



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CATEDRA MATERNO INFANTIL

# CREENCIAS DEL CONTROL GINECOLÓGICO EN ADOLESCENTES

## **AUTORES:**

Br. Benitez, Myrna  
Br. Bosich, Estefanía  
Br. Brun, Alexandra  
Br. Bustos, Mónica  
Br. Camejo, Verónica

## **TUTORES:**

Lic. Enf. Pérez, Mercedes

Facultad de Enfermería  
BIBLIOTECA  
Hospital de Clínicas  
Av. Italia s/n 3er. Piso  
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2008

## Índice

	Pág.
Lineamiento.....	1
Introducción.....	3
Justificación.....	6
Marco Teórico.....	10
Objetivos.....	39
Diseño Metodológico.....	40
Representación Gráfica.....	51
Análisis.....	83
Conclusión.....	100
Bibliografía.....	105
Anexos.....	108

**Lineamiento:** Derechos sexuales y reproductivos.

**Título:** Creencias del control ginecológico en adolescentes.

**Pregunta problema:** ¿Cuáles son las creencias del control ginecológico de un grupo de adolescentes en un liceo público, de la ciudad de Montevideo, el día 15 de Agosto del 2008?

***INTRODUCCIÓN***  
***Y***  
***JUSTIFICACIÓN***

## Introducción

El presente trabajo fue elaborado por un grupo de cinco estudiantes pertenecientes a la Facultad de Enfermería, realizando el trabajo final de investigación científica para culminar la Carrera de Licenciatura en Enfermería en la Cátedra correspondiente a Materno-Infantil, bajo la tutoría de la Directora de la misma, Licenciada en Enfermería, Mercedes Pérez.

Para la elección del tema a estudiar en primera instancia dentro de los lineamientos propuestos por la Cátedra, decidimos trabajar con los Derechos Sexuales y Reproductivos. Dentro de éste lineamiento y luego de una revisión bibliográfica extensa, nos propusimos investigar sobre "Creencias del control ginecológico de un grupo de adolescentes que se encuentran en la puerta de un liceo público, de la ciudad de Montevideo". (Ver Anexo N° I)

El estudio realizado es descriptivo de corte transversal, en el mismo nos planteamos como objetivo general; identificar las creencias del control ginecológico que poseen un grupo de adolescentes que se encuentran en la puerta de un liceo público, de la ciudad de Montevideo, el día 15 de Agosto de 2008. Como objetivos específicos; caracterizar a la población objetivo; conocer la cantidad de adolescentes que cuentan con control ginecológico; conocer el motivo del primer control ginecológico; identificar las creencias sobre el control ginecológico de grupo de adolescentes; identificar la fuente de información obtenida por las adolescentes sobre el control ginecológico y conocer como influyen las creencias en el control ginecológico.

La metodología de trabajo empleada para este estudio fue, realizar una revisión bibliográfica exhaustiva sobre el tema en estudio con la correspondiente elaboración del Marco Teórico, a partir del cual se establecieron las variables a estudiar, posteriormente se elaboró el instrumento de recolección de datos el mismo se planteó en forma de encuesta simple semi-abierta, cabe destacar que para la elaboración de la misma se utilizó un lenguaje accesible para las adolescentes. (Ver Anexo N°II)

Cabe destacar que la Cátedra Materno – Infantil, sugirió en un principio la Institución para realizar la investigación y luego por motivos protocolares de la

mima, nos vimos obligadas a recabar los datos, con los adolescentes que se encuentren en la puerta de un liceo público. De esta población se seleccionó una muestra de 25 adolescentes, mediante un muestreo no probabilístico, al azar, tomando como criterio de inclusión a todas las adolescentes que se encontrasen en la puerta de un liceo de la ciudad de Montevideo, en el horario de la tarde con edades comprendidas entre 15 y 17 años.

