

**Instituto Mexicano del Seguro Social**

**Unidad IMSS Oportunidades**

**Coordinación de Supervisión Operativa**

**Proyecto:**

**Formación de líderes Adolescentes en Salud sexual y  
Reproductiva – Ampliación a escala**

**IMSS- Oportunidades – Thais, S.C.**

**Informe de Diagnóstico Participativo**

**Noviembre, 2006**

# CONTENIDO

	Página
I. Introducción	1
II. Metodología	3
III. Proceso de diagnóstico	6
IV. Característica de la población	11
V. Resultados	16
1. Situaciones comunitarias	16
2. Liderazgo adolescente	23
3. Salud Sexual y Reproductiva	32
4. Trabajo conjunto	51
Conclusiones	62
VI. Recomendaciones	66
VII. Anexos	
• <b>I. Técnicas participativas</b>	
• <b>II. Guía de entrevista para animadores/as</b>	
• <b>III. Guía de grupo focal para personal de salud</b>	
• <b>IV. Cuestionario para Personal de Salud</b>	
• <b>V. Cuestionario para animadores/as</b>	
• <b>VI. Lista de municipios (adolescentes)</b>	
• <b>VII. Lista de municipios (personal de salud)</b>	
• <b>VIII. Gráficos de adolescentes</b>	
• <b>IX. Gráficos del personal de salud</b>	

## I. INTRODUCCIÓN

El proyecto “Formación de líderes adolescentes. Ampliación a escala” tiene como propósito fortalecer las habilidades de los equipos juveniles en cuanto a la difusión de información y el acercamiento de los servicios de salud, para que apoyen activamente el trabajo del personal de salud entre aquellos adolescentes con mayor vulnerabilidad.

Para ello es fundamental propiciar condiciones de trabajo que faciliten la colaboración, crear espacios donde el personal de salud y los equipos juveniles puedan compartir sus ideas, intereses, experiencias, necesidades, emociones y fortalezas, de tal forma que juntos construyan opciones viables para la mejora de la salud; especialmente salud sexual y reproductiva, de la gente joven de sus comunidades. Por lo que es necesario utilizar estrategias innovadoras que lleguen a los ambientes de quienes tienen menos oportunidades y recursos.

Un primer paso para avanzar en esta dirección fue la realización de un diagnóstico participativo que permitiera involucrar activamente a los adolescentes en el análisis de la situación que les rodea, las condiciones y problemáticas que les afectan a ellos/as y a sus comunidades. Asimismo reflexionar sobre sus recursos personales, habilidades y conocimientos para la realización de acciones comunitarias en salud sexual y reproductiva con sus pares. De tal manera que la participación misma en la actividad les colocó en un lugar protagónico para la definición de las necesidades y la orientación de las actividades subsecuentes del proyecto.

Por otra parte se trabajó con el personal de salud porque juega un papel central en la participación más activa de los/as adolescentes. Ellos son el primer contacto que éstos tienen con las acciones del MAISAR y los principales responsables de convocar, integrar y formar a los equipos juveniles.

El presente documento contiene los resultados del diagnóstico realizado en tres encuentros juveniles organizados por el Programa IMSS Oportunidades. Estos encuentros se realizaron en tres municipios de Oaxaca –Tlaxiaco, Miahuatlán y Santa Ana Ateixtlahuaca- en los meses de agosto y septiembre del presente año. Participaron 287 adolescentes y 39 trabajadores de la salud del IMSS Oportunidades..

El texto incluye la metodología empleada, la descripción del proceso de diagnóstico, las características de la población participante, los principales resultados por variable estudiada, las conclusiones derivadas y finalmente algunas recomendaciones enfocadas a fortalecer la participación juvenil en las actividades de promoción y difusión de información y servicios de salud sexual y reproductiva en sus comunidades.

## II. METODOLOGÍA

El diagnóstico estuvo orientado a identificar las expectativas, necesidades y habilidades que los/as adolescentes tienen para realizar acciones comunitarias en salud sexual y reproductiva con sus pares, trabajando conjuntamente con el personal de salud.

### **Objetivos específicos:**

- Conocer la percepción de los/as adolescentes sobre :
  - las situaciones que viven sus comunidades de origen
  - sus recursos personales, habilidades y conocimientos para desarrollar acciones comunitarias en salud sexual y reproductiva con sus pares
- Identificar los factores generacionales que inciden en la participación activa de los/as adolescentes (asimetría en las relaciones, actitudes de los adultos hacia los/as adolescentes, etc.)
- Conocer las necesidades de los/as adolescentes para realizar acciones comunitarias en salud sexual y reproductiva con sus pares

### **Variables:**

#### *1. Situaciones comunitarias*

- Conocer las percepciones de los/as adolescentes sobre:
  - Las situaciones de salud de sus comunidades, sobre los servicios de salud disponibles y la calidad de los mismos
  - las condiciones de inclusión y exclusión en los servicios educativos disponibles para adolescentes
  - las relaciones interpersonales con pares en sus comunidades
  - las relaciones interpersonales con los adultos de sus comunidades

## 2. *Liderazgo adolescente*

- Conocer las percepciones de los/as adolescentes sobre:
  - el sentido que se da al liderazgo adolescente en sus comunidades
  - el sentido que tiene para ellos/as el liderazgo adolescente
  - su participación en los asuntos que afectan su vida y a su comunidad
- Conocer la percepción que los/as adolescentes tienen sobre sus recursos personales para actuar a favor de la satisfacción de sus necesidades y las de sus pares

## 3. *Salud sexual y reproductiva*

- Conocimientos sobre temas de salud sexual y reproductiva
- Conocimiento sobre el CARA y los recursos disponibles en el mismo para el trabajo en temas de salud sexual y reproductiva

## 4. *Trabajo conjunto con el personal de salud*

### Adolescentes

- Percepción sobre las actitudes y trato del personal de salud para con ellos/as
- Expectativas sobre la calidad del vínculo de trabajo con el personal de salud
- Necesidades en relación a:
  - materiales y apoyos didácticos
  - conocimientos e información
  - condiciones del contexto comunitario que favorezcan la participación adolescente en acciones comunitarias en salud sexual y reproductiva con sus pares

### Personal de Salud

- Percepción del Personal de Salud sobre:
  - las habilidades de los adolescentes para trabajar conjuntamente con ellos/as
  - las necesidades de los adolescentes para trabajar conjuntamente con ellos/as

- los recursos y habilidades que los/as adolescentes tienen para actuar como líderes
- los recursos y habilidades que los/as adolescentes tienen para realizar acciones comunitarias en salud sexual y reproductiva con sus pares

### **Instrumentos de recolección:**

Se diseñaron instrumentos cualitativos para la recolección de la información:

- Técnicas participativas<sup>1</sup>
- Guía de entrevista con líderes y/o animadores<sup>2</sup>
- Guía para grupo focal con personal de salud<sup>3</sup>

También se elaboraron dos instrumentos cuantitativos de opción múltiple, uno para personal de salud<sup>4</sup> y otro para adolescentes<sup>5</sup>, a fin de contar con instrumentos de monitoreo para medir los avances en los temas de interés del proyecto: acceso y calidad de los servicios de salud, participación adolescente y salud sexual y reproductiva.

### **Procesamiento de información**

La información cuantitativa se procesó a partir de una base de datos que fue construida y analizada a través de los programas Excel y SPSS. Por su parte el procesamiento de los datos cualitativos fue realizada a través de su organización de acuerdo a significados, es decir, una organización hermenéutica utilizando el programa Atlas.ti.

---

<sup>1</sup> Anexo 1

<sup>2</sup> Anexo 2

<sup>3</sup> Anexo 3

<sup>4</sup> Anexo 4

<sup>5</sup> Anexo 5

### III. PROCESO DE DIAGNÓSTICO

El proceso de diagnóstico transitó por tres momentos principales:

1. el diseño y la planeación del diagnóstico,
2. la participación en los encuentros juveniles que incluyó la aplicación de las técnicas participativas y de los instrumentos cuantitativos, y
3. el procesamiento y análisis de la información recabada.

Vale la pena señalar que estas tres etapas no fueron del todo lineales: los momentos llegaron a traslaparse con el objetivo de hacer eficiente el proceso de diagnóstico, y en algunos puntos fue necesario dar un paso atrás para ajustar los procesos e instrumentos.

#### **Diseño y planeación**

##### *Diseño*

En la primera fase se diseñó el diagnóstico en sí y se llevó a cabo la labor de preparación logística y coordinación con el nivel central del IMSS Oportunidades. Éste comprendió el establecimiento de objetivos, de variables de estudio, de métodos de recolección de información, y de los esquemas cuantitativos y cualitativos de interpretación de la misma.

Del diseño del diagnóstico se derivaron los instrumentos cualitativos y cuantitativos que permitirían la recolección de información entre los/as adolescentes, y el personal de salud.

Como parte del mismo, se dibujó una matriz de análisis en la que se delimitaban las variables de estudio, se les vinculaba a los instrumentos de recolección y se determinaba la forma en que serían procesadas.

Asimismo, se establecieron los esquemas para analizar la información que sería recabada. En el caso de los datos cuantitativos se construyó una base de datos<sup>6</sup> para cada uno de los cuestionarios (adolescentes en los encuentros y personal de salud), así

---

<sup>6</sup> Una base de datos es un conjunto organizado de datos que sigue un esquema (i.e. una estructura preestablecida), concentra datos; y permite su consulta y análisis.

como los parámetros para su codificación. Se utilizaron los programas Excel y SPSS<sup>7</sup> en conjunto, buscando explotar las ventajas de cada uno.

En cuanto a la información cualitativa se esbozaron unidades hermenéuticas (es decir, de interpretación), así como códigos para clasificar la información. Las unidades y los códigos en esencia funcionan como categorías para clasificar la información libre que se extrae de técnicas participativas o entrevistas, y facilitar la interpretación a través de esta clasificación. Así, por ejemplo, todas las menciones que se hicieron del alcoholismo (“borracho”, “alcohol”, “tomado”, “alcoholismo”) pueden ser agrupados bajo un mismo código. Para el procesamiento de la información cualitativa se utilizó el programa Atlas.ti, que está diseñado específicamente para esta labor.

### *Planeación*

En la coordinación con el IMSS Oportunidades se determinó en qué encuentros y de qué manera participaría Thais. El interlocutor directo fue el nivel central del IMSS, el cual desempeñó también el papel de intermediario, toda vez que los encuentros juveniles fueron organizados por el personal de salud que se encarga del trabajo con adolescentes en los municipios. La comunicación triangulada y los requerimientos propios del diagnóstico (número de adolescentes, lugar, fecha y duración del encuentro), así como factores externos determinados por la situación política del estado de Oaxaca, hicieron que se retrasara la participación de Thais en varias ocasiones.

Internamente se determinaron y se prepararon los tiempos, materiales, recursos y personas necesarios para tomar parte en los encuentros juveniles.

### **Participación en los encuentros juveniles**

Thais realizó las actividades de diagnóstico en tres encuentros juveniles: Tlaxiaco, Miahuatlán y Santa Ana Ateixtlahuaca. Si bien el objetivo de los tres eventos era el mismo, cada uno tuvo su propio enfoque y organización dadas las diferencias de cada zona geográfica. Por otro lado, aunque en todos se contemplaba la participación de Thais, en cada uno fue necesario hacer una presentación previa con el personal del nivel local

---

<sup>7</sup> Excel tiene la característica de ser versátil y de fácil uso para la captura, la interacción con procesadores de texto, y la generación de gráficos; SPSS es una herramienta especializada en estadística que permite hacer un análisis más profundo de las variables, tanto individualmente como interrelacionadas.

de los objetivos y acordar la forma y los tiempos de nuestra intervención. Asimismo, de un encuentro a otro se obtuvieron aprendizajes que permitieron revisar y mejorar el diseño y la ejecución del diagnóstico.

Thais no se limitó a la realización de las actividades de diagnóstico, sino que también apoyó el trabajo del personal del IMSS con los/as adolescentes a lo largo de los tres encuentros.

Después del primer encuentro, en Tlaxiaco, y a raíz de nuestra evaluación y de la retroalimentación recibida por parte del nivel central se detectó la necesidad de mejorar el cuestionario para adolescentes y cuidar aspectos de la realización de las actividades previstas. En consecuencia, se hicieron ajustes en las técnicas y el cuestionario para adolescentes a fin de que respondieran mejor a las características de la población (adolescentes con dificultades para leer y escribir, que en algunos casos era la primera vez que participaban en actividades del programa) y de la dinámica de cada encuentro. Sin embargo, los cambios fueron mínimos tomando en cuenta que era necesario contar con información susceptible de ser comparada entre los diferentes eventos.

En cada uno de los encuentros se hicieron ajustes de acuerdo a sus requerimientos específicos: duración, estructura, ubicación, número y características de los participantes, etc. Cada experiencia ayudó a enriquecer las prácticas y procesos.

La participación de Thais en este sentido amplio, permitió observar la interacción del personal de salud con los/as adolescentes, identificando algunas fortalezas, puntos débiles y necesidades.

### **Procesamiento y análisis de la información**

Para analizar la información, el primer paso fue capturarla de acuerdo a los parámetros establecidos con antelación.

#### *Información cuantitativa*

La información cuantitativa<sup>8</sup> se ingresó en las bases de datos prediseñadas, las cuales fueron modificadas de acuerdo con los cambios realizados después del encuentro en Tlaxiaco.

---

<sup>8</sup> Extraída de los cuestionarios para adolescentes y personal de salud

Una vez capturada la información en la base de datos y a través de Excel, ésta fue codificada para ser compatible con SPSS (v.g. todas las respuestas “sí” pasaron a ser “2” y las respuestas “no” pasaron a ser “0”). Ya utilizando SPSS se obtuvo un análisis preliminar de frecuencias, es decir de una relación de las respuestas a cada reactivo y de su peso absoluto y relativo dentro del universo de participantes que habían respondido a cada cuestionario.

Las frecuencias fueron consideradas en conjunto por parte del equipo de Thais; se esbozaron las líneas de análisis (interpretaciones tentativas) y se asignaron segmentos temáticos a cada uno de los integrantes para una interpretación más profunda. Asimismo, se determinaron qué cruces de información era pertinente llevar a cabo, por ejemplo desagregando por sexo o edad.

#### *Información cualitativa*

Paralelamente, la información cualitativa<sup>9</sup> fue capturada en un procesador de texto siguiendo un formato apropiado para su análisis a través de Atlas.ti.

Una vez que la información había sido capturada y vuelta compatible con Atlas.ti, se procedió a su clasificación de acuerdo a unidades hermenéuticas y códigos. Es pertinente señalar que los códigos fueron ajustados para que fuera factible categorizar más eficientemente la información que el personal de salud y los/as adolescentes habían proveído.

Debido a la abundancia de la información, tanto la codificación como la primera interpretación fueron divididas por áreas temáticas y fuente de información, lo que implicó una gran inversión de tiempo.

#### *Integración del análisis*

Naturalmente, la información cualitativa y cuantitativa reflejan una misma realidad y corresponden a los mismos objetivos. En consecuencia, ambos tipos fueron comparados e interpretados conjuntamente. La interpretación que hizo cada miembro del equipo fue compartida en reuniones de análisis grupal, para que se enriqueciera con la información de otros apartados temáticos, las distintas visiones derivadas de la formación profesional

---

<sup>9</sup> Extraída de las técnicas participativas, de las entrevistas y de los grupos focales

de cada uno, así como las percepciones individuales surgidas de la experiencia directa en los encuentros.

Los/as adolescentes y el personal de salud proveyeron información abundante y rica, la cual todavía puede ser analizada con más detalle para explorar aspectos no contemplados dentro de los objetivos del diagnóstico. En general podemos concluir que el proceso de diagnóstico resultó ser dinámico y una experiencia de aprendizaje en sí.

#### IV. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

Como ya se mencionó el equipo de Thais tomó parte en tres encuentros juveniles con adolescentes de municipios oaxaqueños de más bajo desarrollo humano, organizados por el Programa IMSS Oportunidades.

Fecha	Sede	Región	Adolescentes participantes
14-18 de agosto	Tlaxiaco	2	116
22-25 de agosto	Miahuatlán	3	96
4-8 de septiembre	Santa Ana Teixtlahuaca	1	75

En total participaron 287 adolescentes, aunque el cuestionario fue contestado sólo por 282, debido a que 5 de adolescentes de Santa Ana se incorporaron al evento un día después. La siguiente tabla muestra la distribución de cuestionarios aplicados por evento:

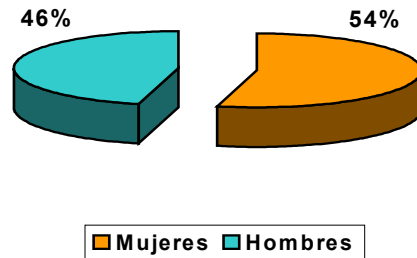
Municipio	Frecuencia	Porcentaje
Tlaxiaco	116	41%
Miahuatlán	96	34%
Santa Ana Teixtlahuaca	70	25%
Total	282	100%

Los/as adolescentes provenían de 30 municipios de Oaxaca<sup>10</sup>, y hubo una representación mas o menos equitativa entre sexos.

