

CONSEJERÍA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
PARA LOS ADOLESCENTES. CENTROS DE SALUD DE LA MICRO RED 3 DE
FEBRERO PACHACÚTEC - VENTANILLA - CALLAO: AGOSTO A OCTUBRE
2007

Counseling in Sexual and Reproductive Health for Teenagers. Health centers
of Micro Network of February 3 Pachacútec - Ventanilla – Callao: August to
October 2007

Sonia Guiselle Domínguez Guerrero¹

RESUMEN

Introducción: la orientación /consejería en el programa de salud sexual y reproductiva constituye un pilar básico y clave debido a los enfoques educativos, preventivos y de atención en ambos géneros, sin discriminación de ningún tipo. Busca incrementar la satisfacción de los adolescentes con decisiones voluntarias e informadas en embarazos no deseados, ITS – VIH/SIDA, abuso sexual, consumo de drogas, depresión e intento de suicidio, orientación preventiva y empoderamiento en sus derechos sexuales y reproductivos; teniendo mejores tasas de aceptación y continuación.

Material y método: se estudiaron 157 adolescentes de manera prospectiva, descriptiva, simple y de corte transversal con el objetivo de determinar, según pasos del Ministerio de Salud (MINSA), cómo los adolescentes de la Micro Red 3 de febrero Pachacútec-Ventanilla – Callao reciben la consejería en salud sexual y reproductiva en el periodo de agosto a octubre 2007, tomando en cuenta los cinco pasos de la consejería: establecer una relación cordial, identificar necesidades, responder a las necesidades, verificar la comprensión y mantener la relación cordial. El universo estuvo conformado por los adolescentes que acuden a los centros de salud de la Micro Red 3 de febrero; el muestreo fue no probabilístico intencional y se aplicó una encuesta estructurada.

Resultados: destacamos que los adolescentes no están recibiendo bien la consejería en salud sexual y reproductiva en ninguno de los cinco pasos propuestos por el Ministerio de Salud Perú (MINSA).

Conclusiones: se recomienda al equipo multidisciplinario responsable de la orientación/consejería, tratar de actualizar sus habilidades de comunicación.

Palabras claves: adolescente.

ABSTRACT

Introduction: The guidance / counseling program for sexual and reproductive health constitutes a basic pillar because of the educational approaches, and preventive care in both sexes without discrimination of any kind. It tries to increase the satisfaction of adolescents with voluntary and informed decisions about unwanted pregnancies, STD - HIV / AIDS, sexual abuse, drug abuse, depression and attempted suicide, preventive orientation, and an empowerment on their sexual and reproductive rights; taking better rates of acceptance and below.

Material and methods: 157 teenagers were studied in a simple and descriptive prospective cross with the objective of determine, steps according to the Ministry of Health (MINSA), how adolescents of the Micro Network February 3 Pachacútec-Ventanilla - Callao receive counseling on sexual reproductive health in the period August to October 2007, taking into account the five steps of counseling: to establish a cordial relationship, identify needs, respond to the needs, verify understanding and maintain cordial relationship.

The universe was made up of teenagers who went to health centres of the Micro Network February 3, the sample was non-probabilistic and intentional, and a structured survey was applied.

Results: We emphasize that the youngsters haven't a good reception of the counseling program for sexual and reproductive health, in neither one of the five steps proposed by the Ministry of Health (MINSA) of Peru.

Conclusions: We recommend that the multidisciplinary team responsible for the guidance / counseling should seek to upgrade their skills.

Key words: adolescent.

Introducción

Investigaciones sobre salud sexual y reproductiva en la adolescencia han estado dirigidas tradicionalmente a problemas relacionados con la reproducción,

específicamente embarazos y maternidad. Menos atención se ha brindado a los problemas relacionados con la sexualidad y por consiguiente existe una ausencia de información

¹ Licenciada en Obstetricia. Universidad de San Martín de Porres.

desagregada por sexo sobre estos aspectos y su impacto en la salud y la vida de los adolescentes (1). Con demasiada frecuencia las necesidades y los derechos de los adolescentes no figuran en las políticas públicas, ni en la agenda del sector salud excepto cuando su conducta es inadecuada (2).