Para la recolección de los datos las 5 estudiantes de la Licenciatura en Enfermería, se reunieron en la puerta del liceo, el día 15 de Agosto del 2008, en el horario de la tarde, con el objetivo de captar a las 25 adolescentes de la muestra a las cuales se les aplicó el instrumento de recolección de datos (Encuesta), en forma voluntaria y anónima. El tiempo para completar la encuesta fue de aproximadamente 20 minutos, dando una prórroga de tiempo en caso de considerarlo necesario y aclarando posibles dudas.

Una vez obtenidos los resultados estos fueron resumidos en forma de tablas y su correspondiente representación gráfica, para posteriormente ser analizados confrontándolos con el Marco Teórico.

De los resultados obtenidos en esta investigación se puede concluir que las adolescentes tienen una actitud responsable en cuanto al cuidado de su salud sexual y reproductiva, contando con los controles ginecológicos correspondientes, las mismas están bien informadas acerca de su salud sexual y reproductiva e identifican a la familia como el principal agente promotor del cuidado de su salud, la misma ejerce un rol fundamental y es capaz de brindar sostén para que el adolescente mantenga el equilibrio, pero esa formación debe completarse desde el ámbito educativo-formal con una formación abierta, reflexiva y continua.

Enfermería podría trabajar mas desde el primer nivel de atención, en estrategias para acceder a esta población y de esta manera brindar información para la prevención y promoción en salud. Trabajando no solo desde el sector salud, sino también, desde centros educativos, laborales, religiosos, medios de información, comunidad y otras instituciones sociales comprometidas con el presente y futuro de los adolescentes. Teniendo en cuenta a la familia en el momento de educar y/o promover conductas saludables, transformando a la misma como agente promotor en salud.

Dentro de las dificultades que se nos presentaron en el transcurso de esta investigación, podemos mencionar que a la hora de recabar información sobre las creencias del control ginecológico de las adolescentes de nuestro país, no encontramos información ni estudios realizados en base a este tema, lo cual nos incentivó aun más a continuar con esta investigación.

En cuanto, a la metodología para la recolección de datos, en un principio nos planteamos aplicar el instrumento de recolección dentro de la Institución, pero al solicitar la autorización correspondiente con las autoridades del Liceo, nos encontramos con una serie de vicisitudes, por lo cual optamos por llevarlo a cabo en la puerta del mismo.

## Justificación

Los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos fundamentales, reconocidos y adoptados plenamente por el Estado Uruguayo a través de la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación hacia la Mujer (CEDAW, 1979) y las Conferencias de Naciones Unidas sobre: Derechos Humanos (Viena, 1993), Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y La Mujer (Beijing, 1995), donde se resalta que todas las personas tienen derecho a vivir su sexualidad y a decidir sobre su capacidad reproductiva sin sufrir discriminación por sexo, género, edad, raza, etnia, orientación sexual, estado civil, posición social, creencia ni ideología. Teniendo en cuenta que ésta temática cada vez toma mayor relevancia en nuestra sociedad, consideramos pertinente abordar estos derechos desde etapas tempranas del ciclo vital. Dado que el hombre aprende a vivir y a significar la sexualidad de distintos espacios y a lo largo de su existencia. Las instituciones de pertenencia, socialización y referencia (familia, escuela, servicios de salud, medios de comunicación, entre otros) cumplen un papel fundamental en la transmisión de valores, normas, permisos y prohibiciones con relación a la sexualidad y al vínculo con el cuerpo. La sexualidad es un proceso de construcción social y cultural, y es por tanto plausible de transformación. Nos enfocamos en la adolescencia dado que éste es un período formativo crucial que moldea la manera en como los adolescentes vivirán sus años adultos, no solo en relación con su salud sexual y reproductiva, sino también en su vida productiva, social y económica.

Como menciona el historiador uruguayo José Pedro Barran; la sexualidad al mismo tiempo que es omnipresente es negada por la sociedad. Es decir, se transmiten códigos, valores, normativas, permisos y prohibiciones a través del lenguaje velado, se evita hablar de ella en las familias, en las instituciones educativas pero al mismo tiempo está siempre presente. El no hablar sobre la sexualidad no significa que ésta no exista. Así como el dialogar sobre ella no habilita su práctica.