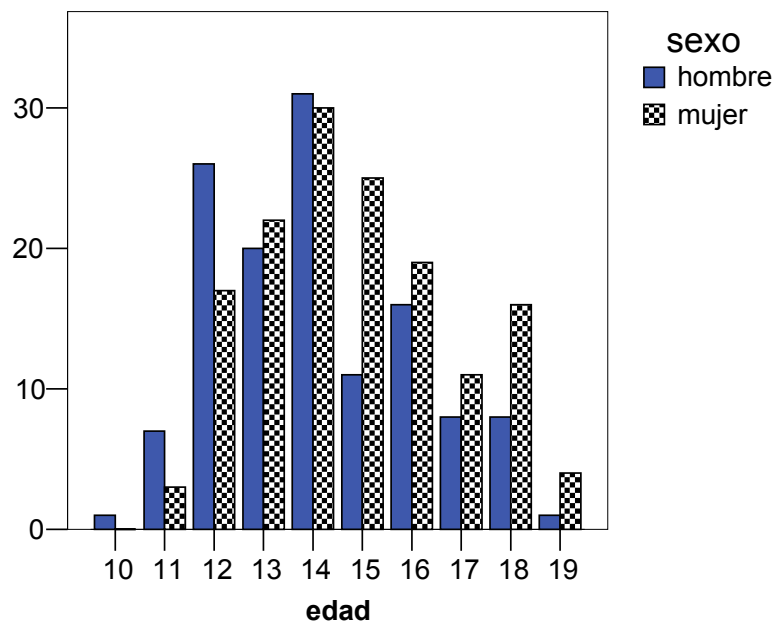
---

<sup>10</sup> Ver anexo 6

### Distrinución por sexo



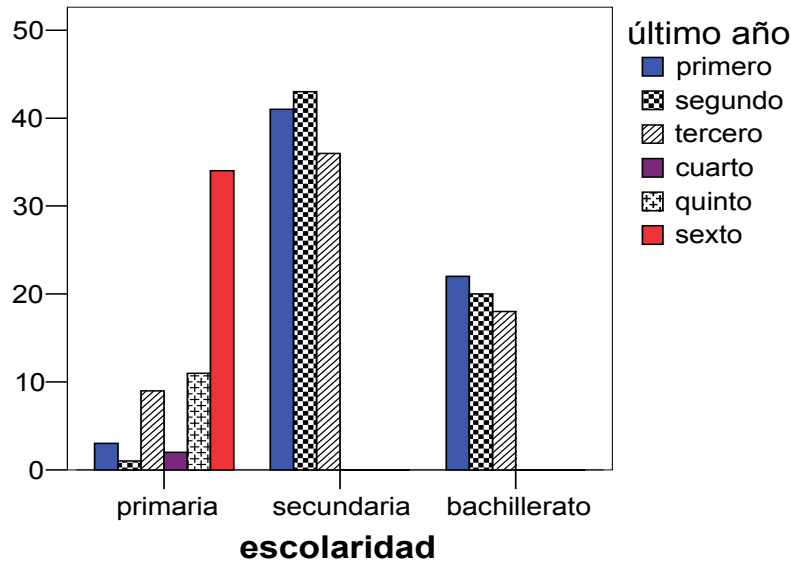
Las edades oscilaron entre los 10 y los 19 años distribuidas como lo muestra la siguiente gráfica:



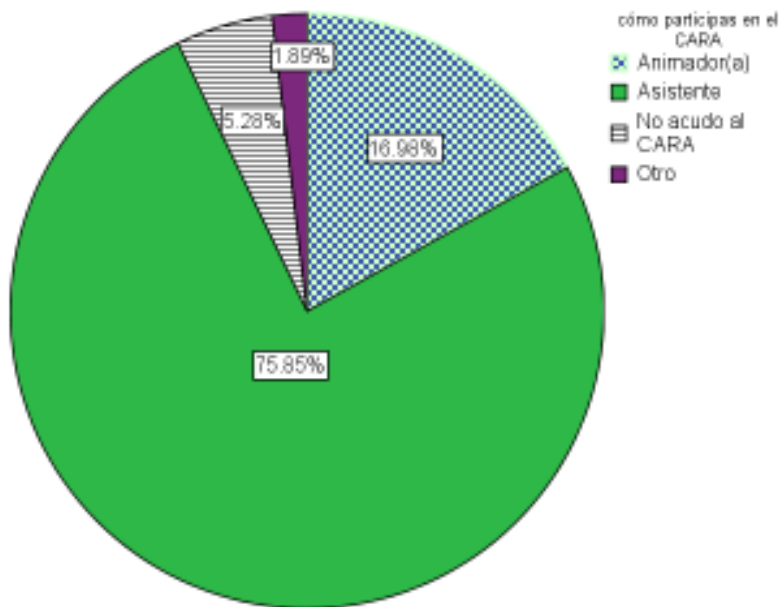
Destaca que hasta los catorce años, hay más hombres que mujeres, invirtiéndose la tendencia a partir de ese punto.

La media general de edad es de 14.5 años, al desagregarla por sexo se observa que para hombres es de 14 años, y 14.8 para mujeres.

Se cuenta con la información completa sobre escolaridad de 249 adolescentes, quienes tienen en promedio 7.67 años de estudio, lo que corresponde a segundo de secundaria incompleto.



En cuanto a su interacción con el CARA, 50% de los/as adolescentes lleva menos de seis meses asistiendo, en correspondencia 76% se identificó como asistente a las pláticas y únicamente 17% dijo ser animador/a.

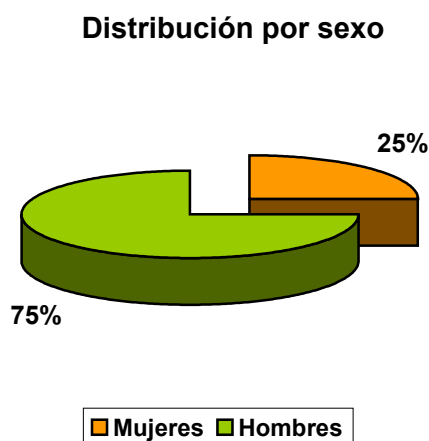


El 70% ha acudido al CARA en el último mes, lo que apunta hacia una asistencia más o menos reciente. En algunos casos, no obstante, durante los encuentros comentaron que el encuentro era la actividad a la que hacían referencia<sup>11</sup>.

<sup>11</sup> Es necesario hacer ajustes al cuestionario para incluir una pregunta que ayude a precisar este dato.

Debido a que el cuestionario para el personal de salud se aplicó de manera simultánea al de animadores/as sólo fue contestado por 27 de las 39 personas que estuvieron a cargo de los encuentros.

En general el personal proviene de 9 municipios diferentes<sup>12</sup>. Tres cuartos de las personas que respondieron son hombres y sólo una cuarta parte mujeres.



Las edades oscilaron entre 23 y 57 años con una media de 40. El 70.4% son casados/as, 14.8% vive en unión libre y 14.8% es soltero/a.

En cuanto a su profesión, más de la mitad (14) son médicos/as, mientras que diez son Promotores/as de Acción Comunitaria (PAC), dos asistentes rurales de salud y una enfermera.<sup>13</sup>

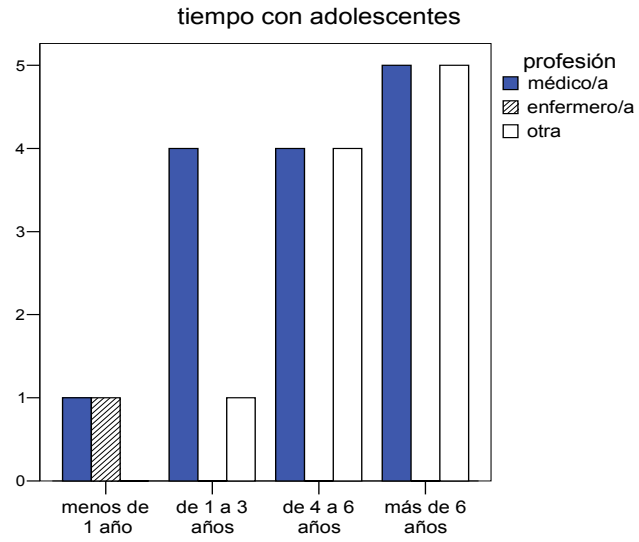
La mayoría del personal evaluado (56%) pertenece al equipo zonal, en segundo lugar encontramos gente de las UMR (18%), seguido por personal de microregión (15%), después personal de hospital (7%) y finalmente un representante del equipo regional (4%).

En cuanto al tiempo de trabajo con adolescentes, poco más de un tercio de los/as médicos/as lleva menos de tres años trabajando. El resto del personal, representado principalmente por PACs, tienen más tiempo involucrados con los/as adolescentes.

---

<sup>12</sup> Ver anexo 7

<sup>13</sup> Para más información sobre este aspecto, ver las gráficas I.4 y I.6 del anexo de gráficos del personal de salud.



## IV. RESULTADOS

### SITUACIONES COMUNITARIAS

En este apartado se revisarán los resultados obtenidos que responden al objetivo de

Conocer la percepción de los/as adolescentes sobre :

- las situaciones que viven sus comunidades de origen
- sus recursos personales, habilidades y conocimientos para desarrollar acciones comunitarias en salud sexual y reproductiva con sus pares

Los datos cuantitativos para esta variable proceden de la sección III del cuestionario para animadores(as) y/o líderes, que indaga sobre la calidad de los servicios, mientras que la información cualitativa, proviene de las técnicas “Situaciones Comunitarias”<sup>14</sup>, y “Caja de Herramientas”<sup>15</sup> en la que los/as adolescentes ubicaron recursos, necesidades y características de los servicios de salud, las actividades del CARA y el personal de salud.

### Salud<sup>16</sup>

Los resultados del cuestionario sobre la calidad de los servicios muestran que la mayoría de los adolescentes (89%) ha recibido información sobre las actividades y servicios para adolescentes<sup>17</sup>, una proporción mayor de mujeres (79%) que de varones (66%) declara recibir información sobre anticonceptivos<sup>18</sup> y sobre el tratamiento que le prescriben,<sup>19</sup> (51% y 50% respectivamente); tal vez porque hay mayor tendencia de las adolescentes a

---

<sup>14</sup> Esta técnica se hizo con dos variantes, en el primer encuentro se analizaron las situaciones comunitarias con base en un árbol en el que el tronco identificaba las situaciones en el ámbito de salud, educación y relaciones interpersonales, la raíz identificaba el origen de las situaciones y la copa los efectos y posibles acciones en relación a las situaciones, esta modalidad presentó dificultades de aplicación por lo que se decidió que los/as adolescentes hicieran un mural representando las situaciones comunitarias que les agradan y las que no, en los tres ámbitos, sin hacer el análisis de causas y efectos.

<sup>15</sup> Esta técnica hizo un recuento de los recursos con que cuenta el CARA, tanto materiales como humanos, así como los recursos personales que ellos perciben tener para ejercer su liderazgo.

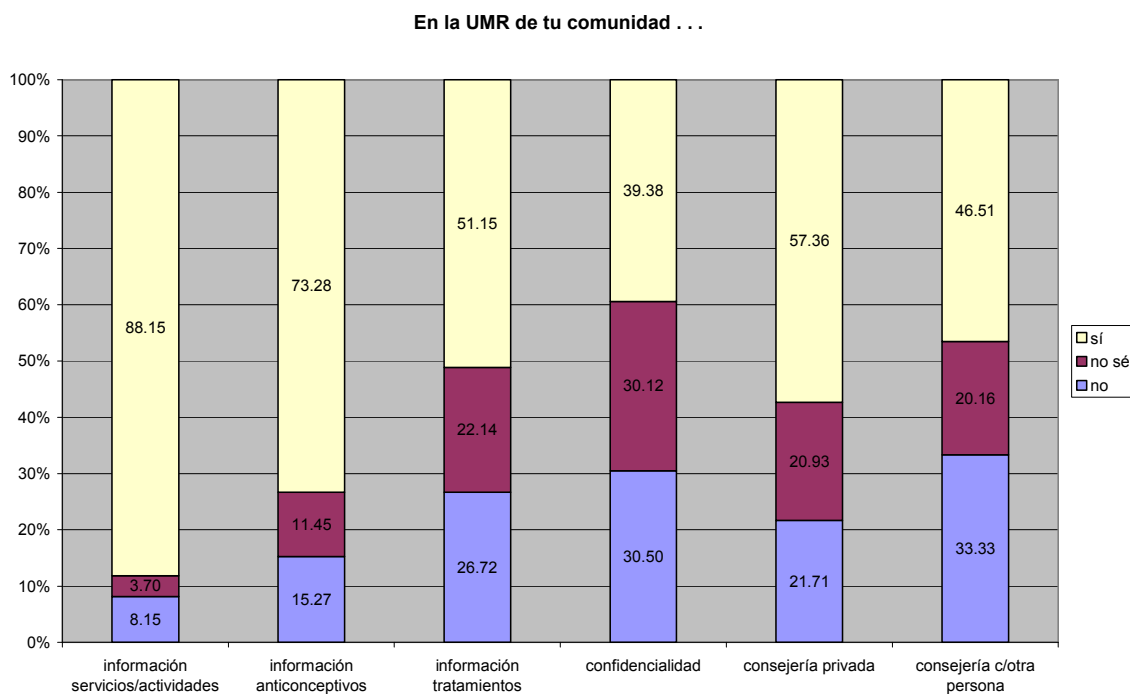
<sup>16</sup> Para mayor información sobre este aspecto se pueden consultar las gráficas de datos tanto cuantitativos como cualitativos que se encuentran en el anexo de gráficos para adolescentes.

<sup>17</sup> Ver gráfica III.1.a, del anexo de gráficos de adolescentes.

<sup>18</sup> Ver gráfica III.1.b, del anexo de gráficos de adolescentes.

<sup>19</sup> Ver gráfica III.1.c, del anexo de gráficos de adolescentes.

asistir al CARA y a los servicios de salud o quizá porque todavía es común asignar a la mujer la responsabilidad de involucrarse en esos temas, principalmente en las comunidades rurales.



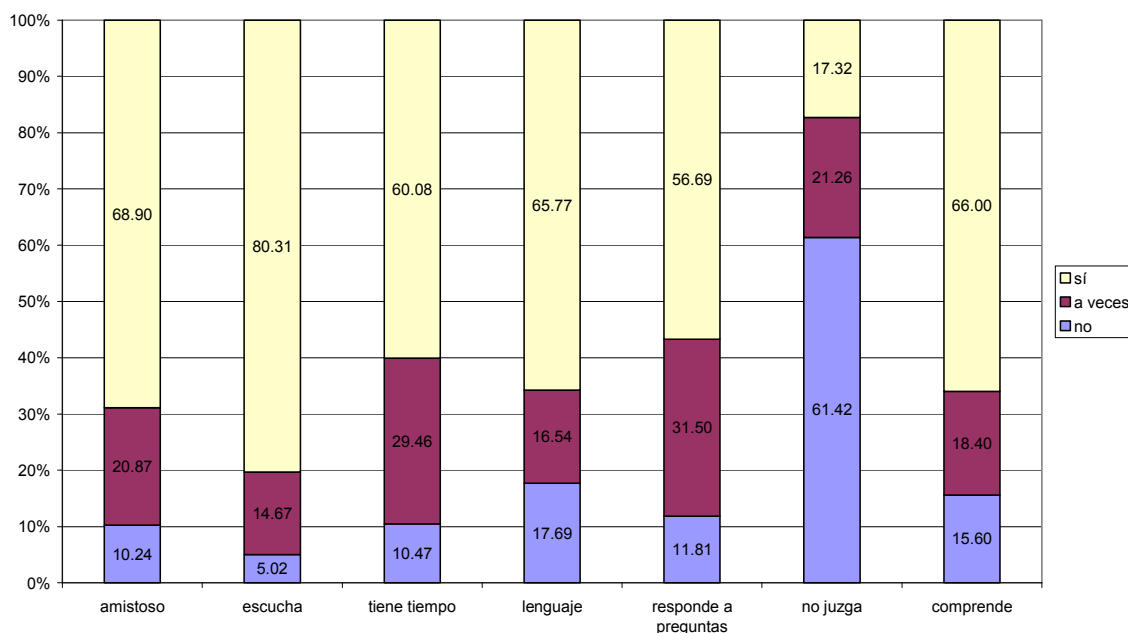
En cuanto a la confidencialidad de los servicios, 39% de los/as adolescentes declara que ésta se respeta, 30% que no y 31% no lo sabe; la desagregación por sexo en este aspecto muestra que las mujeres confían un poco más en la confidencialidad (40%), que los varones (38%).<sup>20</sup>

En relación con las condiciones de la consejería encontramos que son nuevamente las mujeres quienes en mayor proporción dicen que pueden recibirla en privado o con otra persona si así lo quieren (47%), a diferencia de los varones (44%).<sup>21</sup>

<sup>20</sup>Ver gráfica III.1.d, del anexo de gráficos de adolescentes.

<sup>21</sup>Ver gráfica III.1.e, del anexo de gráficos de adolescentes.

### El personal de salud



En cuanto a las características del personal de salud, existe para dos terceras partes del universo una percepción positiva. 69% opina que son amistosos, siendo una mayor proporción de mujeres (73%) que de hombres (63%) quienes así opinan<sup>22</sup>. Mientras que 81%, tanto mujeres como varones, opinan que escuchan con atención, tratando de entender su situación.

Finalmente 71% de mujeres opina que el personal comprende sus preocupaciones sobre sexualidad a diferencia de 61% de los varones.<sup>23</sup>

Una proporción mayor de mujeres, (63%) percibe que tienen tiempo para escuchar sus problemas, a diferencia de los varones (56<sup>24</sup>%). En relación al lenguaje, 68% de las mujeres y 65% de los varones dicen que el personal lo utiliza de manera que los pueden entender<sup>25</sup>; mientras que 55% de las mujeres y 58% de los varones opinan que el personal responde a sus preguntas.<sup>26</sup>

<sup>22</sup>Ver gráfica III.2.a, del anexo de gráficos de adolescentes.

<sup>23</sup>Ver gráfica III.2.f, del anexo de gráficos de adolescentes.

<sup>24</sup>Ver gráfica III.2.c, del anexo de gráficos de adolescentes.

<sup>25</sup>Ver gráfica III.2.d, del anexo de gráficos de adolescentes.

<sup>26</sup>Ver gráfica III.2.e, del anexo de gráficos de adolescentes.

Por su parte, 68% de las mujeres expresó que el personal de salud no las juzga, mientras que una proporción menor de varones, (55%) coincide con esta percepción.<sup>27</sup>

De este modo vemos que son las mujeres quienes tienen una opinión más positiva sobre el personal de salud en casi todos los aspectos. Por su parte, una menor proporción tanto de varones como mujeres perciben que el personal tiene tiempo para atenderles y dar respuesta a sus preguntas, lo que corrobora las premisas de que el personal se ve excedido en sus actividades y tiene poco tiempo para trabajar con adolescentes.

En la técnica “Situaciones Comunitarias” se produjeron 10 árboles o carteles con el tema de salud, en éstos los/as adolescentes hicieron mención en 18 ocasiones a aspectos favorables y 9 a aspectos no favorables de la calidad de la atención. Los aspectos favorables se refieren al buen trato que reciben del personal, lo que apoya los hallazgos cuantitativos; los aspectos no favorables señalaron situaciones de negligencia, trato y atención deficiente y recursos humanos insuficientes, señalando que hay poco personal capacitado “*necesitamos doctores más capacitados*”, lo que muestra que la calidad de los servicios presenta características muy diversas en las diferentes comunidades.