La atención centrada en los adolescentes en los servicios de salud sexual y reproductiva es uno de los principales componentes del enfoque basado en derechos, enfatizando el consentimiento libre e informado y el respeto por los derechos. Dicha atención busca servicios que satisfagan las necesidades individuales de los adolescentes; incluyan la participación en el diseño y la evaluación de programas; ofrezcan instalaciones limpias, bien equipadas y dotadas con personal técnicamente competente y bien supervisado; e integren o vinculen componentes en su servicio. (3)

Los gobiernos, en colaboración con la sociedad civil, incluyendo las ONG, donantes y el sistema de la ONU, deberían aumentar las inversiones diseñadas con el fin de promover la calidad y disponibilidad de servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo el establecimiento y la vigilancia de estándares precisos de atención; asegurando la competencia de los prestadores de salud, particularmente en cuanto a sus habilidades técnicas y de comunicación; asegurando opciones libres, voluntarias e informadas, respeto, privacidad, confidencialidad y comodidad para el adolescente teniendo cuidado en que los servicios se ofrezcan de conformidad con los derechos humanos y los estándares éticos y profesionales (4).

En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), realizada en 1994 en el Cairo, los gobiernos se comprometieron a “abordar las cuestiones relativas a la salud sexual y reproductiva en la adolescencia, en particular los embarazos no deseados, el aborto en malas condiciones y las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, mediante el fomento de una conducta reproductiva y sexual responsable y sana, inclusive la abstinencia voluntaria y la prestación de servicios apropiados, orientación y asesoramiento claramente apropiados a este grupo de edad” (5).

Asimismo, el mencionado documento señala que: “Hasta ahora los servicios de salud sexual y reproductiva existentes han descuidado en gran parte las necesidades provenientes del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes como grupo. La respuesta de las necesidades de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes debería basarse en información que ayude a éstos a alcanzar la madurez necesaria para adoptar decisiones en forma responsable...” (3)

El inicio sexual reportado en el país ocurre en promedio a los 16,8 años en los hombres y a los 18,9 años en las mujeres; sin embargo, hay grandes variaciones entre regiones y niveles educativos. La actividad sexual en adolescentes y jóvenes no está asociada a los deseos de tener hijos en un corto plazo, pues el 56% de las mujeres que fueron madres antes de los 20 años no deseaba tener hijos en ese momento. (6)

Alrededor de un tercio de las adolescentes en unión no usa protección, y aun cuando la vasta mayoría conoce de la existencia de métodos anticonceptivos y de prevención de infecciones de transmisión sexual, existen problemas de acceso a la anticoncepción, la consejería e información de calidad para la toma de decisiones. También es necesario reconocer como barreras la inequidad de género y la violencia contra la mujer, particularmente la violencia sexual contra las niñas, así como la valoración distorsionada.

“En este contexto, los países deberían eliminar, cuando correspondiera, los obstáculos jurídicos, normativos y sociales que impiden el suministro de información y servicios de salud reproductiva a los adolescentes”. (3)

“.....En estos servicios deben salvaguardar los derechos de los adolescentes a la intimidad, la confidencialidad, el respeto y el consentimiento basado en una información correcta, y respetar los valores culturales...” (3)

Antes la consejería se realizaba según pasos ACCEDA (atender al cliente, conversar con el cliente, comunicar información al cliente, elegir un método apropiado, describir cómo se usa el método y acordar otra visita). Posteriormente a la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo en el Cairo, de 1994, para dar validez a los pasos de la consejería en salud

sexual y reproductiva, el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) creyó oportuno diferenciar este tipo de comunicación interpersonal en cinco pasos: establecer una relación cordial, identificar necesidades, responder a las necesidades, verificar la comprensión y mantener la relación cordial.

La presente investigación fue realizada en los Centros de Salud de la Micro Red 3 de Febrero de Pachacútec – Ventanilla – Callao porque reúne características sociodemográficas ambientales *sui-generis*: es uno de los mayores asentamientos humanos de la capital del país. Se encuentra ubicado en una zona de la capital de excelentes playas donde predomina el nivel medio de escolaridad (secundaria básica donde las edades están entre 11 y 16 años). Estos adolescentes pueden considerarse como una población supuestamente sana, pues no aparecen registrados problemas sobre la sexualidad y reproducción, aunque sí se consideran expuestos a una serie de factores de riesgo, tanto de la propia edad, como del contexto socioeconómico y cultural del territorio; para los cuales utilizaremos el diseño descriptivo simple prospectivo transversal.