Estas son dos creencias muy arraigadas en nuestra cultura y que ofician de barreras a la hora de habilitar espacios de información y reflexión sobre distintos tópicos a ella relacionados.<sup>1</sup>

Considerando esta temática de gran importancia, competencia y responsabilidad para enfermería en sus tres áreas; asistencia, docencia e investigación. Es que previo al abordaje de la población asignada optamos por recabar datos estadísticos sobre la realidad actual de los adolescentes en nuestro país. Encontrando que las adolescentes y preadolescentes de entre 10 y 19 años representan el 16,5 % de la población total del país. Del total de mujeres en edad genital reproductiva activa el 16 % son menores a 20 años. Al mismo tiempo, el 15 % de los nacimientos en nuestro país provienen de la franja etarea comprendida entre los 15 y 19 años.<sup>2</sup> Esto evidencia que el debut sexual en las adolescentes ocurre en etapas tempranas y si esto es llevado a cabo con escasa o ninguna información sobre sexualidad, poca orientación sobre responsabilidad y seguridad sexual, esta población se verá enfrentada a riesgos graves para su salud como lo son; enfermedades de transmisión sexual (ETS), embarazos no deseados, abortos, entre otros. Sumándole a esto un escaso acceso a servicios de salud adecuados.

Partiendo de la población objetivo y luego de una revisión bibliográfica, optamos por realizar un estudio sobre las creencias de las adolescentes acerca del control ginecológico, lo que nos permitirá conocer las ideas de esta población, la importancia de una afirmación personal considerada como verdadera. Estas afirmaciones muchas veces son subconscientes y afectan la percepción que el Hombre tiene sobre sí mismo, de los demás, de las cosas y situaciones que lo rodean.

En lo que se refiere al control ginecológico consideramos de importancia indagar sobre aquellas creencias que ofician de "barreras" para que las adolescentes concurren a dichos controles.

---

<sup>1</sup> Alejandra López G. Material de Apoyo en Salud Sexual y Reproductiva con Enfoque de Género, 1ª Edición, Montevideo: Taller de Comunicación; 2002.

<sup>2</sup> Dra. María Rodríguez y Dr. Manuel Novoa. Atención Ginecológica y Obstétrica de la Paciente Adolescente. Uruguay; Vol. 18: 73 - 80.

Como menciona Leininger en su teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales, la cultura es el patrón y el modo de vida de las personas que influye sobre sus decisiones y acciones. Utiliza un enfoque etnológico, centrándose en el estudio y clasificación sistemática de las creencias, valores y prácticas de los cuidados de enfermería, tal y como estos son conocidos cognitivamente o subjetivamente por una determinada cultura, a través de su lenguaje, experiencias, creencias y sistemas de valores.

Cabe destacar que pese a una revisión bibliográfica extensa no se encontraron trabajos sobre las creencias de las adolescentes en cuanto al control ginecológico en el Uruguay, lo que significó un incentivo más para realizar esta investigación. Dado que desde el punto de vista de enfermería es importante conocer el sistema de creencias y valores para fomentar la promoción de la salud sexual y reproductiva de forma responsable, segura y sin riesgo. De manera que las adolescentes sean protagonistas de su autocuidado, desarrollando conductas protectoras de salud, programando estrategias para mejorar la calidad de atención y promover el control ginecológico en esta población.

Es por esto que consideramos que todo el equipo de salud debe estar preparado para asumir el compromiso de responder a las demandas de las adolescentes, aclarando dudas y brindando información. Basándose en los actuales programas de atención a este grupo de población.

Consideramos que el hecho de que exista una alta incidencia de la consulta ginecológica y obstétrica de la adolescente representa un desafío para el equipo interdisciplinario, lo cual nos incentivó a realizar esta investigación.

Dado que "la salud es necesaria para la realización personal, pero la salud sexual y reproductiva es necesaria también para la realización de las parejas, las familias y las comunidades".

# ***MARCO TEÓRICO***

## Marco Teórico

Desde sus comienzos el Hombre elabora creencias con la intención de explicar el mundo desde sus orígenes y fundamentos, siendo la creencia un sentimiento de certeza sobre el significado de algo. Es una afirmación personal que se considera verdadera.