En cuanto a las características materiales de los servicios, aspecto que fue mencionado en 56 ocasiones, 55% de los señalamientos fueron favorables e incluyeron en orden de importancia, aspectos como la infraestructura, insumos médicos, ambiente agradable, información y apoyos gubernamentales.

No obstante, si bien señalan que hay infraestructura, también identifican deficiencias que representan el 45% de sus respuestas, refiriéndose específicamente a cuestiones como los insumos médicos (16%), y sobre todo al desabasto en medicamentos (40%). Asimismo, apuntan que la infraestructura no se encuentra en óptimas condiciones (32%) y que en ocasiones es de difícil acceso (12%).

La información sobre la lejanía de la Unidad Médica, el escaso tiempo con que cuenta el personal de salud y las deficiencias en suministros de medicamentos y otros materiales fue señalada reiteradamente en la técnica “Caja de Herramientas”.

Por otro lado, la técnica “Situaciones Comunitarias” permitió identificar que la salud para los/as adolescentes es tanto un valor, “*algo muy importante*”, como un derecho “*todos los niños y las niñas tienen derecho a recibir la salud*”.

---

<sup>27</sup>Ver gráfica III.2.f, del anexo de gráficos de adolescentes.

Dentro de los elementos de la vida cotidiana relacionados con la salud, dieron mucha importancia (31 menciones) al estado y cuidado del medio ambiente *“en la actualidad nuestra comunidad ha tenido la fortuna de poseer una gran riqueza natural y cultural”*. El peso de los aspectos favorables es menor (35%) que el de los desfavorables (65%). Mencionaron como aspectos favorables los esfuerzos por atender el problema de los desechos sólidos *“en mi comunidad la basura se recolecta por medio de tequios”*, e incluso la percepción de que *“no hay contaminación [porque] no se genera mucha basura”*. También hablaron del cuidado en general del medio ambiente y de los espacios urbanos en particular, así como de la accesibilidad del agua.

Sin embargo, en otras comunidades la situación es distinta y señalaron como un problema serio el manejo de los desechos sólidos (45%), lo ubicaron como parte de un fenómeno de contaminación más amplio (20%) que también incluye el desabastecimiento de agua (35%).

En cuanto a problemas de salud más específicos a los que hicieron mención en 41 ocasiones, los/as adolescentes de los tres encuentros resaltan al alcoholismo (37%), al que ligan a problemas sociales y familiares; las drogas (12%) y el uso de tabaco (10%). Asimismo, hicieron un listado de problemas de salud que va desde los psicológicos hasta desnutrición, enfermedades gastrointestinales y diabetes. Cabe señalar que solo hicieron alusión en una ocasión a embarazos adolescentes y mencionaron tres veces la falta de información como problema de salud.

## **Educación<sup>28</sup>**

Sobre este aspecto los/as adolescentes fueron más concisos. Sus respuestas se agrupan en dos categorías, educación formal y educación no formal. Dentro de la primera categoría dieron 162 respuestas, 36% de las cuales se refieren a aspectos positivos de la educación, donde la reconocen como un elemento deseable en sus vidas y perciben que existen las bases institucionales de la misma (escuelas, equipo, maestros), reconociendo también el papel de los/as docentes, *“nos sacan de dudas”* y el buen trato de éstos en algunas de las comunidades.

Sin embargo los señalamientos a situaciones no favorables representan el 64% del total de respuestas, el aspecto que más recurrentemente se señaló como negativo fue la

---

<sup>28</sup> Ver la sección de gráficas sobre situaciones comunitarias en el anexo de gráficos de adolescentes.

infraestructura deficiente de las escuelas en algunas comunidades (24 menciones), siendo también importantes las menciones que hicieron acerca de la mala calidad de la educación ofrecida, así como de los problemas en su accesibilidad. También señalaron las deficiencias pedagógicas, que en algunos casos, como los castigos físicos, que infringen sus derechos humanos más básicos.

Durante su participación en la técnica se mostraron sensibles y preocupados en cuanto a la situación que sufre su Estado, haciendo alusión al paro de los maestros y expresaron estar preocupados por perder clases, aburrirse después de tantos días sin escuela y desear volver a estudiar.

En relación a la educación no formal el número de alusiones fue menor (36) y nuevamente el porcentaje de aspectos no favorables (69%) fue mayor que el de favorables (31%)

Perciben a los padres como educadores, valoran su cercanía, que transmitan valores de apoyo, solidaridad, cariño, respeto por otras personas, aunque también perciben las carencias de éstos para cumplir cabalmente con su papel, sobre todo la violencia de los hombres que se deriva, desde su punto de vista, del consumo de alcohol. Los/as adolescentes expresaron disposición a compartir con sus padres lo que ellos han aprendido.

### **Relaciones Interpersonales<sup>29</sup>**

Este fue el aspecto en el que se obtuvo el mayor número de comentarios, 268 en total, y en el que los aspectos favorables (56%) son más que los no favorables (44%).

Para su análisis, las respuestas de los/as adolescentes se dividieron en tres subcategorías, relaciones interpersonales entre adolescentes, con adultos e intergeneracionales, en cada subcategoría de identificaron los aspectos favorables y los no favorables.

#### Relaciones interpersonales entre adolescentes

Numéricamente hay más comentarios sobre relaciones favorables entre pares (50), que no favorables (21).

---

<sup>29</sup> Ver la sección de gráficas sobre situaciones comunitarias en el anexo de gráficos de adolescentes.

Los adolescentes perciben un ambiente general de armonía entre y con sus pares. Los comentarios más recurrentes son que *“se llevan bien”* con sus compañeros, que *“hay convivencia”*, que *“hay respeto”*. De igual manera es preciso destacar que los/as amigos reciben menciones importantes, al ser quienes proveen espacios de convivencia y apoyo.

En cuanto a las relaciones interpersonales entre pares que no son favorables, existen puntos que deben ser resaltados. Por un lado 52% de los comentarios hicieron alusión a la falta de comunicación y convivencia entre diferentes grupos de adolescentes, ya sea porque no asisten a la escuela, o a la misma escuela, o porque hay fricciones y rivalidad entre familias lo que implica la prohibición de acercarse o hacer amistad, un último aspecto que explicaron fue la apatía de los/as adolescentes, quienes no aceptan la convocatoria a actividades y espacios que propicien el encuentro con gente de su edad.

Por otro lado 41% de las menciones hicieron referencia a que cuestiones de identidad son causa de fricciones; tal es el caso de la religión y el color de la piel mencionadas en Tlaxiaco, el idioma en Miahuatlán, en tanto que los monolingües no hablantes de español son discriminados y el sexo en Miahuatlán y Santa Ana, donde hay una abierta discriminación hacia las mujeres.

La convivencia en los encuentros nos permitió constatar que persisten conductas de descalificación, burla y hostilidad hacia las adolescentes, quienes en el caso de Santa Ana particularmente mostraban completa subordinación y timidez.

Estos resultados vuelven a marcar la heterogeneidad en las características entre las diversas comunidades.

#### Relaciones interpersonales entre adultos

Las relaciones interpersonales entre adultos son percibidas inversamente a aquellas entre adolescentes, con menos menciones de relaciones favorables (25) que de relaciones no favorables (36).

Consideran las relaciones entre adultos como positivas cuando son armoniosas, hay *“tranquilidad”*, *“la gente se conoce”*, *“la gente convive”*. En la opinión de los/as adolescentes la armonía se basa en la afinidad. Asimismo se hace mención de la cooperación cuando los adultos dan ayuda en circunstancias adversas o se organizan en la comunidad; sobre este último punto, en Miahuatlán y en Tlaxiaco hacen continua referencia a los tequios.

En contraste, los adolescentes hablan de fricciones en general, en la forma de “*problemas*”, “*falta de convivencia*”, o “*falta de comunicación*”. Cuentan sobre problemas más graves; por ejemplo, en Miahuatlán describieron conflictos por terrenos<sup>30</sup>, mientras que en Santa Ana hablaron de violencia y división en la comunidad. El alcohol a menudo es ligado a las relaciones no favorables entre adultos, sobre todo dentro de la familia, pero también en la comunidad abierta.

### Relaciones entre generaciones

Las relaciones entre diversas generaciones parecen ser más equilibradas, hacen 66 menciones a aspectos favorables y 59 a aspectos no favorables.

Un primer aspecto favorable, es que los adolescentes dicen en 31 ocasiones que “*nos llevamos bien*”, que “*hay respeto en mi comunidad*”.

Por otro lado, se habla de convivencia, respeto y aprendizaje dentro de las familias en 17 ocasiones, principalmente cuando se refieren a los adultos mayores ya que para los jóvenes esas generaciones son dignas de gran respeto.

En cuanto a las situaciones no favorables, los problemas dentro de la familia son los más destacados (17 menciones), a menudo con un trasfondo de violencia “*que los esposos alcohólicos maltraten a las esposas e hijos: golpes, insultos, que las corren de la casa*”, pero también se señalan problemas comunitarios “*en nuestro pueblo no convivimos tanto*”, y se menciona, de manera más genérica, la existencia de “*prejuicios y falta de información sobre los jóvenes*”.

Según los comentarios de los/as adolescentes sobre las relaciones entre diversas generaciones se puede intuir que la relación con los adultos ofrece espacios positivos de crecimiento, pero que existen obstáculos relevantes para poder potenciarlos.

## **LIDERAZGO ADOLESCENTE**

La evaluación de esta variable se orientó a dos objetivos. Por una parte indagó las percepciones de los/as adolescentes sobre el sentido que se da al liderazgo en sus comunidades, el significado que tiene para ellos/as y la forma en que perciben su participación en los asuntos que afectan su vida y a su comunidad.

---

<sup>30</sup> Algo que fue narrado independientemente en el grupo de Yolanda García y Marco Negrete.

Por otro lado, investigó la percepción que los/as adolescentes tienen sobre sus recursos personales para actuar a favor de la satisfacción de sus necesidades y las de sus pares.

Los datos provienen de la sección IV del cuestionario<sup>31</sup> para animadores/as y las técnicas participativas “El Espejo”<sup>32</sup> y “Situaciones Comunitarias”<sup>33</sup>.

### **Sentido del liderazgo en sus comunidades**

En un primer momento la técnica “El Espejo” pregunta qué les han dicho que es un líder, principalmente lo que han escuchado de los/as adultos/as.

Las respuestas fueron muy variadas como lo muestra la siguiente tabla:

<b>Idea</b>	<b>Frecuencia</b>
Encargado de un grupo (representa, dirige, coordina, está al frente)	20
Da órdenes, explica lo que hay que hacer	10
Alguien importante, inteligente que logra un propósito	9
Tiene conocimiento, está preparado para enseñar	6
Que gobierna, rey, autoridad	7
Tiene respeto por los demás	4
Quiere a su gente, es amistoso, confía en ellos	4
Da pláticas, enseña en el CARA	3
Responsable, da ejemplo	3
Toma decisiones en momentos difíciles, enfrenta un conflicto	3
Toma la iniciativa	2
Apoya o ayuda a los demás	2
Tiene interés común con los demás	1

<sup>31</sup> Esta sección está integrada por 14 reactivos enfocados a conocer la percepción de los/as adolescentes acerca de las habilidades de liderazgo que poseen.

<sup>32</sup> La técnica se divide en 3 momentos: 1) preguntar a los/as adolescentes qué les han dicho los/as adultos que es un líder, 2) preguntarles qué creen ellos que es y 3) solicitar que identifiquen sus cualidades de líder. El procedimiento se hace a través de lluvia de ideas y se anotan todas las respuestas.

<sup>33</sup> Esta técnica indaga las situaciones agradables y desagradables que identifican los/as adolescentes en sus comunidades y la generación de ideas sobre su participación para mantener o evitarlas.

--	--

En algunos grupos se mencionaron conceptos más elaborados:

*“Es una persona que dirige a un grupo de personas, los coordina y enseña a realizar actividades que el desempeña. También es una persona que destaca entre los demás y tiene poder de convencimiento de las personas”* (Grupo de adolescentes de Miahuatlán)

*“Que es capaz de todo: ayudar, da ánimos, arriesga su vida por otros, por su pueblo, por defender lo que les pertenece”* (Grupo de adolescentes de Tlaxiaco)

Los resultados sugieren que el concepto de liderazgo predominante en las comunidades de los/as adolescentes se relaciona con dos conceptos principales:

- el del "líder persona", cuyo atributo más relevante es el carisma como rasgo de la personalidad. Este tipo de liderazgo se ejerce en la lógica del poder, coercitivo o persuasivo; en su posesión e incremento<sup>34</sup>.
- "líder gerente", es decir el encargado de administrar eficazmente recursos y acciones, para el logro de objetivos<sup>35</sup>.

Ambas son concepciones muy tradicionales, fuertemente asociadas con el "poder" -en el sentido de influir sobre la conducta de los otros<sup>36</sup>-.

### **Sentido del liderazgo para los/as adolescentes**

En un segundo momento la técnica "El Espejo" indaga cuál es el concepto de líder que tienen los/as adolescentes, aquí las respuestas fueron más abundantes y variadas que en el anterior.

Al organizar los datos se observa una clara división en el tipo de ideas con que definen al líder; por un lado se encuentran las relacionadas con lo que hace y por otro las asociadas con la forma de ser.

<b>Qué hace un líder</b>		<b>Cómo es un líder</b>	
Idea	Frecuencia	Idea	Frecuencia
Está al frente, guía, dirige,	24	Responsable	7

<sup>34</sup> Blejmar, B.; Niremberg, O. y Perrone, N. (1998). Juventud y liderazgo transformador. Argentina: Fundación Kellogg. OMS y OPS.

<sup>35</sup> Ibid

<sup>36</sup> Ibid

coordina, cuida,			
Manda	15	Amable, simpático	5
Capacita, informa, da pláticas	10	Superior a los demás, con características especiales	5
Ayuda	8	Honesto	3
Expresa sus opiniones frente a otros	7	Inteligente	2
Lucha, no se deja, defiende	5	No es egoísta, comparte	2
Orienta, da consejos	3	Organizado	1
Tiene confianza	2	Cooperativo	1
Hace que participen los que no van al CARA	1	Recíproco	1
Asiste a reuniones	1	Puntual	1
Pasa lista	1	Está preparado	1
Ocupa el lugar del Dr. cuando éste no está	1	Valiente	1
Se encarga de los adolescentes	1	Bueno	1
Se porta bien	1	Solidario	1
Da trabajo	1	Justo	1

Al igual que en el apartado anterior surgieron conceptos más elaborados:

*“Un líder es una persona que se encarga de organizar un grupo...con un plan de trabajo. Un líder puede tener diferentes cualidades: una de ellas es tener buena voluntad o buena intención de apoyar al grupo o al mejoramiento del pueblo. Jamás debe sentir discriminación por ciertas personas”* (Grupo de adolescentes de Tlaxiaco)

*“Persona que organiza, que guía a un grupo de personas y aquellas personas lo conocen como su jefe”* (Grupo de adolescentes de Tlaxiaco)

*“Es una persona que se encarga de ordenar y llevar en orden un grupo de adolescentes y ordenar lo que debe de hacer. A esta persona la nombran sus compañeros para que él se encargue de darles pláticas a ellos”* (Grupo de adolescentes de Miahuatlán).

En todos los grupos de adolescentes se relacionó el liderazgo con el CARA o con la escuela a través de alusiones a actividades o personajes relacionados a estos ambientes; sin embargo en el caso del CARA fue mencionado explícitamente en 25 ocasiones.

Cabe mencionar que durante el proceso para definir al líder los/as adolescentes se valieron de ejemplos, entre ellos destacan, algún tipo gobernante –como rey o presidente-, doctores, maestros, jefes –como capataz o patrón- y padres.

A pesar de que las respuestas para este apartado fueron más abundantes respecto al anterior, en general las ideas apuntan a los mismos conceptos de liderazgo carismático y gerencial descritos. Sin embargo, llama la atención que en todos los grupos predominaba la idea de que el líder es una persona con características especiales que lo hacen superior a los demás como lo ilustran claramente las siguientes citas: *“El más cabrón, tiene capacidad, es superior, tiene colmillo o cayo”, “El más fuerte”, “Capacidad para comprender más pronto lo que se le pide”*.

Las respuestas se relacionan con aspectos positivos del liderazgo salvo en el grupo de adolescentes de 10 a 14 años del municipio de Santa Ana Ateixtlahuaca, donde fue asociado con algunos aspectos negativos: *“no hace nada”, “es un flojo”, “si no lo obedecen los mata”, “es muy malo”, “se enoja”, “no quiere enseñar porque es rico”*. Estas expresiones pueden ser reflejo del ambiente en que viven, algunos comentarios y patrones conductuales dejaron de manifiesto que la violencia y el abuso del poder sobre los más indefensos son conductas aceptadas e incluso promovidas en esta comunidad.

### **Percepción de su participación**

En la técnica “Situaciones Comunitarias” los/as adolescentes definieron acciones que podrían llevar a cabo para solucionar los aspectos que no les agradan de sus comunidades y mantener aquellos que consideran positivos.

En primer lugar expresaron que podían ser difusores de conocimientos y actitudes, a través de *“dar pláticas”* e invitar a otros adolescentes al CARA, aunque también mencionaron acciones como enseñar a otros a leer y escribir, compartir el idioma y *“enseñarles a los padres”*.

Asimismo, destacaron las prácticas y actitudes personales que pueden adoptar. Éstas incluyen hacer más ejercicio, evitar fumar, asistir a la escuela, *“cambiar la forma de pensar y ser para no maltratar como los padres”*.

Por otro lado, les parece posible organizar y participar en acciones comunitarias *“formar equipos para trabajar”, “poner botes de basura”, “solicitar maestros, aulas y materiales, asistir al tequio”*. Además, se creen capaces de hacer peticiones para exigir el respeto de sus derechos o solicitar recursos para sus comunidades.

El que sean capaces de identificar formas de participar en los asuntos que les interesan y afectan su medio, es un aspecto central del liderazgo porque es el reflejo claro de que está en marcha el proceso de empoderamiento.