Esta investigación tiene como objetivo general determinar según pasos del Ministerio de Salud (MINSA) cómo los adolescentes de la Micro Red 3 de Febrero Pachacútec – Ventanilla - Callao recibieron la consejería en salud sexual y reproductiva en el periodo de agosto a octubre 2007.

El universo estuvo comprendido por los adolescentes que acuden a los centros de salud de la micro red y la muestra fue de 157 adolescentes; se utilizó el tipo de muestreo no probabilístico intencional, y se adquirió la información mediante una encuesta estructurada.

MATERIAL Y MÉTODO

La investigación se realizó en el periodo agosto - octubre 2007, usando un diseño descriptivo simple de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 157 adolescentes que acudieron a los servicios de Obstetricia de la Micro Red 3 de Febrero.

Se elaboró y utilizó una “Encuesta anónima sobre los pasos de la consejería en Salud Sexual y Reproductiva”, la cual fue administrada previa fiabilidad – validez y la obtención del consentimiento de los participantes. Se

incluyeron a todos aquellos adolescentes que acudieron a los servicios de Obstetricia de la Micro Red 3 de Febrero.

Se elaboró y utilizó una “encuesta anónima sobre pasos de la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva”, la cual fue administrada previa fiabilidad – validez y la obtención del consentimiento de los participantes. Se incluyeron aquellos adolescentes que aceptaron participar voluntariamente y los que no tuvieran problemas psicológicos.

Para valorar y poder concluir si los adolescentes recibieron Consejería según Pasos del MINSA, se adaptó a los parámetros de recalificación de los puntos de entrega de servicios (PES) del Ministerio de Salud (NORMA TÉCNICA N° 009 – DGSP/MINSA – V.01).

Aprobado = Recibe bien servicios de Consejería. La puntuación alcanza por encima de 90%.

En Observación = Recibe medianamente el servicio de consejería, la puntuación estará entre 80% y 90%

Desaprobado = Recibe mal el servicio de consejería. La puntuación alcanzada es menor de 80%

RESULTADOS

Características de la población: sexo, edad, grado de instrucción y estado civil.

En el estudio se pudo observar mayor población de sexo femenino (79,6%) y masculino (20,4%); en cuanto a la edad, mayor prevalencia se encontró de 15 – 19 años con un 84,1 % y una minoría de 10 – 14 años (15,9%).

Pese al difícil acceso a la educación, dentro del grado de instrucción destacó el nivel secundario (60,5%), primaria (25,5%) y en menor porcentaje, pero muy importante, el superior universitario (1,9%); a esto se suma el estado civil soltero con un 52,2% y conviviente con el 44,6%.

En la tabla 2 vemos los indicadores del primer paso: “Establecer relación cordial”. Así, encontramos que si les preguntaron cuál era el motivo de su consulta, respondieron que sí el 89,2%, mientras que el 84,1% recibió un saludo de presentación, en tanto que el 63,7 % manifestó que su privacidad e intimidad fueron protegidas. El 37,6% afirmó que había otra persona en el consultorio. Además, respondieron que sí preferían ser atendidas por consejerías del mismo sexo solo el 18,5%.

En la tabla 3 se presenta el porcentaje del segundo paso 'Identificar las necesidades'. El estudio muestra que comprendieron con facilidad las indicaciones (79%) y el lenguaje que utilizaron fue claro (77,1%). Le preguntaron de su salud en general (72%) y menores porcentajes encontramos en información recibida acerca del procedimiento (67,5%). El 66,9% responde que le dieron algún tipo de prácticas de autocuidado.

En la tabla 4, con respecto al tercer paso 'Responder a las necesidades', encontramos que el 87,9% aclaró sus ideas. El 82,8% se mostró interesado en que los adolescentes tomen sus propias decisiones y el 75,2% que les den espacios para hacer preguntas. En menor porcentaje se hallan los ejemplos mediante ilustraciones con 58,2% y evitan hacer juicios el 58,6%.

En la tabla 5, el estudio en el cuarto paso 'Verificar la comprensión' a la pregunta sobre si

han entendido, encuentra un 77,1%; los escuchan cuando piden que relaten información recibida (58%); el 31,6% responde afirmativamente a la satisfacción sobre el servicio. En menor porcentaje, tenemos un 40,1% que sí desean información en especial y un 38,2% que desean la demostración de alguna habilidad o procedimiento.