En muchos casos es subconsciente, afecta a la percepción que el hombre tiene de si mismo, de los demás, de las cosas y situaciones que lo rodean.

Generalmente se tiende a pensar que las creencias son universalmente ciertas y se espera que los demás las compartan. Sin percibir que el sistema de creencias y valores es algo exclusivamente personal y en muchos casos muy diferentes del de los demás.

No se vive la realidad en si, sino una elaboración mental de la misma.

A través de este sistema de creencias y valores se da significado y coherencia al modelo de mundo. Cuestionar una creencia puede desestabilizar todo el sistema, al afectar a aquellas otras que se derivan o están relacionadas con ella. Esta es la razón por la que el hombre es muy reacio a modificar algunas de sus creencias.

Las creencias se forman a partir de ideas que se confirman o creen confirmar a través de experiencias personales.

Cuando una creencia se instala de forma sólida y consistente, la mente elimina o no tiene en cuenta las experiencias que no se relacionan con ella. Son una fuerza muy poderosa dentro de la conducta humana. Todas las personas poseen creencias que ofician como recursos y también creencias que los limitan, están fuertemente arraigados en la subjetividad y tienen efectos concretos en las prácticas cotidianas de la vida. Es así que las creencias pueden moldear, influir e incluso determinar el grado de inteligencia, de salud, creatividad y forma de relacionarse, entre otras.<sup>3</sup>

Se considera al hombre un ser biopsicosocial, en relación con su medio, caracterizado por ser transformador de la realidad objetiva, siendo un ser histórico que elabora conocimientos sobre si mismo y sobre la realidad; y que

---

<sup>3</sup> <http://www.gemart.galeon.com/creencias> (acceso abril 2008)

se expresa a través de sus necesidades, que emergen de lo social y psicobiológico.<sup>4</sup>

Este se organiza formando agrupaciones que son denominadas comunidades, las cuales se perciben como una unidad social, cuyos miembros participan de algún rasgo, interés, elemento, objetivo o función común, con conciencia de pertenencia, situados en una determinada área geográfica (o no) en la cual la pluralidad de personas interacciona más intensamente entre si que en otro contexto.<sup>5</sup>

Dentro de las diferentes comunidades se encuentra una forma de agrupación llamada familia, esta unión se establece por lazos matrimoniales de sangre o adopción, que constituyen un solo hogar, es decir que viven bajo el mismo techo y que ocupan la misma vivienda constituyendo así una unidad económica y social.<sup>6</sup>

"...La familia se puede considerar como una especie de unidad de intercambio.

Los valores que se intercambian son el amor y los bienes materiales. Estos valores fluyen en todas direcciones dentro de una esfera familiar." (Ackerman)<sup>7</sup>

La familia es una influencia importante en las actitudes y conductas sexuales de los adolescentes. Los adolescentes que crecen en familias con ambos padres suelen iniciar sus relaciones sexuales más tarde, usar anticonceptivos más conscientemente y evitar la paternidad adolescente en comparación con aquellos adolescentes que crecen en familias con otras estructuras. La relación con los padres y el monitoreo de los mismos son de vital influencia. Aquellos adolescentes que tienen una relación estrecha con los padres, caracterizada por lazos afectivos fuertes, actividades compartidas y comunicación abierta y fluida sobre sexualidad, tienen menos conductas sexuales de riesgo.<sup>8</sup>

Es importante conocer como el hombre se desarrolla en las diferentes sociedades, ya que el proceso Salud-Enfermedad es un producto social y por lo tanto se modifica según el momento histórico y cultural.

---

<sup>4</sup> "Observación no publicada". Facultad de Enfermería. Plan de estudio 93.

<sup>5</sup> Ander Egg.

<sup>6</sup> Winch. 1981.

<sup>7</sup> Dr. Enrique Dulanto. Familia y Adolescencia. En: Dr. Enrique Dulanto. El adolescente. I Edición. Mexico: Mc Graw-Hill Interamericana, 2000

<sup>8</sup> Dra. M. Penzo, Dra. F. Rava, Dra. M. Maddaleno, Embarazo en la Adolescencia; Las evidencias sobre intervenciones para disminuirlo. OPS- Centro Latino Americano de Perinatología.