### **Percepción sobre sus recursos personales para el liderazgo**

*“Ser Líder...es lo que aguardo dentro de mi corazón de lo que quiero hacer por mi propia gente y mi pueblo”*

Al preguntarles cómo se perciben a sí mismos como líderes fue notorio que para muchos fue difícil visualizarse en este papel, principalmente los más pequeños, las mujeres, aquellos con bajo nivel educativo o los monolingües no hablantes de español.

Los/as adolescentes remitieron su liderazgo principalmente a tareas domésticas o comunitarias:

*“Le ayudo a sacar los pollos cuando no tiene tiempo, barrer en la cocina, bajamos a tirar la basura, vamos a traer leña y el agua”* (Adolescente de Santa Ana Ateixtlahuaca)

*“Ayudar cuando lava la ropa y lavar mi casa, lavar trastes, limpiar persiana, trapear en un comedor”* (Adolescentes de Santa Ana Ateixtlahuaca)

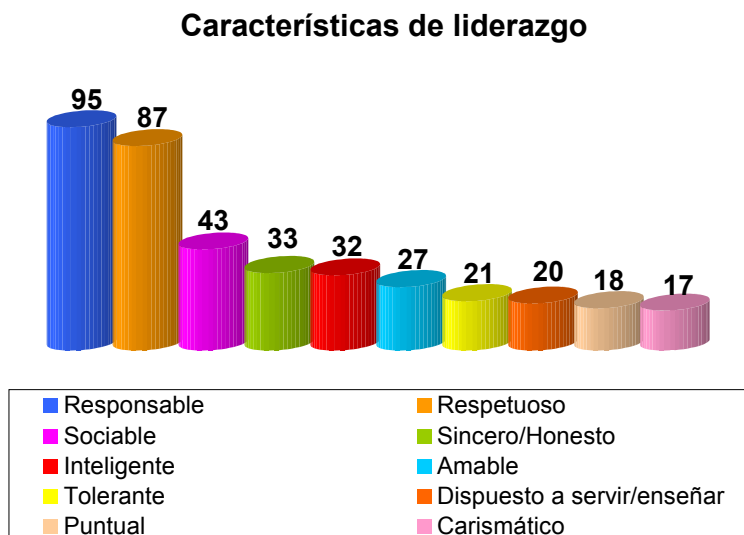
*“Ayudo a mi familia cuando hacemos algún evento, yo los ayudo de una forma positiva. Intercambiamos pensamientos y así sacamos un evento muy hermoso”* (Adolescente de Tlaxiaco)

*“Ayudo a mis papás a hacer las cosas o a mis hermanitos a hacer las tareas”* (Adolescentes de Tlaxiaco)

*“...también me gusta ayudar a las personas de la tercera edad, en mi caso tengo una frutería así que les regalo frutas y verduras”* (Adolescente de Tlaxiaco)

Al momento de identificar sus cualidades como líderes las respuestas muestran una confusión entre las que poseen, las que les gustaría tener o las deseables para un líder. La lista de características mencionadas es muy basta, corresponde a más de 60 categorías.

La siguiente gráfica muestra las 10 características más mencionadas:



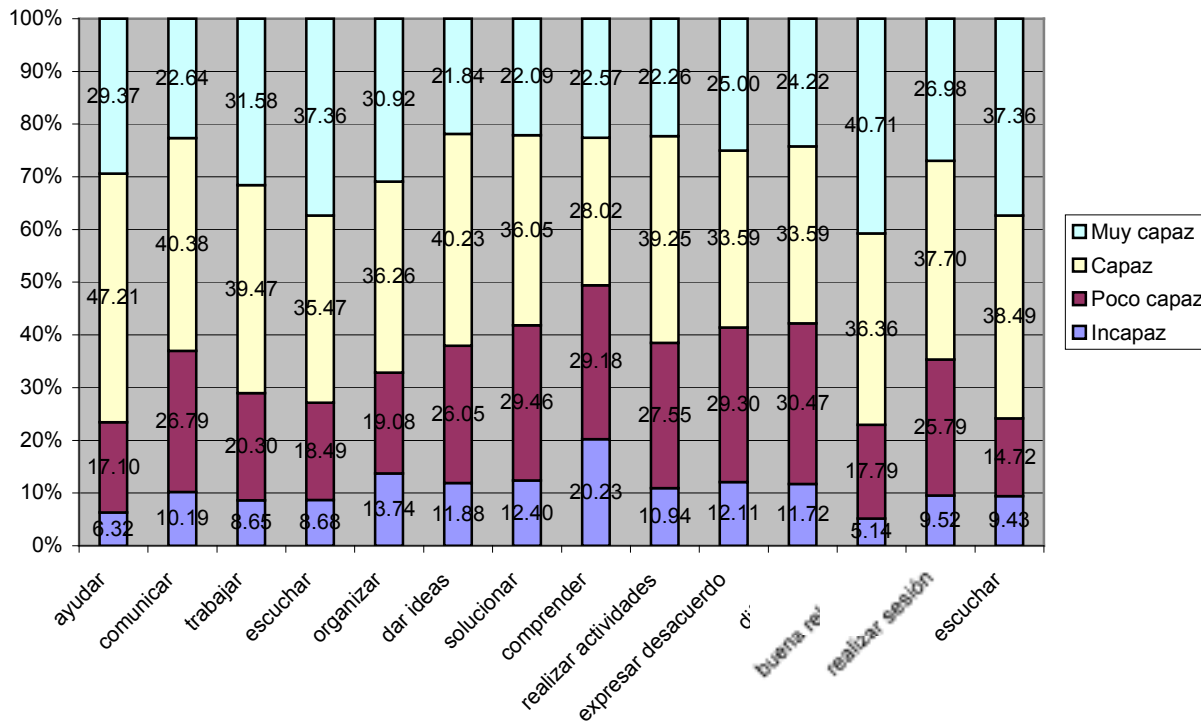
Por su parte los resultados del cuestionario, en la sección de liderazgo<sup>37</sup> son muy alentadores. En 11 de las 14 preguntas que integran la sección el porcentaje más alto de respuesta se encuentra en la opción *Capaz*, esto es, en promedio 35.7% de los/as adolescentes se perciben con la habilidades para ayudar a otros adolescentes, comunicarse asertivamente, trabajar con el personal de salud, organizar y realizar actividades sobre Salud Sexual y Reproductiva (SSR), dar ideas creativas, solucionar problemas, expresar desacuerdo, difundir los servicios de la UMR, realizar sesiones sobre SSR y escuchar activamente a otros.

Además, en dos de las preguntas de la sección, el porcentaje más alto de respuesta se ubicó en la opción *Muy capaz*, en promedio 36% de adolescentes se sienten muy capaces de escuchar sin juzgar y de tener una buena relación con el personal de salud.

Sólo en una pregunta el porcentaje más alto de respuesta corresponde a la opción *Poco Capaz*, 27% de los/as adolescentes se creen poco capaces para comprender lo que le pasa a otra persona.

<sup>37</sup> Esta sección evalúa la percepción de los/as adolescentes sobre sus habilidades para el ejercicio de liderazgo

¿Qué tan capaz te sientes de . . . ?



Con todo, la gráfica muestra que la diferencia entre el porcentaje de adolescentes que eligieron la opción *Capaz* y *Poco Capaz* es menor a 5% en preguntas como difundir los servicios de la UMR y expresar desacuerdo al equipo de salud.

En conclusión los datos de este apartado sugieren cierta dificultad en los/as adolescentes para percibirse cómo líderes quizá porque desde la percepción predominante en sus comunidades y entre ellos/as el liderazgo implica el ejercicio de un poder al que difícilmente acceden quienes viven en situaciones de desventaja, principalmente quienes no cuentan con la preparación necesaria. No obstante los/as adolescentes lograron ubicar su experiencia de liderazgo en su vida diaria, principalmente en tareas domésticas y comunitarias, tal vez por las reducidas opciones de espacios para ejercer esta función.

En contraste los resultados del cuestionario muestran que los/as adolescentes se perciben con un buen nivel de autoeficacia<sup>38</sup> en habilidades relacionadas con el ejercicio del liderazgo en actividades para el trabajo en el CARA, situación que indica la necesidad

<sup>38</sup> Percepción favorables de las propias habilidades y capacidades para lograr algo.

de aprovechar este potencial a través de estrategias encaminadas a fortalecer su formación para que se desempeñen de manera efectiva como parte del equipo juvenil.

Cabe destacar que la escuela y principalmente el CARA son espacios que han permitido a los/as adolescentes aproximarse al concepto y donde se les brinda la oportunidad de observar y/o ejercer este rol.

Los/as adolescentes confunden las cualidades o características de líder que ven en ellos/as porque las respuestas mezclaban las que poseen, las que les gustaría tener y las que un líder debe contar. No obstante las respuestas sugieren que el ser responsable y respetuoso son las dos más valoradas.

El que los médicos fueran un ejemplo recurrente para ilustrar el concepto de liderazgo significa que son un referente importante entre los/as adolescentes.

### **Participación en el CARA**

Los resultados muestran que 80% de los/as adolescentes lleva menos de un año asistiendo, y 50% menos de seis meses.<sup>39</sup> Existe concordancia con que 76% se identifica como asistente a las pláticas, 17% se asume como animador/a y el resto no participa en las actividades del CARA.<sup>40</sup>

A pesar de que son pocos los que se desempeñan como animadores en el CARA la mayoría de los adolescentes aportaron, con relativa facilidad, ideas acerca de lo que consideran debe ser la tarea de quienes integran el equipo juvenil:

- Enseñar temas o dar pláticas, sea apoyando al personal de salud o bien de manera individual
- Asistir a reuniones y capacitaciones
- Mantener informado al grupo
- Tomar lista
- Invitar a más adolescentes al CARA
- Asistir y no faltar
- Preparar materiales
- Tomar el lugar del doctor cuando no está
- Hacer trabajos con los adolescentes

---

<sup>39</sup>Ver gráfica I.5, del anexo de gráficos para adolescentes.

<sup>40</sup>Ver gráfica I.6, del anexo de gráficos para adolescentes.

Para quienes se identifican como animadores del CARA existen algunos aspectos importantes que consideran necesarios para realizar esta labor: 1) contar con más información sobre los temas a través de capacitación continua, 2) disponer de materiales tanto de papelería como didácticos y 3) el apoyo del personal de salud para convocar a la gente y para que los orienten sobre cómo dar las pláticas, porque en algunos casos se sienten inseguros ante el grupo y no saben cómo atraer y/o mantener su atención.

A lo largo del proceso de diagnóstico los/as adolescentes dejaron claro su interés y necesidad de que el CARA siga siendo, en algunos casos y sea en otros, un espacio de convivencia y encuentro para la gente de su edad.

Puede decirse que los/as adolescentes ven la función del líder juvenil más como replicadores de información y apoyos al interior del CARA que como generadores de ideas y co-responsables del acercamiento a los servicios y promoción de la salud sexual y reproductiva en sus comunidades.

Quienes son animadores/as identifican con claridad sus necesidades para cumplir con su función:

- 1) Capacitación sobre los temas del CARA,
- 2) materiales didácticos y de papelería y
- 3) apoyo del personal de salud para convocar a la gente y para que los orienten sobre cómo dar las pláticas.

## **SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (SSR)**

La evaluación de esta variable se orientó a dos objetivos; por un lado indagaba los conocimientos de los/as adolescentes y el personal de salud en cuanto a los recursos disponibles en el CARA y por otro, los conocimientos sobre temas de salud sexual y reproductiva.

Los datos de los/as adolescentes provienen de dos secciones del cuestionario para animadores/as *II. Servicios y actividades*<sup>41</sup> y *VII. Salud Sexual y Reproductiva*<sup>42</sup> para

---

<sup>41</sup> La sección está compuesta por 1 reactivo dividido en 14 sub-items que indagan el conocimiento y percepción de los/as adolescentes acerca de los servicios que ofrece la UMR.

<sup>42</sup> Este apartado consta de 52 preguntas divididas en 3 subtemas: a) preferencias sobre los agentes de información, b) conocimientos y c) intención en conductas.

todos los/as adolescentes y de la técnica “Caja de Herramientas”<sup>43</sup> en la versión original que fue aplicada únicamente en Tlaxiaco.

En el caso del personal de salud la información proviene de dos secciones del cuestionario *II. Servicios y actividades*<sup>44</sup> y *VI. Salud Sexual y Reproductiva*<sup>45</sup> y del grupo focal.

Las preguntas sobre las actividades se basan en la Guía Operativa para la Reactivación del CARA.

Por su parte los reactivos sobre Salud Sexual y Reproductiva fueron contruidos a partir de una visión integral, en la que están presentes los 5 holones que la componen: Erotismo, Reproducción, Género, Relaciones afectivas y Orientación.

Antes de revisar los resultados de esta variable es importante recordar que 50% de los/as adolescentes que participaron en las actividades de diagnóstico tienen menos de 6 meses acudiendo al CARA e inclusive que para muchos la participación en los encuentros era su primer contacto con las acciones del MAISAR.

### **Recursos disponibles**

Para conocer las actividades y servicios que identifican los/as adolescentes en su comunidad se elaboró un reactivo con 13 sub-items en donde se les preguntó si se realizaban o no las 8 actividades básicas establecidas en la Guía Operativa para la Reactivación y 5 servicios que se ofrecen en las UMR.

Las actividades donde el mayor porcentaje de respuesta corresponde a la opción “Sí” son cinco:

- encuentros CARA-CARA (75%)
- las sesiones educativas para grupos de 10-14 años (73%)
- sesiones para grupos de 15-19 (67%)
- encuentros sobre SSR (65%)

---

<sup>43</sup> Consiste en que los/as adolescentes, organizados por equipos, identifiquen recursos y necesidades para realizar acciones comunitarias con sus pares y los plasmen en un collage. Fue aplicada sólo en el primer encuentro, por lo que los datos que se presentan corresponden sólo a Tlaxiaco.

<sup>44</sup> La sección consta de 2 reactivos divididos en 10 y 9 subreactivos encaminados a determinar qué servicios y actividades ofrece el personal en su UMR.

<sup>45</sup> Este apartado consta de 39 preguntas, de las cuales 3 se subdividen dando un total de 93 reactivos

Existen tres actividades donde el porcentaje mayor de respuesta se ubicó en la opción “No sé”:

- módulos sobre salud sexual y reproductiva (52%)
- encuentros tipo rally (50%)
- Julio mes del adolescente (39%)

Una actividad donde el mayor porcentaje de respuesta corresponde a “No”:

- sesiones para embarazadas (39%)

Los datos muestran que los/as adolescentes están más familiarizados/as con las sesiones educativas y los encuentros. Sin embargo no tienen información sobre módulos, encuentros tipo rally y julio mes del adolescente, quizá porque aún no se realicen en sus comunidades o no las identifiquen debido a que su incorporación, como parte del proceso de reactivación, es muy reciente.

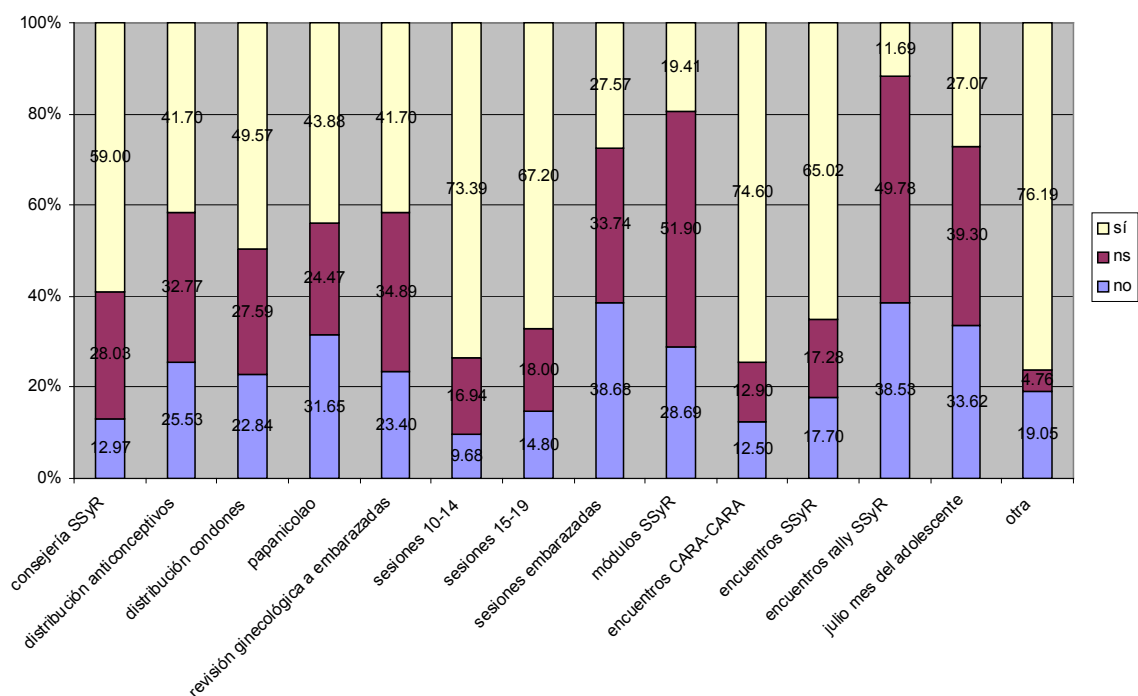
Destaca que cerca del 40% de los/as adolescentes mencione que no hay sesiones para embarazadas, porque esta actividad forma parte de la estrategia CARA desde sus inicios.

Por su parte en los 5 servicios propuestos el mayor porcentaje de respuesta de los adolescentes se ubicó en la opción “Sí”:

- consejería sobre SSR (59%)
- distribución de condones (50%)
- papanicolao (74%)
- distribución de anticonceptivos (42%)
- revisión ginecológica (42%)

Si bien todos los servicios son identificados por más del 40%, sería importante reforzar su difusión para que los conozca el 100% de los/as adolescentes.

### Servicios que se realizan en la UMR de tu comunidad



En la técnica “Caja de Herramientas” los/as adolescentes identificaron los recursos disponibles en el CARA a través de la elaboración de collages por equipo. La siguiente tabla muestra los resultados:

Recurso	Frecuencia
Métodos anticonceptivos	7
Información	7
Artículos de papelería	6
Material médico	5
Folletos	4
Libros	4
Material educativo	3
Personal de salud	3
Mobiliario	1
Buzón	1

Los recursos con más menciones son la información y los métodos anticonceptivos. Este aspecto es fundamental porque ambos son recursos básicos para el trabajo de promoción de la salud sexual y reproductiva.