En la tabla 6 encontramos el quinto paso "Mantener relación cordial", con una gran aceptación de los adolescentes acerca del servicio brindado. Un 79% afirma que se le dio confianza para expresarse y así poder regresar al servicio; el 60% aseguró la disponibilidad del servicio; le dieron opción para la próxima cita a un 58,6% y en menor porcentaje les dijeron que envíen al establecimiento adolescentes con problemas similares; mientras que el 60,5% busca adecuar sus horarios a la disponibilidad del servicio.

Tabla 1: características de la población según sexo, edad, grado de instrucción y estado civil

Características	TOTAL	
	N°	%
Sexo		
Femenino	125	79,6
Masculino	32	20,4
Total	157	100
Edad		
10_14	25	15,9
15_19	132	84,1
Total	157	100
Grado de instrucción		
Primaria	40	25,5
Secundaria	95	60,5
Superior técnico	19	12,1
Superior universitario	3	1,9
Total	157	100
Estado Civil		
Soltera	82	52,2
Casada	5	3,2
Conviviente	70	44,6
Total	157	100

Fuente: Encuesta

Tabla 2: recepción del primer paso de consejería en salud sexual y reproductiva de los adolescentes - establecer una relación cordial

Indicadores	<i>Sí</i>		<i>No</i>	
	<i>Fr</i>	<i>(%)</i>	<i>Fr</i>	<i>(%)</i>
El/la consejera de salud que te atendió. ¿Te saludó y se presentó diciéndote su nombre?	132	84,1	25	15,9
¿Te dijeron si preferías que el/la consejera sea de tu mismo sexo?	29	18,5	128	81,5
¿Te preguntaron cuál era el motivo de tu consulta?	140	89,2	17	10,8
¿Mientras recibías la consejería había alguna otra persona en el consultorio?	59	37,6	98	62,4
¿Existen áreas separadas para proteger tu intimidad y privacidad durante la consejería?	100	63,7	57	36,3

Fuente: Encuesta.

Tabla 3: recepción del segundo paso de consejería en salud sexual y reproductiva de los adolescentes - identificar las necesidades

Indicadores	<i>Sí</i>		<i>No</i>	
	<i>Fr</i>	<i>(%)</i>	<i>Fr</i>	<i>(%)</i>
¿Te preguntaron acerca de tu salud en general?	113	72,0	44	28,0
¿Te informaron sobre los procedimientos (llenado de historia, examen físico, diagnóstico y tratamiento)?	106	67,5	51	32,5
¿Te dieron algún tipo de información sobre prácticas de auto cuidado (auto examen de mamas, importancia del uso del condón)?	105	66,9	52	33,1
¿Consideras que el lenguaje que utilizaron para darte la información fue suficiente claro?	121	77,1	36	22,9
¿Comprendiste con facilidad todas las indicaciones que te dieron?	124	79,0	33	21,0

Fuente:

Encuesta

Tabla 4: recepción del tercer paso de consejería en salud sexual y reproductiva de los adolescentes - responder a las necesidades

Indicadores	Sí (%)		No (%)	
	Fr	(%)	Fr	(%)
¿Aclaró tus ideas?	138	87,9	19	12,1
¿Te dio espacio para que hagas preguntas?	118	75,2	39	24,8
¿Ilustró lo que te decía dándote ejemplos?	93	59,2	64	40,8
¿Evitó hacer juicios, críticas sobre lo que tú le contaste?	92	58,6	65	41,4
¿Se mostró interesado/a en que tú tomaras tus propias decisiones?	130	82,8	27	17,2

Fuente: Encuesta

Tabla 5: recepción del cuarto paso de consejería en salud sexual y reproductiva de los adolescentes - verificar la comprensión

Indicadores	Sí		No	
	Fr	(%)	Fr	(%)
¿Te preguntaron si habías entendido?	121	77,1	36	22,9
¿Te escuchó cuando te pidió que le relates la información recibida?	91	58,0	66	42,0
¿Te pidió demostración de cualquier habilidad o procedimiento que te haya enseñado?	60	38,2	97	61,8
¿Cuando la consulta terminó, te preguntaron si habías quedado satisfecho/a con el servicio?	81	51,6	76	48,4
¿Al final de la consulta te preguntaron si deseabas información sobre algo en especial?	63	40,1	94	59,9

Fuente:

