health care in Swaziland. *Int Nurs Rev* 2008, 55(2): 148-55.

Organización Panamericana de la Salud. "Implementación de la estrategia de promoción de la salud en la Organización Panamericana de la Salud". Programa de Promoción de la Salud, OPS/OMS, mayo 1992.

Organización Panamericana de la Salud. World Association of Sexology. Promotion of Sexual Health: Recommendation for Action. Washington: OPS; 2002.

Palma I, Matus C, Navarrete L, Palma S. Etnografía de la atención y consulta médica a adolescentes en establecimientos de atención primaria de salud.

“Por mi salud y tu tranquilidad, hablemos de sexualidad” DGSJ.

“Promoción de la Salud Sexual en Jóvenes” Raquel Alicia Benavides 1° Edición. México, Editorial El Manual Moderno, 2013.

Proyecto FONIS SA05I20093. Informe de Investigación. Universidad de Chile. Marzo 2008.

Proyecto Análisis del Estado de Situación del programa dirigido a los y las adolescentes en el sistema de salud público de Chile. ICMER, Proyecto UNFPA CHI0R201. Santiago de Chile.

Sandoval J, Gallo N, Rodríguez MA. Óp. Cit. P. 47.

Schutt-Aine J. Maddaleno M. Salud Sexual y Desarrollo de Adolescentes y Jóvenes en las Américas Implicaciones en programas y políticas. Washington DC, 2003.

World Association for Sexology. Declaración de los derechos sexuales. 14° Congreso Mundial de Sexología 1999.

Zepeda A, Luengo X, Tijero M, Millán T. Adolescentes escolares: .Que saben de anticoncepción y prevención de infecciones de transmisión sexual? Presentación en XXI Reunión Bienal de la Asociación Latinoamericana de Investigadores en Reproducción Humana (ALIRH), Sao Paulo, Brasil. Abril 2009.

11. ANEXOS

ANEXO A



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
CUESTIONARIO



FACTORES QUE INTERFIEREN CON LA ASISTENCIA AL SERVICIO DE CONSEJERÍA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Objetivo del cuestionario:

Recabar información fidedigna que contribuya a la integración de la Tesis “Factores que influyen en la falta de asistencia de los adolescentes del Colegio de Bachilleres No. 3 al servicio de médico para la orientación-consejería sobre salud sexual y reproductiva”

Nombre: _____

turno: _____

1. Edad: _____ 2. Genero: _____

3. Consideras que tu nivel socioeconómico es:

a) Bajo b) medio bajo c) medio d) medio alto e) alto

4. ¿Cuál es tu tipo de Familia?

a) Nuclear b) Extensa c) Monoparental d) Sin padres

5. ¿Cómo es tu funcionalidad Familiar?

a) Funcional (se llevan bien, hay comunicación, respeto, se quieren)

b) Disfuncional (No hay comunicación, se faltan al respeto, no se toleran)

INSTRUCCIONES:

Marca el recuadro que contenga la respuesta que exprese lo que sientes con respecto a las siguientes afirmaciones, recuerda que tus respuestas serán confidenciales y se utilizarán únicamente con fines estadísticos.

	Si	No	En ocasiones
6. Me preocupa que crean que soy promiscua (o) por buscar consejería en salud sexual y reproductiva			
7. Siento temor de que mis padres se enteren que asisto a buscar consejería en salud sexual y reproductiva			
8. Me apenaría que mis amigos o compañeros se burlaran de mi por tener dudas sobre sexualidad y/o reproducción			
9. Me avergüenza asistir a pedir consejería sobre salud sexual y reproductiva			
10. Sé lo que es la consejería en salud sexual y reproductiva			
11. Creo que los hombres necesitan recibir consejería sobre su sexualidad y reproducción			
12. Mis actividades me dejan tiempo libre para asistir al servicio médico para solicitar información sobre sexualidad y reproducción			
13. ¿Te interesa recibir información sobre tu sexualidad y reproducción?	Si	No	En ocasiones
14. Creo que para recibir información sobre sexualidad o reproducción debo esperar hasta tener relaciones sexuales			
15. Crees conocer toda la información sobre sexualidad y reproducción			
16. ¿Tu religión te impide que solicites información sobre sexualidad y reproducción?			
17. ¿Alguna vez tu pareja se ha negado a que busques orientación en reproducción o sexualidad?			
18. Creo que por ser adolescente me pedirían asistir con un adulto para darme información sobre sexualidad y/ o reproducción			
19. ¿Crees que la trata de blancas, la violencia en el noviazgo, los embarazos no deseados, las enfermedades de transmisión sexual sean cosas que te puedan pasar a ti?			
20. Alguna vez has omitido asistir al servicio médico de tu escuela por creer que está muy lejos			
21. ¿Sabías que en el servicio médico de tu escuela te pueden brindar orientación sobre tu sexualidad y o reproducción?			
22. El trato del personal médico de tu escuela es amable y respetuoso			
23. ¿Crees que la sociedad juzga y rechaza a los jóvenes que buscan información sobre sexualidad o reproducción?			
24. ¿Te ha pasado que cuando tú tienes tiempo libre el servicio médico está cerrado o no hay quien te brinde la información?			
25. ¿Te ha pasado que cuando buscas información sobre sexualidad, te dan solo folletos?			