Si bien los recursos materiales mencionados parecen elementales, su empleo de forma creativa puede llevar a obtener grandes beneficios.

Destaca que los/as adolescentes reconozcan al personal médico y la atención que les brindan como recursos importantes, porque hace evidente la aceptación que tienen en este grupo de población.

El equipo de salud en su mayoría seleccionó la respuesta “Sí” en todas las actividades<sup>46</sup>:

- sesiones de 10-14 años (81%)
- sesiones de 5-19 (81%)
- módulos ambulantes (74%)
- encuentros juveniles (70%)
- sesiones para embarazadas (63%)
- encuentros CARA-CARA (59%)
- Encuentros tipo rally (48%)

Sin embargo llama la atención que aparece la respuesta “No” en tres de ellas: 1) sesiones para embarazadas, 2) encuentros CARA-CARA y 3) encuentros tipo rally”, en los tres casos con 7%.

En cuanto a los servicios la mayoría del personal de salud eligió la opción “Sí”:

- consejería (81%)
- distribución de condones (81%)
- revisión ginecológica a embarazadas (70%)
- distribución de anticonceptivos (67%)
- papanicolao (52%)

Cabe mencionar que la respuesta “No” aparece en dos de los servicios: 1) papanicolao con 15% y 2) distribución de anticonceptivos con 11% .

---

<sup>46</sup>Ver gráfica II.2, en el anexo de gráficos del personal de salud.

A pesar de que el mayor porcentaje del personal refiere que se llevan acabo las actividades en el CARA, en 5 de los casos este porcentaje es menor al 75%. En el caso de los encuentros tipo rally puede atribuirse a su reciente incorporación al programa. Sin embargo valdría la pena explorar con mayor profundidad el caso de los módulos ambulantes, encuentros juveniles y sesiones con embarazadas.

Una situación similar se observa en cuanto a los servicios donde 3 de los 5 propuestos tienen porcentajes inferiores al 75%. En el caso del papanicolao podría atribuirse a que en el modelo de salud ginecológica del Programa se aplica la prueba de visualización cervical con ácido acético y solamente si se detecta alguna lesión se le refiere para que se realice el papanicolao.

Sin embargo en relación a la revisión ginecológica y la distribución de anticonceptivos, sería importante indagar las razones que hay detrás de esta situación, dada la importancia que reviste este aspecto no sólo en el logro de los objetivos del MAISAR sino en el cumplimiento de los compromisos de México con los objetivos del milenio y el respeto a los derechos sexuales y reproductivos.

## **Conocimientos**

Como se mencionó anteriormente los resultados de este apartado fueron obtenidos de las respuestas del cuestionario. Los resultados de los/as adolescentes y del personal de salud se presentan de manera independiente.

### **1. Adolescentes**

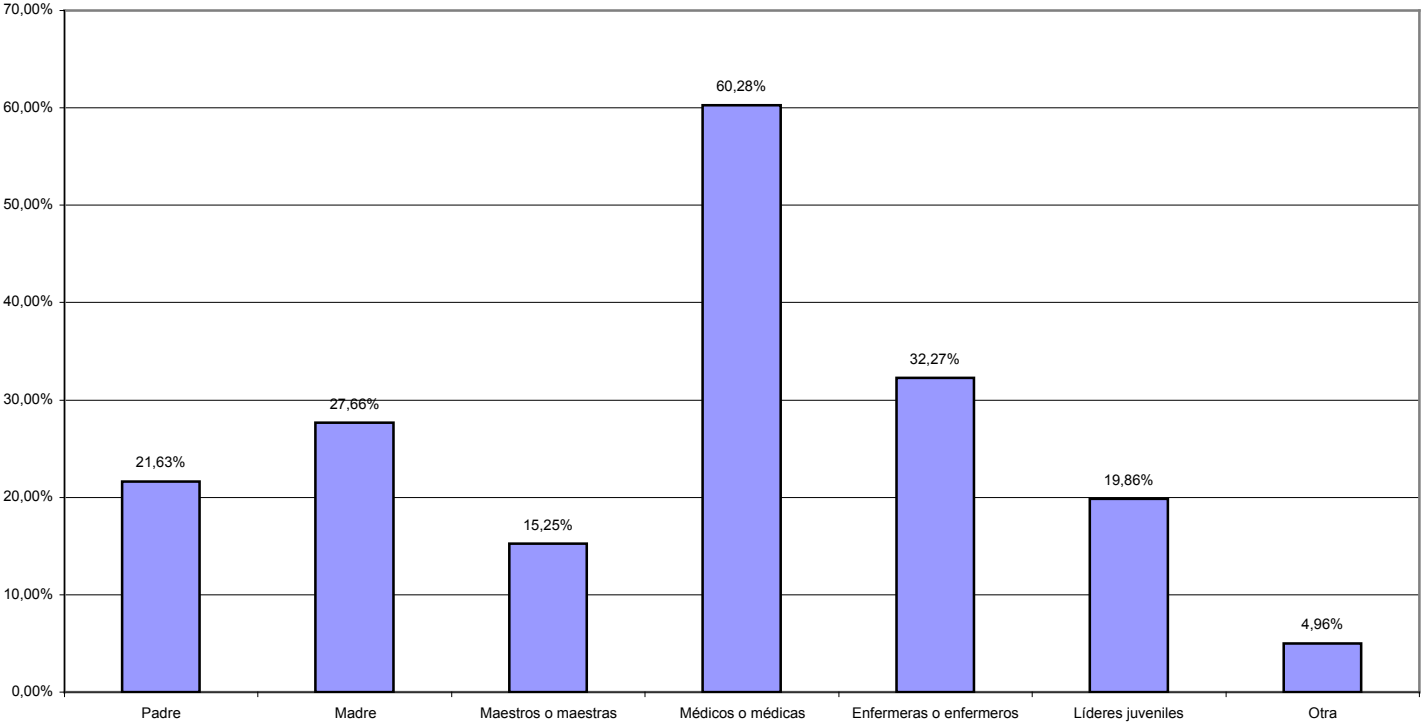
Estos datos provienen de la sección VII, la cual está integrada por 52 reactivos divididos en 3 partes: a) quién debe brindar información sobre temas de salud sexual, b) conocimientos y c) probabilidad en conductas.

#### *a) Quién debe brindar información sobre temas de salud sexual*

A partir de la experiencia del primer encuentro el segmento sobre quién debe dar información fue modificado. Inicialmente indagaba las preferencias en tres temas relaciones sexuales, métodos anticonceptivos y VIH/SIDA, a partir de los ajustes se eliminaron las preguntas sobre anticonceptivos y VIH y se dejó la de relaciones sexuales por considerarla más general.

Los/as adolescentes prefieren recibir información sobre relaciones sexuales del personal médico (60%), seguido por el de enfermería (32%) y la madre (28%).

Persona que debe dar información sobre relaciones sexuales



Sin embargo el análisis de los resultados de los/as adolescentes de Tlaxiaco por separado reveló que existen diferencias en las preferencias dependiendo del nivel de especialización del tema.

Se observa una disminución considerable del porcentaje de adolescentes que eligen a personajes como la madre, el padre los/ líderes juveniles y maestros en los temas de métodos anticonceptivos y VIH como lo muestran las gráficas VII.1.bis y VII.1.ter del anexo de gráficos de adolescentes.

La preferencia por el personal de salud respecto a los temas de sexualidad pone de manifiesto que cuenta con reconocimiento y aceptación por parte de los/as adolescentes. Para fines de este proyecto evidencian la necesidad de fortalecer la percepción sobre los/as líderes juveniles. Finalmente corroboran la influencia de los padres como educadores de la sexualidad y la necesidad de explotar este potencial a través de estrategias que los provean de los conocimientos y herramientas.

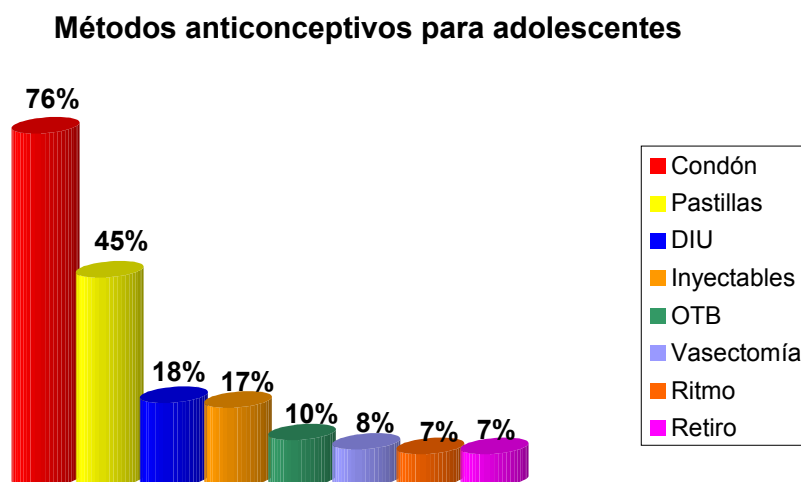
## b) Conocimientos

Sólo 18% de los/as adolescentes sabe que un embarazo es más probable dos semanas antes de la regla, mientras que el resto elige opciones incorrectas.<sup>47</sup>

Para 41% de los/as adolescentes la edad ideal para tener relaciones sexuales es cuando uno está informado y toma la decisión de tenerlas, 40% piensa que es a los 18 años porque ya se es mayor de edad, 10% menciona que es cuando la pareja te apoya y finalmente 9% dice que puede ser en cualquier momento porque no tiene nada de malo.<sup>48</sup>

Al preguntarles sobre los métodos anticonceptivos más recomendables para la gente de su edad 76% eligió el condón; sin embargo sólo 45% eligió las pastillas, 18% el DIU y 17% los inyectables.

Por otra parte 10% eligió la OTB, 8% la vasectomía y 7% el ritmo y el retiro:



Los datos indican que son pocos los/as adolescentes que cuentan con información básica para evitar un embarazo no planeado.

Menos de la mitad reconoce que el inicio de las relaciones sexuales implica un proceso de decisión informado más que de un factor puramente cronológico.

A pesar de que más de la tercera parte identifica el condón como método anticonceptivo para gente de su edad y casi la mitad reconoce las pastillas, los datos sugieren que los/ adolescentes marcaron, de forma errática, todos los métodos que conocen pero sin

<sup>47</sup>Ver gráfica VII.2, del anexo de gráficos de adolescentes.

<sup>48</sup>Ver gráfica VII.3, del anexo de gráficos de adolescentes.

discernir claramente cuáles son más recomendables para ellos/as, lo que los coloca en una situación de riesgo para un embarazo no planeado.

Las preguntas de la 7 a la 35 plantean afirmaciones sobre 6 temas: autocuidado, reproducción, ITS incluyendo VIH, erotismo, género y orientación. Los resultados se presentarán por separado.

- Autocuidado<sup>49</sup>

Casi la mitad de los/as adolescentes (48%) sabe que no sólo a las personas mayores les da cáncer en los órganos sexuales y 47% que no es un padecimiento exclusivo de las mujeres.

Además, 45% tiene conocimiento de que los hombres deben hacerse una revisión periódica de la apariencia de los órganos sexuales, mientras que en el caso de las mujeres sólo lo saben el 39%.

Un poco más del 40% identifica la forma correcta de lavar el pene y 39% sabe que el uso del condón no es exclusivo de quienes tienen muchas parejas.

Más de la cuarta parte de adolescentes (34%) condiciona la realización del papanicolao al haber tenido hijos.

- Reproducción<sup>50</sup>

Más de la mitad de los adolescentes (61%) identifica el mecanismo principal de los anticonceptivos y 44% sabe que las relaciones sexuales no son únicamente para tener hijos.

Sin embargo 45% dice no saber el periodo de efectividad de las Pastillas Anticonceptivas de Emergencia (PAE) y 42% desconoce si el periodo menstrual puede alterarse por desajustes hormonales.

- ITS<sup>51</sup>

Casi la tercera parte de los adolescentes (71%) identifican las relaciones sexuales sin protección como vía de transmisión del VIH/SIDA y 49% sabe que no se transmite por convivir diariamente con personas infectadas.

Más de la mitad (58%) sabe que el condón previene la mayoría de las ITS y el embarazo.

---

<sup>49</sup>Ver gráfica VII.7-35.quint, del anexo de gráficos de adolescentes.

<sup>50</sup>Ver gráfica VII.7-35.quatr, del anexo de gráficos de adolescentes.

<sup>51</sup>Ver gráfica VII.7-35.bis, del anexo de gráficos de adolescentes.

Cerca de la mitad de los/as adolescentes (43%) identifica los síntomas de una ITS en la mujer, sin embargo 43% piensa que las ITS sólo le dan a quienes tienen relaciones sexuales con muchas personas.

- Erotismo<sup>52</sup>

Los/as adolescentes eligieron la opción “No se” en mayor proporción que las otras respuestas en las cinco preguntas sobre erotismo.

Destaca que sólo 24% sabe que el sexo protegido no es tener relaciones sexuales sin penetración, mientras que 36% sabe que ésta definición corresponde al sexo seguro.

- Género<sup>53</sup>

Más de la mitad de los/as adolescentes (52%) sabe que los métodos anticonceptivos no son asuntos de mujeres, 48% sabe que la idea de que a los hombres no les gusta que los acaricien es errónea, sin embargo 36% no sabe si las mujeres necesitan que las acaricien más para excitarse y 37% dice que los hombres necesitan estar enamorados para tener relaciones sexuales.

- Orientación Sexual<sup>54</sup>

La mitad de los/as adolescentes (50%) sabe que a las mujeres que tienen relaciones con mujeres se les llama Homosexuales o Lesbianas; sin embargo 3% piensa que a las relaciones sexuales entre hombres se les llama heterosexuales.

Destaca que 26% piensa que tener relaciones homosexuales o bisexuales es una enfermedad.

Los datos señalan que todas las preguntas sobre autocuidado y orientación tienen porcentajes de respuestas correctas por debajo del 50%. Algo similar sucede en el tema de reproducción a excepción de la pregunta sobre el mecanismo general de los anticonceptivos cuyo porcentaje de respuestas correctas es cercano al 61%.

En cuanto al tema de ITS los resultados muestran que el porcentaje de respuestas correctas es superior al 50% en las preguntas sobre las relaciones sexuales sin protección como vía de transmisión del VIH/SIDA (71) y el condón como método para prevenir la mayoría de las ITS y el embarazo (57%).

---

<sup>52</sup>Ver gráfica VII.7-35.ter, del anexo de gráficos de adolescentes.

<sup>53</sup>Ver gráfica VII.7-35, del anexo de gráficos de adolescentes.

<sup>54</sup> Ver gráfica VII.7-35.sext, del anexo de gráficos de adolescentes.

El tema sobre el que menos información tienen los/as adolescentes es el de erotismo. Finalmente en el tema de género el porcentaje de respuestas correctas es mayor al 50% sólo en la pregunta que señala que los métodos anticonceptivos no son asunto de mujeres (52%).

Llama la atención que en estos bloques de preguntas la tasa de respuesta en la opción *No sé* corresponde casi a la tercera parte (30%) del total, lo que refleja que los/as adolescentes tienen capacidad de reconocer sus limitaciones y no contestan movidos/as por la deseabilidad social<sup>55</sup>, situación que puede representar una oportunidad de aminorar el riesgo para su salud, en la medida que se les motive a buscar activamente fuentes confiables de información. En este sentido la promoción de los servicios de la UMR/HR es fundamental.

### c) *Intención en conductas*<sup>56</sup>

Este apartado del instrumento se basa en la Teoría de la Acción Razonada (TAR) desarrollada por Fishbein y Ajzen (1975), que propone que muchos de los comportamientos de los seres humanos se encuentran bajo control voluntario, por lo que la mejor manera de predecir un comportamiento dado es la intención que se tenga de realizar o no una conducta específica.

En este sentido es que se decidió preguntar a los/as adolescentes sobre conductas relacionadas con la salud sexual y reproductiva.

Los resultados señalan que en nueve de las dieciséis preguntas (56% de los ítems), los participantes se ubican en la opción de probabilidad que los coloca en menor riesgo en términos de la definición de Salud Sexual establecida por la Organización Mundial de la Salud<sup>57</sup>:

Item	Opción	Porcentaje
36. Elijas libremente a tu pareja	Muy probable	48%
39. Plátiques con tu pareja sobre el número de hijas(os) que desean tener	Muy probable	34%

<sup>55</sup> Tendencia psicológica a atribuirse así mismo cualidades de personalidad o conductas socialmente deseables y rechazar aquellas socialmente indeseables.

<sup>56</sup> Ver gráfica VII.36-52, del anexo de gráficos de adolescentes.

<sup>57</sup> Estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado a la sexualidad, no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. La salud sexual requiere positiva y respetuosa a la sexualidad y a las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexual placenteras, seguras, libres de coerción, discriminación y violencia.

41. Te niegues a tener relaciones sexuales si no lo deseas, aunque tu pareja te presione	Muy probable	32%
42. Te protejas con condón en tu próxima relación sexual	Muy probable	31%
43. Te embaraces o embaraces a una chica antes de los 20 años	Nada probable	35%
44. Solicites algún método anticonceptivo en la UMR si lo necesitaras	Muy probable	32%
46. Asistas a revisión médica cuando estés embarazada o acompañes a tu pareja cuando lo esté	Muy probable	40%
51. si tienes dudas sobre sexualidad busques que te las aclaren	Muy probable	37%
52. Sepas como utilizar correctamente el condón	Muy probable	36%

En seis items (38% de las preguntas), el porcentaje de respuesta se centró en una opción de probabilidad de riesgo medio:

Item	Opción	Porcentaje
37. Si te gusta un muchacho o muchacha se lo digas abiertamente	Probable	29%
40. Decirle a tu pareja que use condón	Probable	28%
45. Platiques con tu pareja sobre las caricias o situaciones que te producen placer	Probable	31%
48. Realices en público muestras de afecto por tu pareja	Probable	27%
49. Identifiques si tienes una Infección de Transmisión Sexual	Probable	28%
50. Identifiques las partes de tu cuerpo donde sientes placer	Probable	33%

Finalmente en una pregunta (6% de los items) el mayor porcentaje se ubicó en una opción en la que desde una perspectiva integral que promueve el respeto a la diversidad y la vivencia plena de la sexualidad podría ser catalogada como de alto riesgo:

Item	Opción	Porcentaje
47. Si sintieras atracción por alguien del mismo sexo lo aceptarías abiertamente	Nada probable	37%

Sin embargo los datos muestran claramente que un poco más de la tercera parte de los adolescentes elige las respuestas que los/as coloca en menor riesgo.