Encuesta

Tabla 6: recepción del quinto paso de consejería en salud sexual y reproductiva de los adolescentes - mantener relación cordial

Indicadores	Sí		No	
	Fr	(%)	Fr	(%)
¿Te dio confianza para expresarte y así poder regresar al servicio?	124	79,0	33	21,0
¿Te dio opciones para tu próxima cita?	92	58,6	65	41,4
¿Buscó adecuar tus horarios disponibles a los del servicio?	69	43,9	88	56,1
¿Aseguró la disponibilidad del servicio?	95	60,5	62	39,5
¿Te dijeron que envíes al establecimiento adolescentes con problemas similares?	78	49,7	79	50,3

Fuente: Encuesta

DISCUSIÓN

La sexualidad es parte inherente de la vida de los seres humanos desde el momento mismo de la concepción hasta su etapa final en la muerte. Ella comprende una serie de elementos como la identidad, la comunicación, el amor, la moral y otros, que van mucho allá de lo que puede abarcar el conocimiento médico, lo que explica en parte la enorme dificultad que su abordaje implica para los profesionales de la salud.

La consejería es una actividad relevante en especial durante la adolescencia, etapa en la que los/las jóvenes se enfrentan a una serie de cambios que no sólo tienen que ver con la imagen corporal y la aparición de los caracteres sexuales, sino con una nueva forma de ver el mundo y de establecer nuevas relaciones con sus padres, su grupo de amigos y la comunidad en general.

Si bien es cierto la sexualidad es una constante en el proceso de vida de las personas, es en la etapa de la adolescencia en que adquiere una relevancia muy importante, ya que en este período el o la adolescente consolidan su propia identidad sexual. Además, con la madurez sexual adquieren la capacidad reproductiva, que aunada a los procesos de autonomía y socialización, les permitirán tener relaciones interpersonales íntimas y luego formar sus propias familias.

El inicio de la capacidad reproductiva y el ejercicio de la sexualidad son cambios de suma importancia. Si los/las jóvenes no cuentan con información y orientación adecuadas, pueden vivir estos cambios desde una posición muy vulnerable.

El estudio tuvo un mayor porcentaje de sexo femenino (79,6%) en relación a los del sexo masculino (20,4%); lo cual nos plantea el hecho de que son las mujeres quienes tienen mayor acceso al cuidado de salud sexual y reproductiva porque existen pocos servicios a donde los hombres puedan asistir libremente. La OPS-2004, en su documento "Promoción de la participación de los hombres en salud sexual y reproductiva" (7), reporta que el 80% de hombres en Managua y el 75% en Costa Caribe nunca han asistido a servicios de salud sexual y reproductiva. Consideraron que no asistían por vergüenza, temor, desconocimiento, falta de interés y poco acceso a estos servicios.

La población de adolescentes que mayormente hemos encuestado fluctuaba entre las edades de 15 a 19 años (84,1%).

Como se sabe, más de la mitad de la población mundial tiene menos de 25 años, y más de la quinta parte de la población de los países latinoamericanos tiene entre 10 y 19 años (2). En América Latina el 21,7% de la población se ubica en ese rango de edad, con cifras inferiores únicamente en Argentina, Chile

y Uruguay, lo cual contrasta con Norteamérica, donde el porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años alcanza 13,7%.

La Convención de los Derechos del Niño en los artículos 28 y 29 establece declaraciones contundentes sobre educación para niños y adolescentes; esto se reafirma en la investigación, pues encontramos una población mayoritaria en el nivel secundario (con un 60%). Cabe resaltar la gran necesidad de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva que tiene esta población. Murillo (9) reporta que como mínimo deben ser cinco los años de educación de los adolescentes para hacer posible el control de su salud reproductiva, y que el estado de la población mundial demuestra que las diferentes regiones y culturas con educación tienen mayor iniciativa en sus vidas reproductivas.

En Lima Metropolitana, el 67,3% de las adolescentes que tienen hijos se encuentran unidas, formando una familia, sea en condición de casadas o en situación de convivientes. Para las adolescentes es relativamente ventajoso poder afrontar la maternidad unidas con su pareja. Sin embargo, esta aparente ventaja pierde importancia cuando se aprecia que más de las tres cuartas partes de ellas se encuentran en situación de convivencia con sus padres, es decir, sin el amparo legal, psicológico, moral y social que brinda el matrimonio civil, tanto de ellas como el de sus hijos.