26. ¿Confías en el servicio de salud de tu escuela?			
27. ¿Te has sentido juzgado al solicitar información sobre sexualidad o reproducción?			
28. ¿Crees que el personal de salud pueda brindarte información sobre reproducción o sexualidad que no hayas visto ya en internet o la televisión?			
29. ¿El personal de salud te brinda información clara y fluida con vocabulario que tú comprendes?			
30. ¿En tu familia hablan sobre sexualidad o métodos anticonceptivos contigo o tus hermanos?			
31. ¿En tu comunidad es fácil acceder a clínicas o centros de información sobre sexualidad y reproducción?			
32. ¿Tus profesores u orientadores se han incomodado o negado a brindarte información sobre reproducción o sexualidad?			
33. ¿Consideras tediosos los trámites para solicitar una consulta en el servicio de orientación sexual y reproductiva?			
34. ¿En tu escuela te han brindado información sobre sexualidad o reproducción o te han dicho donde recibir esta orientación?			

Gracias por tu participación



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para participar en la investigación “Factores que influyen en la falta de asistencia de los adolescentes del Colegio de Bachilleres No. 3 al servicio de médico para la orientación-consejería sobre salud sexual y reproductiva”, que están llevando a cabo los Pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia Irma Araceli Granados Ubaldo y Carlos Armando Arriaga Serralde, cuyo fin es obtener información que contribuya al mejoramiento del servicio médico con el establecimiento de estrategias para concientizar a los estudiantes sobre la importancia de asistir al servicio.

Entiendo que mi participación es libre y consiste en la resolución confidencial de un cuestionario el cual se divide en dos partes; datos generales y 34 reactivos que permitirá conocer los factores influyentes en la inasistencia de los adolescentes de esta institución al servicio de consejería en salud sexual y reproductiva.

A handwritten signature in black ink, consisting of a horizontal line followed by a circular scribble containing illegible characters.

Firma del adolescente

Firma de los investigadores



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



México D.F a 3 de Noviembre de 2015

A los directivos del Colegio de Bachilleres No. 3 Iztacalco

Directora: Norma Ivette Montoya Arriola. Subdirector Eric Eduardo Díaz Gómez

Por medio de la presente me dirijo a usted para solicitar **AUTORIZACIÓN** para que los Pasantes de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia **Arriaga Serralde Carlos Armando y Granados Ubaldo Irma Araceli**; los cuales prestaron su Servicio Social en la institución que usted dirige, lleven a cabo el proyecto de investigación para la elaboración de su TESIS, la cual lleva por título *FACTORES DETERMINANTES PARA QUE EL ADOLESCENTE DEL COLEGIO DE BACHILLERES NO. 3 NO BUSQUE EL SERVICIO DE CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.*

Dicha investigación se realizará en **2 días** a través de la **aplicación de un cuestionario**, el cual se divide en dos partes; datos generales y 34 reactivos que permitirá conocer los factores influyentes en la inasistencia de los adolescentes de esta institución al servicio de consejería en salud sexual y reproductiva además de una pregunta abierta. La participación de los alumnos es libre y consiste en la resolución confidencial del cuestionario aplicado a 400 alumnos de todos los semestres (200 matutinos, 200 vespertinos).

La presente investigación brindará elementos que permitan planificar acciones que vuelvan al S.S.R una herramienta eficaz para fomentar la salud sexual y reproductiva en el adolescente beneficiándolos al enfocar el S.S.R en sus necesidades disminuyendo al máximo las barreras que influyen en la búsqueda de este grupo etario de una consejería en salud sexual y reproductiva profesional.

A su vez, dicho proyecto brindará a las autoridades un panorama real de las barreras existentes para que el adolescente se acerque al S.S.R lo cual les permitirá modificar sus programas o implementar estrategias que fomenten el acercamiento de este grupo etario a dicho servicio, buscando con ello reducir la deserción escolar relacionada con el embarazo adolescente.

Sin más por el momento agradecemos su atención esperando contar con su apoyo para poder realizar la presente investigación. Se anexa copia del cuestionario para su valoración.

Atte.

P.S.S Arriaga Serralde Carlos A.

P.S.S Granados Ubaldo I. Araceli

ANEXO D

CRONOGRAMA

Actividad	Agosto.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	ENERO	FEB.	MARZO	ABRIL	MAYO
Problema	X									
Justificación	X									
Objetivos		X								
Marco Referencial		X	X	X	X					
Metodología			X	X						
Plan de Recolección			X							
Instrumento y consentimiento			X	X						
Presentación de resultados					X	X				
Análisis de datos								X	X	X
Conclusiones y recomendaciones									X	X