La salud es un derecho inalienable del hombre, que debe estar asegurada por el estado a través de políticas eficaces, con la participación de la población y del equipo de salud, fomentando la Prevención, como forma de disminuir la incidencia de una enfermedad y reduciendo los riesgos de esta así como también promoviendo el autocuidado.<sup>9</sup>

"La Atención Primaria de Salud (APS) es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas, socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autoresponsabilidad y de autodeterminación." <sup>10</sup>

Considerando a la Enfermera como el profesional responsable que posee los conocimientos y habilidades técnicas, así como la actitud apropiada para brindar atención a través de un proceso integral, humano, continuo, interpersonal, educativo y terapéutico en los diferentes niveles de atención.

Encontrando que en el primer nivel de atención la enfermera desarrolla el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) en la comunidad así como a nivel individual; atendiendo a los individuos en los lugares donde viven, donde trabajan, donde estudian, donde se relacionan y formando parte de un equipo interdisciplinario que trabaja en coordinación con otras instituciones y sectores realizando las funciones de asistencia, docencia e investigación, fortaleciendo las capacidades de participación y creación de los propios involucrados.<sup>11</sup>

Así como mencionaba Dorotea Elizabeth Orem en 1958, que los individuos necesitan la ayuda de enfermería y pueden ser ayudados a través de ella, fomentando el autocuidado "es una actividad del individuo aprendida por éste y orientada hacia un objetivo. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia si mismo y hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud o bienestar".<sup>12</sup>

---

<sup>9</sup> "Observación no Publicada". Facultad de Enfermería. Plan de estudios 93.

<sup>10</sup> Mazzon Salvat, Enfermería Comunitaria III. Series de Manuales de Enfermería. Ediciones científicas y técnicas Mazzon Salvat. España 1993.p. 239-277.

<sup>11</sup> "Observación no Publicada". Definición de Enfermería Comunitaria. Según Cátedra de Comunitaria. Facultad de Enfermería.

<sup>12</sup> Dorotea E. Orem, Modelo de Orem, Conceptos de Enfermería en la práctica, 1ª Edición, Barcelona, Ediciones científicas y técnicas, 1993.

Marriner-Tomey, Modelos y Teorías en enfermería, 3ª Edición, España: Mosby/ Doyma libros.

Una de las formas de fomentar el autocuidado es a través de la Educación para Salud transmitiendo conocimientos relativos a la salud individual o colectiva teniendo como objetivo hacer al sujeto activo y responsable en todos los procesos, ya sean de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación o reinserción, relacionados tanto con su salud, la de su familia y comunidad.

El objetivo fundamental de la educación para la salud es incrementar en la población la cultura de la salud.<sup>13</sup>

Leininger desarrolló su teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales basándose en la creencia de que las personas de diferentes culturas podían informar y determinar mejor el tipo de cuidados que desean o necesitan recibir de sus cuidadores profesionales. Debido a que la cultura es el patrón y el modo de vida de las personas que influye sobre sus decisiones y acciones. Los cuidados culturales constituyen la teoría de enfermería más ampliamente holística debido a que toman en consideración la totalidad de la vida humana y su existencia a lo largo del tiempo, incluyendo la estructura social, la visión del mundo, los valores culturales, los contextos ambientales, las expresiones lingüísticas y los sistemas populares y profesionales. Todos ellos constituyen las bases críticas y esenciales para descubrir los conocimientos sobre los cuidados como esencia de la enfermería y para practicar una enfermería terapéutica. Utiliza un enfoque etnológico, centrándose en el estudio y clasificación sistemática de las creencias, valores y práctica de los cuidados de enfermería, tal y como estos son conocidos cognitivamente o subjetivamente por una determinada cultura, a través de su lenguaje, experiencias, creencias y sistema de valores.