Los adolescentes de Pachacútec – Ventanilla se encuentran en su mayoría en estado civil soltero(a) (52%), resaltando que un gran grupo ya son madres. En estado civil conviviente se encuentra el 44%, lo que se considera como una familia constituida. Murillo, en su investigación del año 2000 en Perú, muestra resultados semejantes a los nuestros, encontrando una población en estado civil soltero(a) del 51,3%.

Recepción del primer paso de consejería en salud sexual y reproductiva de los adolescentes: *“Establecer la relación cordial”* (10).

En referencia al *primer paso de la consejería en salud sexual y reproductiva*, debemos decir que este tiene una finalidad y es la de crear un

ambiente adecuado para poder establecer una adecuada comunicación interpersonal.

Desde el primer contacto que el adolescente establece con el servicio, el consejero debe procurar brindar un momento agradable, dar confianza y establecer una relación de mutuo respeto, que facilite el proceso de comunicación; además, deberá asegurarle privacidad durante la atención y confidencialidad de lo conversado.

En nuestro estudio encontramos que el 84,1% de adolescentes *recibió el saludo, presentación e identificación de la consejero/a*. Peter Torres Capcha, en su estudio “Calidad de atención Obstétrica desde las perspectiva de las gestantes asistentes al control prenatal” considera que siempre existe un saludo al ingresar a la consejería (100% de respuestas afirmativas) (11).

Asimismo, encontramos que en la investigación realizada por Seclen, titulada “Relación entre los programas de mejora de calidad y satisfacción de la usuaria de la atención prenatal”, este concluye que una de las razones por la que algunos/as usuarios/as expresaron insatisfacción con la atención que recibieron fue el inadecuado trato personal (12). Esta cifra es superior a la nuestra. Paca Palao en su investigación “Calidad de atención en los servicios de Control prenatal y Planificación familiar” encuentra que el buen trato es algo vital para el desarrollo de una consejería (con un porcentaje de respuestas afirmativas de 71,3%) (13), cifra ligeramente menor a la encontrada en nuestro estudio.

Ana Soto Berrospi, en su estudio “Calidad de atención en los servicios de Planificación familiar”, encuentra que la relación interpersonal obtuvo un 94,5% de satisfacción en el trato personal; resultado que se asemeja al nuestro. Esto quiere decir que en el Perú la situación económica no es una prioridad (14). Lagrima Tabiao Mause encuentra, en su estudio “Calidad de atención Obstétrica en los servicios de salud reproductiva”, que el trato personalizado es considerado adecuado por el 69,8% de los encuestados. Si bien es cierto que los adolescentes manifiestan el mal trato recibido, las estadísticas nos aseguran que estamos mejorando en comparación con otros estudios (15).

Los adolescentes *prefieren ser atendidas por una consejera/o de su mismo sexo* ya que se sienten más en confianza de hablar con ellas/os; consideran también que las mujeres brindan una mejor consejería y sienten vergüenza de hablar con el sexo opuesto de temas de salud sexual y reproductiva.

Profamilia, en su investigación "Calidad de Atención", encuentra que la mayoría *desea ser atendida por un consejero de su mismo sexo* (77%) (16). Cabe resaltar que hoy en día en nuestros servicios de salud sexual y reproductiva no se consulta al adolescente sobre el sexo del consejero (81,5%).

Encontramos en nuestra investigación que mientras que los adolescentes recibían la consejería, en el ambiente *se encontraba otra persona ajena* (37,6% de adolescentes).

Judith Bruce, en su investigación considera que la atención con calidad debe ser brindada por todo el personal profesional. Torres Capcha encuentra que siempre hay presencia de alguien (52,83%) (11). Profamilia, en su investigación "Calidad de Atención", encuentra que un 97% de mujeres reportan estar solas con el consejero en el momento de la consejería (16).

Recepción del segundo paso de consejería en salud sexual y reproductiva de los adolescentes: *identificar las necesidades* (10).

En cuanto a este paso, tal vez el más importante, mencionaremos que la principal finalidad es determinar las características y necesidades de las adolescentes.

Si bien es una realidad en nuestro contexto que usualmente hay una presión para que las consultas médicas sean cortas y muy operativas, hay que tener presente que la información necesaria para un abordaje integral que incluya la salud sexual del adolescente puede requerir más de una consulta.