## 2. Personal de Salud

A pesar de que el diseño original del diagnóstico no planteaba la evaluación de los conocimientos del personal de salud en cuanto a Salud Sexual y Reproductiva (SSR) se

consideró importante incluir esta variable en el cuestionario porque aporta datos importantes sobre las necesidades de información que pueden tener.

La sección de SSR constituye una de las más extensas, porque consideramos que los conocimientos en este tema son fundamentales para alcanzar los objetivos plasmados en el MAISAR.

Este apartado consta de 39 preguntas, de las cuales 3 se subdividen dando un total de 93 reactivos que fueron agrupados en cuatro temas: Conceptos básicos en sexualidad, Anatomía, Consejería y Derechos sexuales y reproductivos.

- *Conceptos básicos en sexualidad*

Un poco más de la mitad del personal (56%) sabe que la sexualidad es una vivencia subjetiva y manifestación social del cuerpo sexuado y 48% identifica al género, vínculo afectivo, capacidad reproductiva, erotismo e identidad como las dimensiones que la integran<sup>58</sup>.

El 82% del personal sabe que la salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional asociado a la sexualidad más que la ausencia de enfermedad.<sup>59</sup>

Por su parte el porcentaje que identifica la salud reproductiva con el estado de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo corresponde a 74<sup>60</sup>%.

El 100% del personal esta totalmente en desacuerdo con las afirmaciones que señalan que las relaciones sexuales son igual a pecado y que son exclusivamente para tener hijos, 81% rechaza la idea de que sean igual a penetración, 78% con la afirmación que señala que solamente las relaciones sexuales heterosexuales sean consideradas como “normales” y 63% contradice la idea de que necesariamente implican sentimientos de amor<sup>61</sup>.

Sin embargo casi la mitad del personal (45%) dijo estar de acuerdo en alguna medida en que el autoerotismo se convierte en una compulsión y 33% que el aborto no se debe permitir bajo ninguna circunstancia<sup>62</sup>.

---

<sup>58</sup>Ver gráficas VI.1 y VI.2, del anexo de gráficos del personal de salud.

<sup>59</sup>Ver gráfica VI.3, del anexo de gráficos del personal de salud.

<sup>60</sup>Ver gráfica VI.4, del anexo de gráficos del personal de salud.

<sup>61</sup> Ver gráfica VI.5, del anexo de gráficos del personal de salud.

<sup>62</sup> Ibid

En las preguntas que relacionan la sexualidad con la adolescencia encontramos que para 89% éste no es un tema exclusivo de adultos; no obstante 37% identifica en alguna medida las relaciones entre adolescentes con irresponsabilidad y 33% con problema social<sup>63</sup>.

Por su parte 74% está totalmente en desacuerdo con que la educación sexual propicia el inicio de las relaciones sexuales, pero existe un 26% que esta de acuerdo con esta afirmación en alguna medida<sup>64</sup>.

Los resultados señalan que el porcentaje de personal que identifica correctamente los conceptos de salud sexual y salud reproductiva es mayor al que reconoce la definición correcta de sexualidad y sus componentes.

Por su parte los datos sobre relaciones sexuales, educación sexual, aborto y adolescencia indican que el personal transita de concepciones tradicionales y mitos clásicos hacia una perspectiva más integral de la sexualidad, sin embargo se requiere fortalecer su formación<sup>65</sup> para facilitar que completen el proceso.

Las preguntas de la 12 a la 35 plantean afirmaciones sobre 6 temas: autocuidado, reproducción, ITS incluyendo VIH, erotismo, género y orientación. Al igual que con los/as adolescentes los resultados se presentarán de acuerdo a los temas.

- Autocuidado<sup>66</sup>

El 96% del personal sabe que las mujeres deben revisar periódicamente sus órganos sexuales, mientras que este porcentaje baja al 81% al preguntarles el mismo aspecto en relación a los hombres.

Por su parte 96% tiene conocimiento de que el cáncer en los órganos sexuales no es exclusivo de las mujeres. Sin embargo 78% considera que el papanicolao deben hacérselo sólo aquellas que han tenido relaciones sexuales.

- Reproducción<sup>67</sup>

Mas de tres cuartas partes (78%) sabe que la fecha de menstruación de una mujer puede variar por estrés.

---

<sup>63</sup> Ibid

<sup>64</sup> Ibid

<sup>65</sup> La formación es un proceso integral que va más allá del brindar información, requiere un trabajo a nivel actitudinal y la promoción de habilidades.

<sup>66</sup> Ver gráfica VI.12-35.sext, del anexo de gráficos del personal de salud.

<sup>67</sup> Ver gráfica VI.12-35.quatr, del anexo de gráficos del personal de salud.

Un poco más de la mitad del personal (52) sabe que la demanda insatisfecha más alta de métodos anticonceptivos en nuestro país corresponde a mujeres de 15 a 19 años y que la escolaridad es el factor social más relevante en el embarazo adolescente.

Finalmente 37% sabe el periodo de efectividad de las Pastillas Anticonceptivas de Emergencia.

- ITS<sup>68</sup>

Cerca del total (96%) identifica los síntomas de una ITS en hombres y mujeres. El 82% sabe que el uso del condón no es exclusivo de quienes tienen varias parejas sexuales y 77% tiene claro que las ITS no sólo le dan a quien tiene relaciones sexuales con muchas personas.

- Erotismo<sup>69</sup>

La mayoría del personal de salud (96%) sabe que se puede tener relaciones sexuales durante el embarazo y que las mujeres practican la masturbación y que uno de los puntos erógenos más importantes en la mujer es el clítoris.

Finalmente 82% identifica a que se refiere el sexo protegido, pero este porcentaje disminuye cerca del 30% (52%) al preguntarles sobre las características del sexo seguro.

- Género<sup>70</sup>

El personal de salud en su totalidad sabe que los métodos anticonceptivos no son un asunto exclusivo de mujeres, sin embargo 59% no sabe que los patrones de género son un factor que favorece el embarazo adolescente.

Cerca del total (96%) sabe que los hombres no son los responsables de tomar la iniciativa en una relación sexual, 89% tiene claro que el hombre no tiene más deseo sexual que la mujer, 62% señaló que las mujeres no necesitan más caricias para excitarse y finalmente 56% del personal sabe que los hombres que no necesitan estar enamorados para tener relaciones sexuales.

- Orientación Sexual<sup>71</sup>

---

<sup>68</sup>Ver gráfica VI.12-35.bis, del anexo de gráficos del personal de salud.

<sup>69</sup>Ver gráfica VI.12-35.ter, del anexo de gráficos del personal de salud.

<sup>70</sup>Ver gráfica VI.12-35, del anexo de gráficos del personal de salud.

<sup>71</sup>Ver gráfica VI.12-35.quint, del anexo de gráficos del personal de salud.

En este tema sólo se incluyó un reactivo sobre el nombre que reciben las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo, sean hombres o mujeres y 81% del personal sabe que se les llama Homosexuales.

En promedio el porcentaje de respuestas correctas para este bloque de temas corresponde al 75%, habría que buscar estrategias que lo acerquen a que todos logren el 100%.

- *Anatomía (preguntas 38-39)*

Un poco menos de la mitad del personal (47%) identifica correctamente las estructuras de los órganos sexuales internos y externos de la mujer; mientras que más de la mitad (61%) reconoce correctamente las del hombre. No obstante por algunos comentarios sobre la poca claridad de las imágenes, consideramos que algún porcentaje del error podría atribuirse a este factor, valdría la pena sustituir las imágenes de manera que en una próxima aplicación los resultados sean confiables.

- *Consejería*

Para evaluar este tema se tomó como base el Modelo de consejería orientada a jóvenes de la OPS y la Guía de Atención Médica y Manual de consejería en Salud Reproductiva del adolescente del IMSS.

El modelo orienta a los proveedores de servicios humanos y de salud, sobre cómo lograr que la consejería dé mejor respuesta a las necesidades reales de los/as jóvenes y sea más cordial y accesible.

Concibe a la consejería como un proceso a través del cual un proveedor y un cliente trabajan en conjunto para explorar y definir el problema, la situación o los desafíos de la persona, fijan metas reales para la relación de consejería y desarrollan enfoques para alcanzar esas metas<sup>72</sup>. En concordancia propone 13 principios básicos que reflejan claramente este concepto de consejería.

Por su parte la Guía de Atención Médica contiene los lineamientos establecido por el IMSS para dar el servicio de consejería en Salud Reproductiva.

Los resultados muestran que el personal eligió como principios básicos tres de los propuestos por el modelo: *Dar información precisa y pertinente sobre salud sexual y*

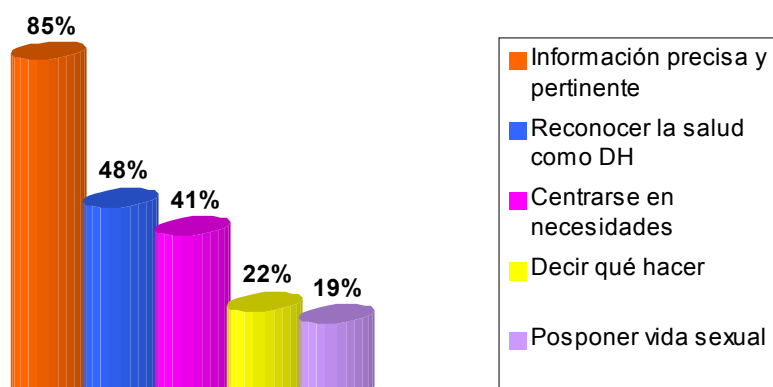
---

<sup>72</sup> Vega, A.; Mazin, R. Y Maddaleno, M. (2004). *Modelo de consejería orientada a jóvenes*. OPS

*reproductiva* en el 85% de los casos, en segundo lugar *Reconocer la salud como un derecho humano* en 48% y finalmente *Centrarse en sus necesidades* en 41%.

Sin embargo, en 22% de los casos eligió *Darle consejos sobre qué hacer* y 19% *Ayudarles a posponer el inicio de la vida sexual activa* los cuáles son opuestos a la visión de consejería propuesta por el Modelo.

### Principios



Respecto a los métodos anticonceptivos que sugerirían a los/as adolescentes, encontramos que el porcentaje de personal que contesta correctamente<sup>73</sup> en el caso de los/as adolescentes con vida sexual activa sin antecedentes de embarazo son los siguientes:

<sup>73</sup> de acuerdo con los lineamientos establecidos en la Guía de Atención Médica que establecen la división en tres grupos; 2 para mujeres divididos por rangos de edad y uno para hombres.

Método anticonceptivo recomendado como...	Mujeres 12 -15 años	Mujeres 16 -19 años	Hombres 10-19 años
Primera opción	56%	22%	85%
Segunda opción	30%	37%	
Tercera opción	19%	30%	

Para adolescentes con vida sexual activa y antecedentes de embarazo, el porcentaje de personal de salud que contesta correctamente es:

Método anticonceptivo recomendado como...	Mujeres 12 -15 años	Mujeres 16 -19 años	Hombres 10-19 años
Primera opción	48%	55%	77%
Segunda opción	59%	44%	4%
Tercera opción	7%	14%	

Los datos muestran que si bien el personal mencionó métodos indicados para este grupo de edad en todas sus respuestas, existe confusión en el orden en que deben recomendar cada uno de acuerdo a los criterios establecidos en la Guía de Atención Médica. En el caso de las mujeres por ejemplo, intercambian el orden de los hormonales orales e inyectables o recomiendan lo mismo para las chicas de 12 a 15 años que para las de 16 a 19. En el caso de los varones con antecedentes de embarazo dan opciones para la pareja y no para él y sólo el 4% identificó la vasectomía como opción en caso de paridad satisfecha.

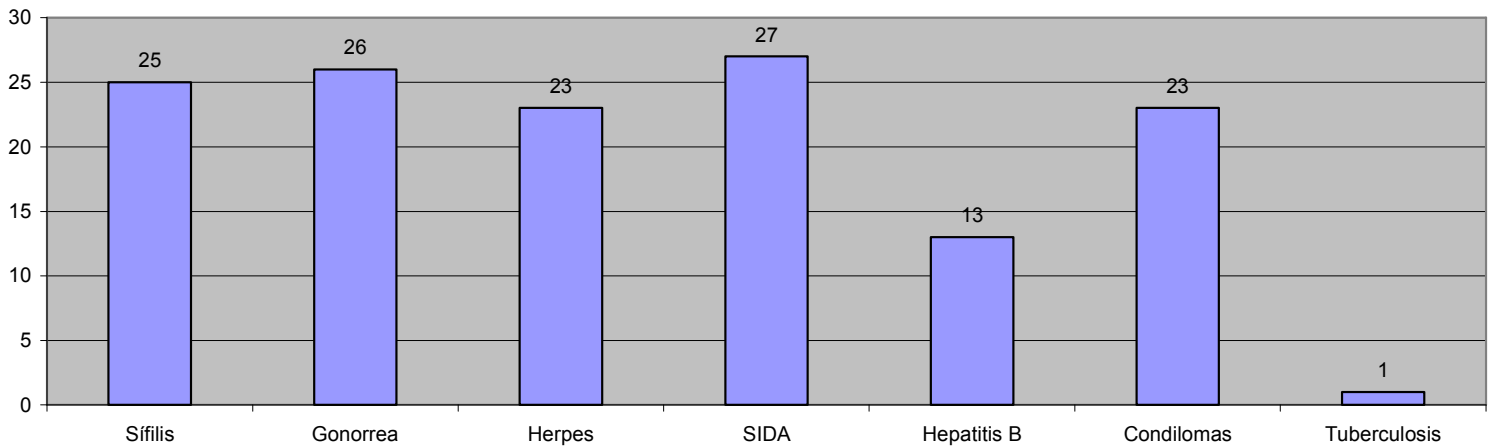
Cerca del total (96%) identifica el condón como un método que previene tanto embarazos como ITS, sin embargo 4% mencionó la Píldora.

Respecto a las razones que tienen los/as adolescentes para no utilizar métodos anticonceptivos 30% del personal considera la ignorancia, la falsa creencia de que no les pasa nada y el miedo como las principales razones; mientras que 11% lo atribuye a las costumbres y 4% a la irresponsabilidad<sup>74</sup>.

Por su parte los datos sobre las infecciones sexualmente transmisibles revelan que en promedio 85% del personal las reconoce de manera acertada, destacando el VIH/SIDA como la única que fue identificada por el 100%.

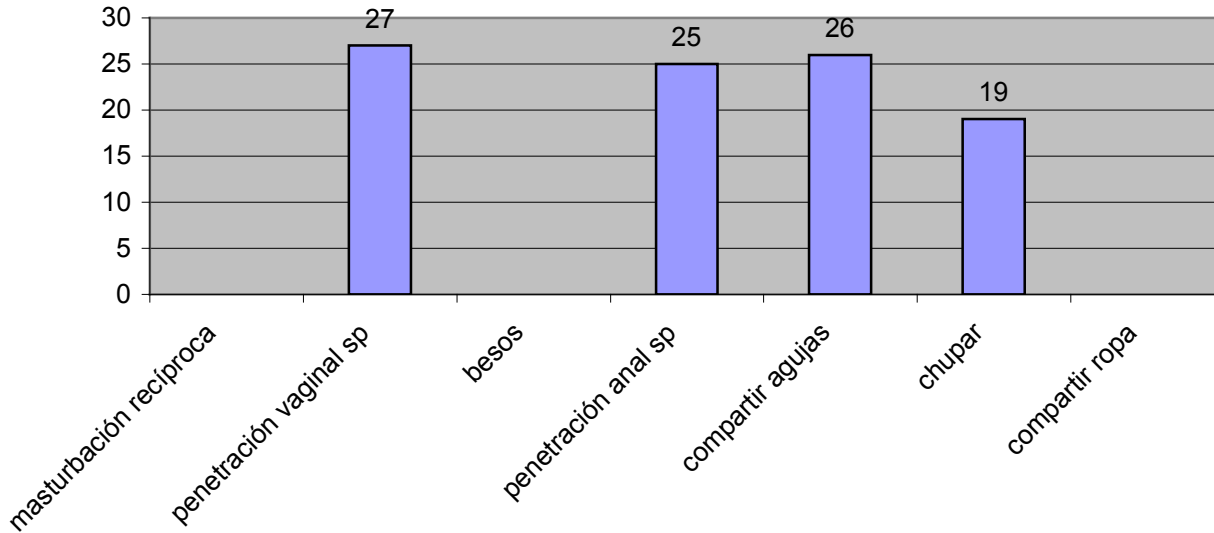
<sup>74</sup>Ver gráfica VI.8, en el anexo de gráficos del personal de salud.

¿Cuáles de las siguientes infecciones se pueden transmitir sexualmente?



En la pregunta sobre las prácticas que pueden dar lugar a la transmisión de VIH/SIDA 90% las identifica correctamente, destacando la penetración vaginal sin protección con 100%.

¿Cuáles de las siguientes prácticas pueden dar lugar a la transmisión de VIH/SIDA?



Con estos datos se puede concluir que el personal tiene un nivel aceptable de conocimientos, aunque necesita afianzarlos en cuanto a los principios que deben orientar el servicio de consejería, las opciones más recomendables en cuanto a métodos

anticonceptivos para la población adolescente y aspectos básicos sobre ITS –cuáles existen, prácticas de riesgo, etc-.

- *Derechos sexuales y reproductivos (DSyR)*<sup>75</sup>

Más de la tercera parte (78%) del personal sabe que los derechos sexuales son derechos humanos protegidos por las leyes nacionales e internacionales.

En total 74% identifica claramente cuales son, aunque el porcentaje varía de acuerdo con cada derecho como lo muestra la siguiente tabla:

<b>Derecho</b>	<b>% identifica como DSyR</b>
Decidir libremente sobre el cuerpo y sexualidad	100%
Recibir educación sexual	96%
Elegir libremente cuántos hijos tener y cuándo	85%
Tener las mismas oportunidades que todos, sin importar el sexo	78%
Participar en el diseño de políticas sobre sexualidad	74%

En contraste 15% incluye opciones incorrectas como vivir en un medio ambiente sano o en armonía, decidir por quién votar o ejercer la libertad de conciencia y cerca del 11% no contestó. Es importante reforzar este aspecto dado que desde su inicio el MAISAR ha destacado éstos derechos como un eje fundamental.

## **TRABAJO CONJUNTO CON EL PERSONAL DE SALUD**

Este aspecto presenta los resultados que contribuyen al logro del objetivo específico “Identificar los factores generacionales que inciden en la participación activa de los/as adolescentes (asimetría en las relaciones, actitudes de los adultos hacia los/as adolescentes, etc.).”

### **Percepción de los/as adolescentes**

Este aspecto se indagó a través de la técnica “La Silueta”<sup>76</sup> y a través de los cuestionarios para adolescentes y para personal de salud, así como en las entrevistas y grupos focales. La técnica de la silueta se utilizó para conocer la percepción que los/as adolescentes tienen del personal de salud, su forma de actuar y relacionarse con ellos. Se produjeron

<sup>75</sup> Ver gráfica VI.36, del anexo de gráficos del personal de salud

<sup>76</sup> Esta técnica consiste en dibujar la silueta de un adulto de tamaño real en papel Kraft pidiendo a los/as adolescentes que lo dibujen y describan algunas de sus características de acuerdo con un pequeño cuestionario.

31 siluetas en total a lo largo de los tres encuentros, en general las respuestas a las preguntas fueron muy escuetas.

Permitió observar que existe una percepción positiva por parte de los/as adolescentes hacia el personal respecto de la forma en que actúan, en su mayoría los perciben como amables, que ofrecen un trato bueno y respetuoso, trato que es equitativo y equivalente al que dan a los adultos. Lo identifican como una obligación con la que cumplen.

Sólo en tres casos los/as adolescentes refieren que el personal de salud puede tratarlos con enojo o regañarlos, y lo atribuyen a una reacción frente a algo inadecuado que ellos hacen, como *“portarse mal”*. En dos grupos señalaron que el personal de salud les amenaza como forma de hacerles participar, o los asusta en relación a cosas negativas que les pueden pasar.

Para algunos otra situación poco favorable en el trato tiene que ver con la falta de tiempo del personal para estar con ellos y llevar a cabo acciones.

Encontramos que los adolescentes en su mayoría perciben cualidades en el personal de salud como ser cumplidos, confiables, que saben cosas útiles para ellos, son amables, pacientes, responsables, comprensivos.

Una dificultad que señalaron ocho grupos en la interacción con el personal de salud es la barrera del lenguaje, ya sea porque no habla su lengua o bien porque algunos emplean palabras complicadas, tecnicismos que dificultan su comprensión.

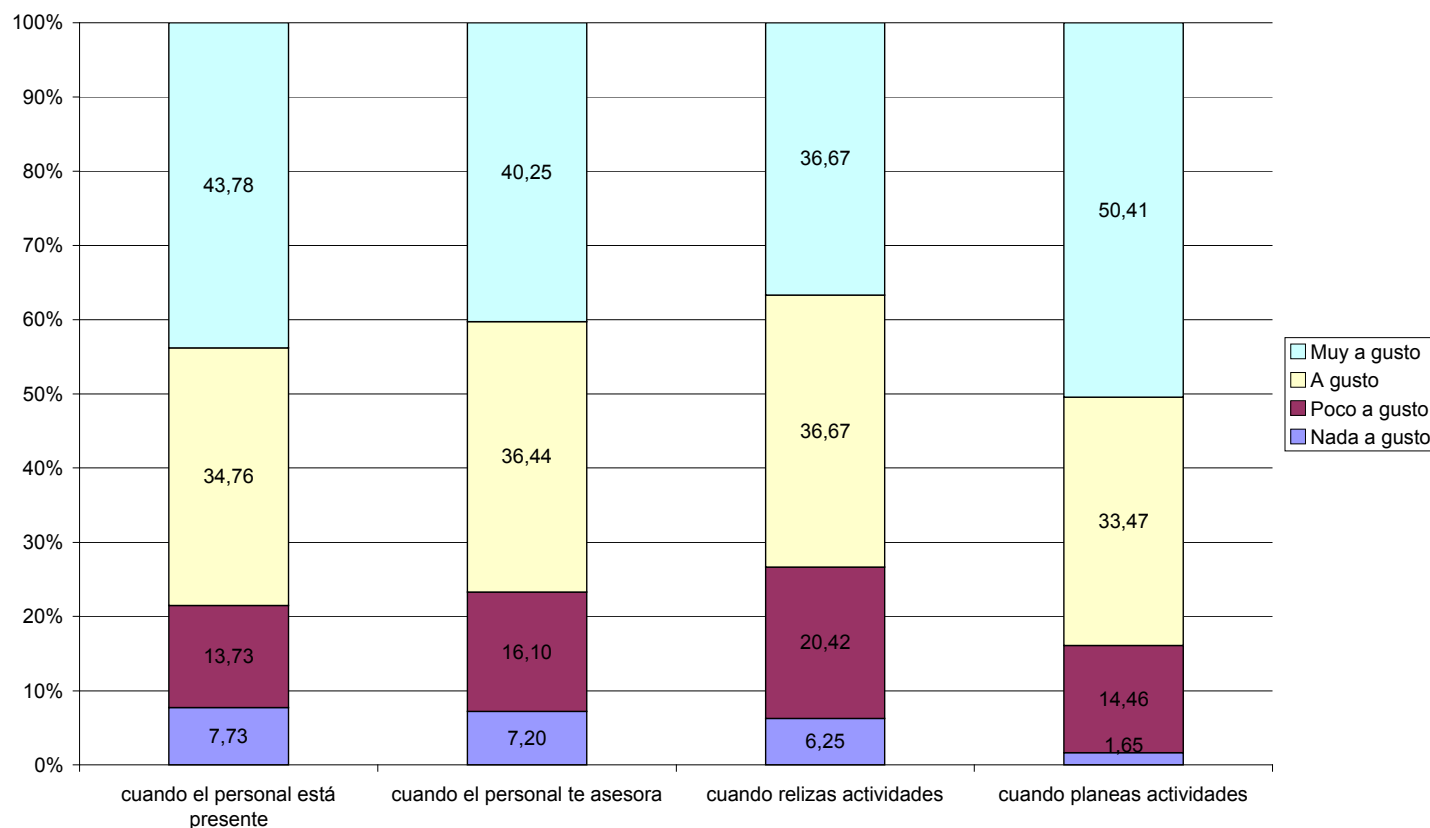
En tres grupos se explicitó la falta de confidencialidad, pues algunos adolescentes dijeron que las cosas que platican en ocasiones se difunden con otras personas de la comunidad.

El cuestionario en la sección IV sobre el trabajo con el personal de salud mostró, que en relación con la planeación de actividades con el personal de salud el 36% dice sentirse Muy a gusto, 30% A gusto, 14% Poco a gusto, 5 % Nada a gusto y 15 % no contestó; lo que indica que la mayoría se siente bien al planear actividades con el personal de salud, datos que concuerdan con la información cualitativa.<sup>77</sup>

---

<sup>77</sup> Ver gráficas IV.1-IV.3, en el anexo de gráficos del personal de salud.

¿Qué tan a gusto te sientes . . . ?



Las razones que dan para explicar sus respuestas son muy diversas. Sin embargo entre las que los hacen sentir bien destacan que les gustan los contenidos, el buen trato que reciben y la dinámica de convivencia, colaboración y aprendizaje, por lo que resulta importante reforzar estos aspectos en la práctica cotidiana.

Vale la pena mencionar que el porcentaje de no contestadas puede atribuirse a que en algunos casos era la primera experiencia de éstas/os adolescentes en actividades del Programa IMSS Oportunidades o bien a que no las habían vivenciado porque su participación en el CARA se limita a asistir a las “pláticas” como ellos las llaman.

En cuanto a los elementos para el trabajo conjunto, en “La silueta” expresaron que reconocen como recursos el apoyo que el personal de salud les da cuando tienen problemas, cuando están enfermos, recibiendo información y orientación para curarse y cuidarse. También el apoyo para realizar actividades y preparar temas. La invitación a

participar en diversas actividades o durante las sesiones expresando su opinión e ideas, les da seguridad.

Expresan como necesidad el contar con más tiempo de parte del personal de salud, incrementar la comunicación y la confianza y poder hacer cosas por sí mismos. También mencionaron contar con más material y dejar atrás la pena.

En cuanto a los conocimientos, perciben al personal de salud en general como gente que cuenta con conocimientos importantes para ellos, con experiencia, aunque en dos grupos dijeron que la persona que da las pláticas no sabe bien todos los temas.

Perciben como recursos el recibir explicaciones a sus dudas, el que les tomen en cuenta en sus opiniones y comentarios y corrijan sus errores. Perciben que les enseñan muchas cosas que son importantes para su vida. Les gusta aprender exponiendo y haciendo trabajos en equipo. En un grupo reconocieron la necesidad de que ellos pregunten cuando algo no quede claro para mejorar sus conocimientos.

Por su parte, en la técnica “Caja de Herramientas” y “El Espejo” los/as adolescentes mencionaron tres tipos de apoyos principales que requieren para trabajar en el CARA. El más mencionado fue el relacionado con aspectos materiales, principalmente folletos, libros, papelería, mobiliario, material médico, aparatos y espacios para trabajar o jugar. En segundo lugar se ubicó la capacitación, los/as adolescentes reconocen la importancia de saber, estar bien preparado y contar con la información necesaria. Finalmente mencionaron la necesidad de contar con el apoyo del personal de salud para preparar sus temas.

Así mismo señalaron elementos del contexto que determinan su ejercicio de liderazgo, contar con el apoyo de la gente principalmente familiares y otros adolescentes. También señalaron que la oportunidad de seguir estudiando, haber concluido ciertos estudios y tener más edad y experiencia. En general son situaciones que muestran claramente como los/as adolescentes perciben la presencia de inequidad en el acceso a las oportunidades y el poder.

Al preguntarles sobre los conocimientos que consideran deben tener, se observa que los/as adolescentes están muy claros sobre los temas que se trabajan en el CARA porque mencionaron contenidos afines a los abordados ahí, mencionaron: salud, alimentación, autoestima, planificación familiar, pareja, derechos, cómo ser líder, cómo estar frente a un grupo, comunicación familiar y valores. Sin embargo, también aludieron a otros que son

más cercanos a la realidad en que viven como saber leer y conocer más sobre la cultura indígena y mexicana.

En el cuestionario, ordenaron los apoyos que requieren para realizar actividades como animadores por orden de importancia de la siguiente manera:

1. la aprobación de sus padres para participar en las actividades,
2. la asesoría del personal para planear actividades,
3. la asesoría sobre cómo llevar una sesión educativa,
4. material didáctico como juegos, rotafolios o videos,
5. manuales sobre cuál es la función y las actividades que le corresponden,
6. asesoría sobre cómo utilizar el material didáctico y en último lugar manuales informativos.

Lo que permite visualizar que dan mayor importancia a los aspectos que involucran interacción directa con padres y personal de salud que los apoyos escritos.

En relación a los temas que debería incluir un taller para animadores del CARA expresaron lo siguiente:

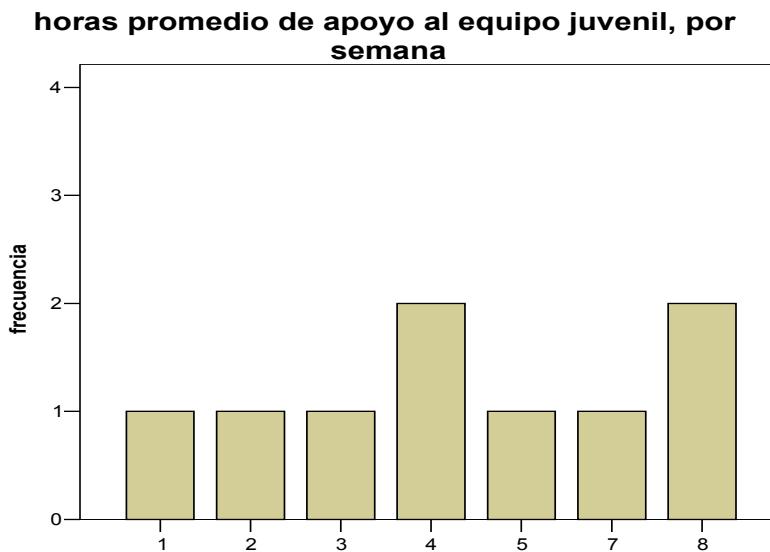
<b>Temas</b>	<b>Frecuencia</b>
Didáctica, organización y manejo de grupos	65
Temas relacionados con la adolescencia	40
Temas relacionados con el CARA y el IMSS	32
Temas relacionados con la salud sexual y reproductiva	28
Temas relacionados con la salud	20
Cómo apoyar, orientar a otros adolescentes	14
Temas de desarrollo humano	14
Liderazgo	10
Apoyo para lecto-escritura o temas escolares	7
No sé	4
Actividades deportivas	2

Lo que muestra la importancia que dan a las habilidades para el trabajo con grupos, y los temas que típicamente se trabajan en el CARA.

## Percepción del personal de salud

Por su parte, a través del cuestionario aplicado al personal de salud, la sección III, se identificó que 68% de quienes cuentan con equipos juveniles se reúne para planear con ellos y 79% declaran que la asistencia de los animadores es constante, recibiendo asesoría del equipo de salud una vez a la semana 52%, cada quince días 29% y una vez al mes 19%.<sup>78</sup>

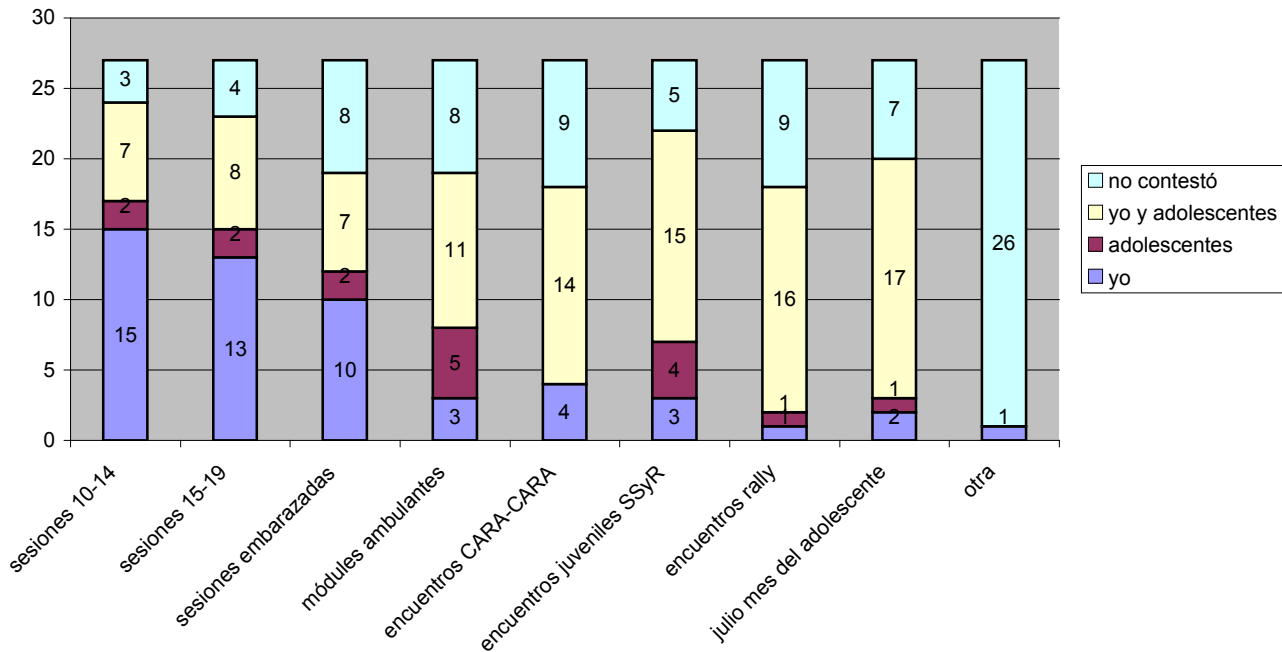
Las respuestas referidas al tiempo dedicado a actividades con adolescentes, muestran que no hay una regla en relación con este aspecto, se define de acuerdo con las posibilidades y afinidad personal de cada médico o enfermera.



Por otra parte, el instrumento mostró que en su mayoría (62%) son los adultos quienes efectúan las sesiones educativas, aunque 29% comparte esta responsabilidad con los adolescentes, mientras que los encuentros (78%) y módulos ambulantes (58%) se hacen mayoritariamente como acciones conjuntas, así como el mes del adolescente (85%). Sería importante ayudar a que los jóvenes compartan cada vez más responsabilidades con el personal, de manera que se conviertan en agentes de cambio entre sus pares.

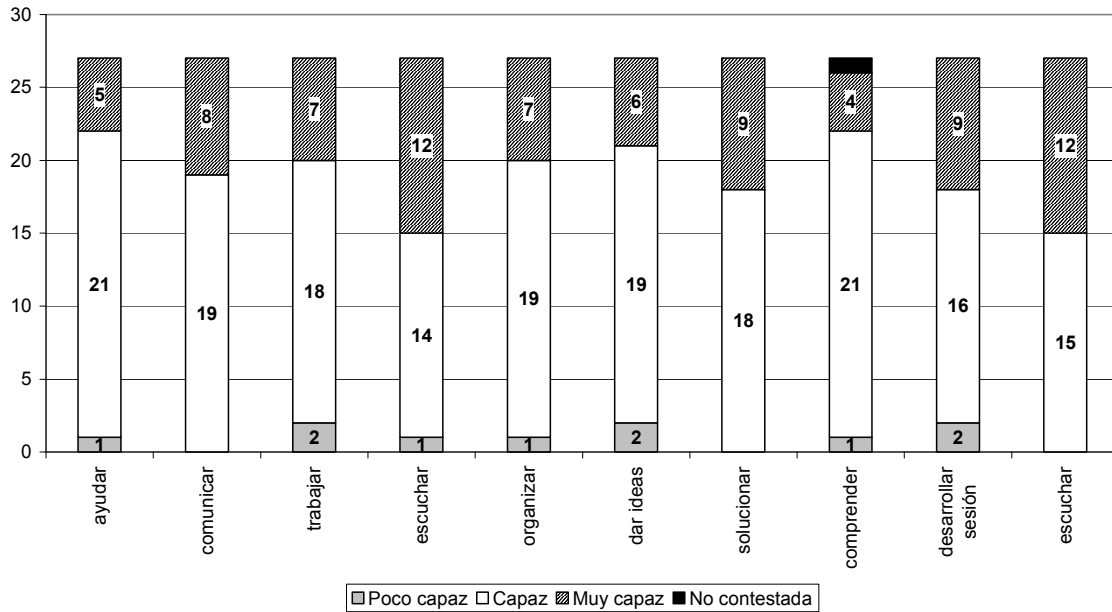
<sup>78</sup> Ver gráfica III.10.1, en el anexo de gráficos del personal de salud.