Ante la pregunta de si le preguntaron *acerca de su salud en general*, nuestros entrevistados respondieron que sí (72%). La transición o cambio se efectúa no solamente desde el punto de vista biológico (aumento de peso, talla y secreciones hormonales) sino que se extiende a esferas psíquicas, sociales, intelectuales y sexuales (17). De acuerdo con este enfoque, Profamilia en Colombia reporta el interés por

parte del profesional que atiende a los adolescentes (88%) (15).

Según Basilio (18), "el personal de salud obstetra (subrayado nuestro), debería sentirse cómodo y desear atender adolescentes, continuar su capacitación en un proceso de educación continua y que las características o vicisitudes de su propia historia personal hayan sido suficientemente elaboradas para poder encarar los temas cotidianos (la sexualidad adolescente, los trastornos de la conducta, la violencia, las drogas, etc.) con madurez, equilibrio y la debida distancia".

En cuanto a la pregunta de si en *recepción le informaron sobre los procedimientos*, como son el llenado de historia, examen físico, diagnóstico y tratamiento, nuestros encuestados nos respondieron que sí (67,5%), mientras que Torres Capcha (11) encuentra que un 84,19% fue informado acerca de los mismos. (10)

Es necesario administrar correctamente todos los mecanismos y procedimientos que siguen las historias clínicas desde su apertura, de manera tal que se pueda responder con criterios de calidad, oportunidad e integridad las demandas cada vez más exigentes de los adolescentes.

Con respecto a si el/la consejero utiliza un *lenguaje claro* para proporcionarles la información nos respondieron que sí el 77,1%. El lenguaje no verbal de parte del/a adolescente puede ser la clave para el diagnóstico (19). Se debe observar el movimiento de las manos, la manera de sentarse, los movimientos oculares o el inicio de lágrimas; pero a la vez se debe usar un lenguaje que el adolescente entienda y con el que se sienta confortable; se debe evitar usar la jerga juvenil de moda (el/ella no espera que lo atienda "otro" adolescente), evitando los silencios prolongados y los comentarios negativos o aquellos que impliquen un juicio de valor ("eso no se hace"). Y en el caso del lenguaje no verbal, este también puede influenciar también al adolescente.

En cuanto a la *facilidad para comprender todas las indicaciones* referidas por nuestros entrevistados, la investigación nos arroja un 79%. Como en todas las relaciones

interpersonales, en la consejería se generan distintas sensaciones y sentimientos tanto en el proveedor como en el/la adolescente.

Recepción del tercer paso de consejería en salud sexual y reproductiva de los adolescentes: *Responder a las necesidades* (10).

La orientación/consejería debe adaptarse a las características y necesidades individuales de cada adolescente, sobre si ha iniciado o no relaciones sexuales. Adolescentes de alto riesgo son las(os) menores de 17 años que presenten factores biopsicosociales de riesgo. Por ejemplo, hay que enfatizar el uso del preservativo como método de barrera y así prevenir no sólo el embarazo sino también las infecciones de transmisión sexual (20).

Además, el profesional debe siempre considerar la posibilidad de que la orientación/consejería al adolescente puede ser la última o única oportunidad que tiene el médico o el equipo de intervenir y orientar, corregir, asesorar,

diagnosticar o tratar un problema. Si no somos cuidadosos y esmerados, podríamos perder la posibilidad de detectar y corregir una situación de riesgo.

Según el marco normativo del MINSA (10), para lograr aclarar las ideas se requiere conocer el idioma del adolescente, expresarse en lenguaje sencillo, escuchar con atención las ideas, aclarar mitos y tabú, así como los rumores y también utilizar material de apoyo. Al indagar sobre si al recibir la consejería *le aclararon las ideas*, respondieron mayormente que sí (87,9%).