### ¿Quién realiza estas actividades?

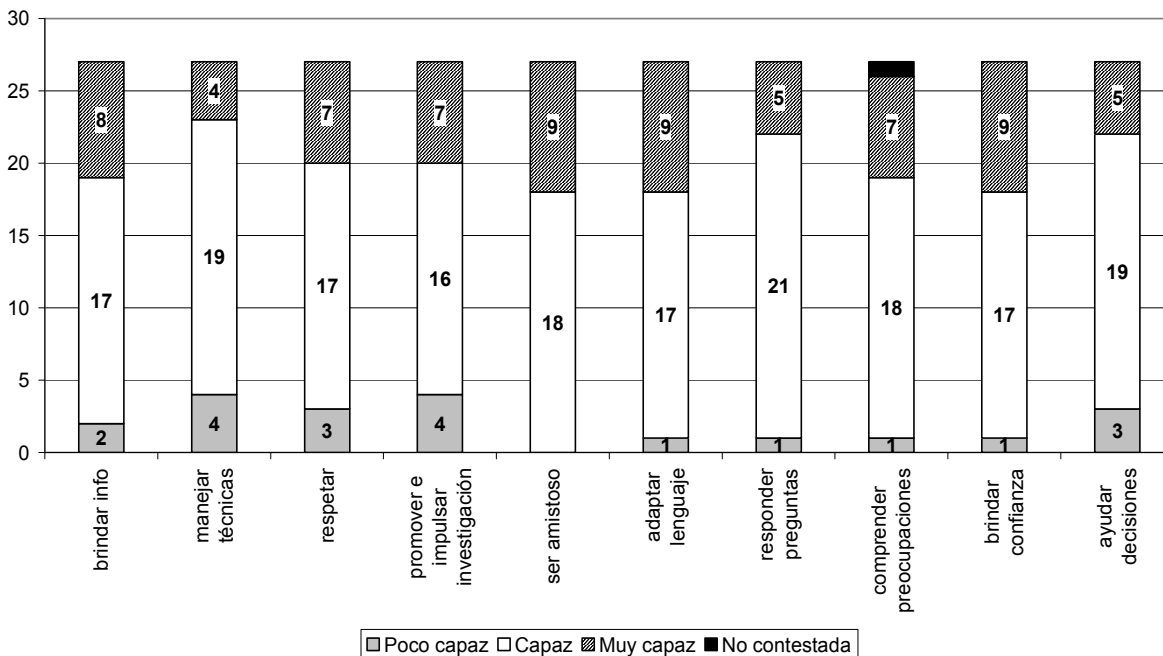


En general el personal de salud se siente capaz o muy capaz de realizar las distintas acciones y mostrar actitudes favorables en el trabajo con adolescentes, sin embargo es interesante que la respuesta poco capaz se incrementó para los siguientes aspectos: manejar técnicas didácticas, promover el desarrollo de habilidades, respetar el punto de vista de los adolescentes y ayudar a los adolescentes a valorar los pros y contras de sus decisiones. En este sentido sería útil reforzar estos aspectos desde una perspectiva de empoderamiento a través de la promoción de habilidades.

¿Qué tan capaz te sientes de . . . ?



¿Qué tan capaz te sientes de . . . ? (cont.)



Por su parte en el apartado del cuestionario en el que se indaga sobre la participación juvenil encontramos que la mayoría del personal de salud declara sentirse a gusto o muy

a gusto en la planeación , realización y asesoría de los equipos juveniles lo que podría significar que es por falta de tiempo que no se hace con mayor frecuencia y consistencia.

<b>Actividad</b>	<b>A gusto</b>	<b>Muy a gusto</b>
Planeación de actividades	26%	74%
Realización de actividades	33%	59%
Asesoría de equipos juveniles	26%	70%

Al hablar de las razones por las que se sienten a gusto en la planeación privilegian aquellas que tienen que ver con el aprendizaje de nuevas herramientas y conocimientos, en segundo lugar lo ven como una forma de compartir experiencias, conocer mejor y convivir con los adolescentes. En relación a la realización de actividades, lo ven como una forma de dar apoyo y distraerse de sus otras ocupaciones, como oportunidad de aprendizaje, encuentran respuesta positiva en los adolescentes y como forma de mejorar sus propios conocimientos y los de los/as adolescentes en temas de salud sexual. Finalmente en referencia a la asesoría la ven como una oportunidad de compartir conocimientos, reconocen la dedicación e interés que muestran los/as adolescentes, y aluden a un sentimiento personal de ser útiles.

En relación a la participación de los adolescentes parece haber acuerdo en que esta hace que las actividades se ajusten más a sus intereses, se potencie su compromiso y responsabilidad y se logre un mayor impacto; sin embargo también para un número significativo del personal de salud (23%) tiende a aumentar la desorganización, y para un porcentaje todavía mayor (34%) las actividades tienden a disminuir en calidad y para 38% la competencia y rivalidad entre ellos acaba con el proyecto participativo, lo que muestra que todavía hay un sector del personal de salud que tiene prejuicios en relación a los procesos participativos con adolescentes.<sup>79</sup>

Siete personas, que representan el 26% del personal de salud que contestó el cuestionario, respondió a lo que sucedería si los adolescentes participaran más activamente en el diseño e implementación de las actividades del CARA, y el efecto más

---

<sup>79</sup> Ver gráfica IV.4, en el anexo de gráficos de personal de salud

esperado es que se aliviane el trabajo de todos, solo una persona señaló que aumentaría la demanda de servicios.<sup>80</sup>

Se necesita tender a la idea de que pueden integrarlos como socios de su quehacer y no sólo como “mano de obra” que aligera el trabajo, que por otro lado es real que es una de las preocupaciones centrales.

A través de los grupos focales encontramos que el personal considera que el equipo juvenil constituye un gran apoyo para el trabajo con adolescentes debido a que logran más cercanía y tienen un lenguaje más sencillo que les permite comunicarse más fácilmente y atraerlos hacia las actividades; pero ven como fundamental brindarles más capacitación para que adquieran la información y las habilidades para llevarlas a cabo.

A pesar de que el personal ve muchas ventajas de contar con adolescentes que los apoyen son conscientes de que hasta el momento no han logrado llegar a consolidar un trabajo de equipo en donde los/as adolescentes sean realmente socios en esta labor, donde la participación adolescente sea más activa, más autogestiva. Entre las razones que mencionan para explicar este fenómeno se identifican tres elementos fundamentales: apoyos, conocimientos y contexto.

En cuanto a los apoyos mencionan que el Programa IMSS Oportunidades los ha dotado de materiales y capacitación, pero muchas veces los materiales son insuficientes o sufren desgaste; además no se ajustan a las características de todas las comunidades, por ejemplo la lengua. No se cuenta con los recursos suficientes para comprar o desarrollar materiales. También mencionan la carencia de espacios y tiempo para revisar los manuales que les llegan, bajar la capacitación con calidad y unificar criterios para el trabajo y el uso de los materiales.

Respecto a los conocimientos mencionan que si bien es cierto que se les ha brindado capacitación y materiales con técnicas y estrategias de trabajo con adolescentes, requieren que la formación sea más constante tanto para ellos como para los/as integrantes de los equipos juveniles.

Finalmente en los aspectos contextuales que impiden este trabajo conjunto mencionan las condiciones de pobreza que llevan a la constante migración como un aspecto primordial que dificulta el seguimiento a los equipos juveniles, la constante rotación de personal de servicio social que entorpece la continuidad de las acciones, el exceso de actividades a su

---

<sup>80</sup> Ibid.

cargo que limita el tiempo que dedican al trabajo con adolescentes, la baja escolaridad y la diferencia del lenguaje en las comunidades que hablan otro idioma como una limitante en la comunicación, así como la falta de apoyo de padres y maestros. También hacen alusión a la beca Oportunidades como una limitante para integrar a quienes no la reciben porque la gente condiciona la participación a recibir el dinero.

Sin embargo, han echado mano de todos sus recursos para sortear en algún grado estas carencias, un factor fundamental ha sido la iniciativa y apertura del personal para involucrarse en el trabajo con adolescentes desde un lugar más humano compartiendo sus experiencias y abriendo canales de comunicación, solicitan el apoyo de organizaciones y autoridades locales, trabajan en la promoción de espacios de convivencia por ejemplo encuentros y la comunicación por radio y tratan en lo posible de conservar a sus líderes porque son conscientes de que facilitan la participación de otros adolescentes.

---

## VI. CONCLUSIONES

### Situaciones comunitarias

- Los adolescentes lograron hacer un diagnóstico de su realidad identificando las situaciones que les gustan y las que no en relación a los tres temas propuestos, sobre el que más hablaron es el de relaciones interpersonales, seguido por el de salud, y finalmente el de educación.
- En relación a la salud sus preocupaciones no se refieren específicamente a los temas relacionados con la salud sexual y reproductiva, sino en una esfera más general, que incluye la contaminación, las enfermedades crónicas, la infraestructura y el desabasto de medicamentos, entre otras.
- Por otra parte, ubican el alcoholismo como un problema fuerte que incide negativamente en la vida familiar y social, en tanto que determina problemas de violencia en las parejas, y pleitos entre vecinos.
- Para ellos los aspectos relacionados con el ambiente y su conservación son muy relevantes, lo que podría estar señalando un ámbito de acción muy cercano para ellos/as y positivo para su participación en sus comunidades.
- En relación a la educación, resalta su preocupación por tener una educación bilingüe que les de acceso a los bienes culturales y sociales que están disponibles, así es de gran importancia considerar las barreras lingüísticas que perciben en su interacción con el personal de salud y otros adolescentes.
- Sus percepciones sobre la interacción con otras personas muestra el enorme potencial que existe para actuar de manera positiva en su entorno, porque a pesar de las dificultades que perciben en las relaciones interpersonales, dan una importancia sustantiva a la participación, la organización comunitaria preexistente y a la posibilidad de hacer cosas por las personas y por la comunidad en general.
- Es importante resaltar que estos aspectos pueden llevar a una participación que excede los límites de la asistencia al CARA y de la participación en la preparación de las sesiones educativas.

## Liderazgo

- En las comunidades y entre los/as adolescente predomina un concepto de liderazgo del tipo carismático o gerencial, ambos muy relacionados con el ejercicio del poder tradicional.
- Los/as adolescentes son capaces de identificar formas de participar en los asuntos que les interesan y afectan su medio, este es un aspecto central del liderazgo porque es el reflejo claro de que está en marcha el proceso de empoderamiento.
- Se observó dificultad en los/as adolescentes para ubicarse como líderes en ambientes diferentes a lo doméstico, principalmente entre las mujeres, los/as monolingües y los/as más pequeños/as. Sin embargo los resultados del cuestionario muestran que se perciben con habilidades y capacidades que les permitirían integrarse como parte del equipo juvenil y realizar actividades en el CARA.
- Los comentarios de los/as adolescentes apuntan a que son la escuela y el CARA los ambientes que más los/as han aproximado al concepto y experiencia del liderazgo dentro de las comunidades.
- El personal médico representa un referente de liderazgo importante para los/as adolescentes.
- Los ejemplos sobre lo que los/as adolescentes consideran la función del equipo juvenil muestran que la conciben como una tarea de replicación de información y apoyo al interior de los CARA. Sería importante transformar esta visión por una que implique la participación más activa en la generación de ideas y la promoción de la Salud Sexual y Reproductiva en todos los ambientes donde se desenvuelven.
- Es importante destacar que un porcentaje muy pequeño de los participantes en los encuentros juveniles se identificó como miembro del equipo juvenil.
- Los/ animadores/as identifican tres necesidades básicas para ejercer su liderazgo: 1) Capacitación sobre los temas del CARA, 2) materiales didácticos y de papelería y 3) apoyo del personal de salud para convocar a la gente y para que los orienten sobre cómo dar las pláticas.

## Salud Sexual y Reproductiva

- Las actividades del CARA que más reconocen los adolescentes son las sesiones educativas (10-14 y 5-19 años) y los encuentros. Sin embargo falta información sobre módulos, encuentros tipo rally y julio mes del adolescente. Se identificó también que cerca de la mitad refiere que no existen sesiones para embarazadas.
- La escasa identificación de los adolescentes en cuanto a los servicios sugiere la importancia de reforzar las actividades de difusión.
- Los/as adolescentes identifican diez recursos disponibles en el CARA, si bien éstos pueden parecer elementales, su empleo de forma creativa puede llevar a obtener grandes beneficios. Es importante motivar a los/as adolescentes para que capitalicen los elementos que se les brindan.
- Si bien más de las tres cuartas partes del personal de salud refiere que los servicios propuestos en el cuestionario se ofrecen en sus comunidades, es necesario identificar las razones que ocasionan que no se estén llevando a cabo en el 100% de las comunidades.
- El médico/a, la enfermera y la madre son los personajes que prefieren los/as adolescentes para recibir información sobre relaciones sexuales. Si el tema requiere información más especializadas, como en el caso de ITS, los porcentajes se cargan hacia el personal de salud, lo que indica el reconocimiento y aceptación que tiene entre de los/as adolescentes.
- Lo anterior pone en evidencia la necesidad de fortalecer la percepción sobre los/as líderes juveniles como agentes confiables en temas de salud sexual y reproductiva, dado el foco de el proyecto “Formación de líderes adolescentes. Ampliación a escala”.
- Finalmente corroboran la influencia de los padres como educadores de la sexualidad y la necesidad de explotar este potencial a través de estrategias que los provean de conocimientos y herramientas.
- Respecto a los conocimientos en Salud Sexual y Reproductiva de los/as adolescentes los resultados muestran que menos de la mitad cuentan con la información en los temas de autocuidado, reproducción e ITS necesaria para evitar un embarazo no planeado o una infección sexualmente transmisible. El tema

sobre el que menos información tienen es el de erotismo; evidenciando la necesidad de fortalecer su formación desde una perspectiva sistémica de la sexualidad, en la que todos los elementos que la integran<sup>81</sup> tengan un peso importante en los contenidos que se revisan.

- Menos de la mitad de los/as adolescentes son capaces de elegir opciones de conducta que los coloquen en menor riesgo respecto a su SSR.
- Si bien el personal de salud mostró un nivel cercano a la tres cuartas partes en conocimientos sobre autocuidado, reproducción, erotismo, género, ITS y orientación, es recomendable buscar estrategias de capacitación que eleven este nivel al 100% dada la relevancia que tiene en la educación y promoción de la SSR.

### **Trabajo conjunto con personal de salud**

- Existe el reconocimiento de los adolescentes hacia las cualidades positivas del personal de salud, su compromiso y en general, al buen trato que les dan.
- El personal de salud ubica como positiva la posibilidad de trabajar con los adolescentes, incluso como un aspecto que les da un sentido personal de aportar y les permite descansar de otras acciones que deben realizar.
- Por lo que consideramos que las condiciones son favorables para avanzar en el trabajo conjunto entre personal de salud y adolescentes. Sin embargo, sigue siendo un reto ubicar los tiempos y espacios que hagan propicio el avance de este posible trabajo conjunto.
- Parece necesario avanzar en la capacitación del personal de salud para desarrollar habilidades de acompañamiento al proceso de participación, organización y gestión adolescente.

---

<sup>81</sup> Erotismo, reproducción, vínculos afectivos, género e identidades.

## VII. RECOMENDACIONES

- Aprovechar el interés que los/as adolescentes tienen por las situaciones que afectan sus comunidades a través de estrategias que incluyan planeación y acompañamiento en acciones concretas en la comunidad para que funjan como verdaderos enlaces entre las UMR/HR y la población.
- Si bien los/as adolescentes identifican formas de involucrarse en los asuntos que afectan sus vidas y se perciben con habilidades para ejercer el liderazgo, se requiere capacitarlos para reforzar su proceso de empoderamiento, sobre todo porque el concepto de liderazgo predominante en sus comunidades se relaciona con el ejercicio de poder tradicional, al que difícilmente podrían acceder si no se les brinda el apoyo y capacitación necesaria.
- Se identificó la necesidad de fortalecer la difusión de las actividades y servicios que se brindan en la UMR/HR, esta podría ser una de las primeras tareas que se asuman conjuntamente con los equipos juveniles, donde los adolescentes asuman un papel protagónico.
- Dado el reconocimiento que los adolescentes tienen del personal de salud, es importante fortalecer la adquisición y desarrollo de sus habilidades para el trabajo con los jóvenes, para que puedan ser continuos siendo modelos que favorezcan el aprendizaje del liderazgo entre los/as adolescentes.
- Dar respuesta a las necesidades de capacitación, materiales y asesoría planteadas por los/as animadores a través del diseño de herramientas y estrategias educativas dirigidas específicamente a ellos/as. Éstas deben enfocarse principalmente en aspectos metodológicos para el trabajo con grupos y comunitario y salud sexual y reproductiva desde una perspectiva integral.
- En el caso del personal de salud es necesario brindar herramientas muy concretas, tomando en cuenta la sobre carga de trabajo bajo la que operan cotidianamente, de manera que realmente les ayuden a facilitar y acompañar los procesos participativos con sus equipos juveniles.
- Sería trascendente contar con una muestra representativa para evaluar al personal de salud que participa en el Programa de manera que sea posible diferenciar las necesidades de formación por área y profesión, de manera que se fortalezca uniformemente la capacidad de quienes trabajan con adolescentes.