Hay que tener presente que los adolescentes acuden a la consejería con ansiedad, incertidumbre y cierto desconcierto, y las respuestas que dan van más allá de lo meramente biológico, y más bien requieren precisamente lo que la sociedad menos les ofrece: la posibilidad de discutir sobre una sexualidad basada en el afecto, el amor y las relaciones interpersonales enriquecedoras desde una experiencia humanista.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez Carril E. Proyecto "Adolescencia hoy". Rev. Sexología y Sociedad. 1995; 1(3): 21
2. Plan de Acción de desarrollo y salud en adolescentes y jóvenes en las Américas. 1998 – 2001. Washington: OPS; 1998. p. 7-11
3. Meeting the Challenge: Progress in sexual and Reproductive Health – Implementing the ICPD Programme of Action. Family Care International, Nueva York, 1999.
4. Acciones claves para una implementación más amplia del programa de acción de la CIPD, 52(e)
5. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. [En línea] El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. [Consultado el 12 de agosto de 2007]. Disponible en: <http://www.cinu.org.mx/temas/desarrollo/dessocial/poblacion/icpd1994.htm>
6. Raguz, M. y Oliden, J. Informe de Avances de Investigación "Salud sexual y reproductiva adolescente y juvenil". Lima: INEI, CIDE, abril 2002.
7. Burt, M. ¿Por qué invertir en el adolescente?. Washington, D.C: OPS; 1998.
8. Convención sobre los Derechos del Niño, art. 28(1)(a).
9. Murillo Alfaro F. Conducta reproductiva y maternidad en la adolescencia en Lima. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2000.
10. Ministerio de Salud del Perú (MINSA) Resolución Ministerial 290/2006 MINSA. 20 de Noviembre de 2006
11. Torres Capcha P A. Calidad de atención desde la perspectiva de las gestantes asistentes al control prenatal en el Centro de Salud El Agustino. Lima: 2004.
12. Seclen, P. Existe relación entre los programas de mejora de calidad y satisfacción de la usuaria de atención prenatal. Experiencias en Hospitales de Perú. Rev. Panamá Salud Pública. 2004; 16(3): 149-157.
13. Paca Palao, A Y. Calidad de atención en los servicios de Control Prenatal y Planificación Familiar" Perú 2003. Tesis de graduación: maestría en población y salud. San José de Costa Rica: Universidad de Costa Rica; 2004.
14. Berrospi Soto A. Calidad de atención en servicios de Planificación Familiar Perú - 2000.
15. Fabiao Mause L.. Calidad de atención en servicios de salud reproductiva en provincias de

Cabo Delgado, Hinhamabane, Zembezia-Mozambique – 2006. Tesis de maestría en Obstetricia. Lima: Universidad de San Martín de Porres; 2006.

16. Profamilia. Calidad de atención en los servicios de salud sexual y reproductiva. Lima: Profamilia; 2001.

17. <http://es.wikipedia.org/wiki/Adolescencia>

18. Basilio, J. La Consulta con Adolescentes, EDISA, Módulo No. 2. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires; 2006.

19. Da Rosa E. Miembro informante: Proyecto de Ley Sustitutivo Capítulo I de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Sala de la Comisión: 30 de octubre de 2007.

20. Red Nacional de Adolescentes en Salud Sexual y Reproductiva [En línea]. Ley de Salud Reproductiva en todo el país, boletín N° 5. [Consultado el 28 de noviembre de 2007]. Disponible en: http://www.rednacadol.org.ar/boletin_5.htm

21. Harcher, R A. et al. Lo esencial de la tecnología anticonceptiva. Baltimore: Facultad de Salud Pública. Universidad John Hopkins. Centro de información en población; 1999.

22. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Promotion of Health: Recommendations for Action. Washington: OPS; 2000.

23. FABIAO L. Calidad de atención en servicios de salud reproductiva en provincias de Cabo Delgado, Hinhamabane, Zembezia-Mozambique – 2006.

24. MORENO, E. Formación de personal para atención del adolescente. Informe de la Reunión para el Diseño de Cursos de Multiplicadores. Itapecirica da Serra, Sao Paulo. Sao Paulo: Ministerio de Salud de Brasil/Organización Panamericana de la Salud; 2000.

25. Senderowitz, J. Making Reproductive Health Services Youth Friendly. Research, Program and Policy Series. Focus on Young Adults. Washington, D.C.: Pathfinder International; 1999.

26. EL ESTADO DE LA POBLACIÓN MUNDIAL 2003 [En línea]. Satisfacción de las necesidades en materia de servicios de salud reproductiva. [Consultado el 29 de noviembre de 2007]. Disponible en:

<http://www.unfpa.org/swp/2003/espanol/ch5/page3.htm>

Correspondencia electrónica:

Sonia Guiselle Domínguez Guerrero:
illariychaska1428@hotmail.com

Recepción del artículo: 04/11/07

Aceptación del artículo: 15/02/08