La Enfermería según Leininger, "es un arte humanístico aprendido y una ciencia que se centra en las conductas de asistencia personalizadas (individuales o de grupos), sus funciones y los procesos dirigidos a la promoción y mantenimiento de las conductas sanitarias o la recuperación de la enfermedad, y que tiene una significación o un significado físico, psicocultural y social para los que son atendidos, generalmente por un enfermero/a profesional u otra persona con competencias similares".<sup>14</sup>

---

<sup>13</sup> L. Mazarrasa, Educación para la Salud en Atención Primaria, 1989, P. 109-122.

<sup>14</sup> Marriner-Tomey, Modelos y Teorías en Enfermería, 3ª Edición, España: Mosby/ Doyma libros.

Enfermería brinda una atención integral, lo cual supone el desarrollo de acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación dirigidas a las personas y al ambiente, con el objetivo de elevar la calidad de vida, controlar los riesgos, reparar los daños producidos, actuando en todo momento con una orientación preventiva.

Conocer el nivel de salud, sirve para poder actuar adecuadamente frente a un sistema determinado. Los elementos, económicos, políticos y sociales interactúan influyendo en el proceso Salud-Enfermedad dentro del proceso de producción de la vida.

Se reconocen como Necesidades Humanas Fundamentales (NHF), la subsistencia, protección, afecto, entendimiento, libertad, ocio, creación, participación e identidad, siendo estas universales y la no satisfacción de una de ellas afecta la satisfacción de las demás. Todas las personas tienen las mismas NHF, lo que varía son las formas de satisfacerlas, según la persona, la sociedad, el entorno, el estilo de vida y la oferta del mercado o bienes disponibles.

La salud sexual y reproductiva es un eje central en la salud y vida de las personas y es un campo de investigación y de intervención socio-educativa, trascendente a la hora de diseñar políticas dirigidas a favorecer el desarrollo pleno e integral de la comunidad, en especial de las mujeres y de las/os adolescentes.

Las Conferencias Internacionales de Naciones Unidas sobre Población (Teherán, 1968; Bucarest, 1974; México 1984) y especialmente la más reciente realizada en el Cairo en 1994, dan cuenta del proceso internacional de debate en torno a los temas de población y derecho de las personas en cuanto a la regulación de su fecundidad. La salud sexual y reproductiva encuentra en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo un hito fundamental. La misma señala nuevos rumbos y significa fundamentalmente un cambio de paradigmas en relación a los temas de población. Introduce el concepto de salud reproductiva y derechos reproductivos de las personas como un derecho humano, y se descentran los asuntos de población de la dimensión exclusivamente demográfica para introducirlo en el campo de la salud, la educación y los derechos.

---

A partir del Cairo, las políticas de población estarán en su concepción asociadas al desarrollo de políticas intersectoriales con eje en la salud reproductiva y los derechos reproductivos. La salud reproductiva será entendida en términos de derechos de las personas a:

- Decidir sobre el número y espaciamiento de hijos/as.
- Acceder a métodos anticonceptivos seguros, accesibles y de calidad.
- Acceder a servicios de salud reproductivos, integrales y de calidad.
- Acceder a información adecuada sobre el cuerpo, sus funciones y procesos reproductivos, que permita la toma de decisiones, el autoconocimiento y el autocuidado.

Una perspectiva integral en salud sexual y reproductiva implica que el sujeto sea considerado en su multidimensionalidad en tanto sujeto psíquico, social y cultural. Implica considerar su condición de género, clase social, edad y etnia, promoviendo el respeto a sus derechos, la no discriminación y la equidad. Partimos de un modelo de atención integral a la salud que implica reconocer esa multidimensionalidad (biológica, psicosocial, política, económica, socio cultural, geográfico). Un modelo que toma en cuenta las diferencias de género, clase, edad y etnia, y que coloca a la persona en el centro, como protagonista de su propio cuidado, de su propia salud. Por tanto, este será un modelo que reconoce la salud como un derecho humano básico.

La promoción de la salud sexual y reproductiva de la población, y el desarrollo de su capacidad para ejercer el derecho en este terreno, es un proceso que se construye a lo largo de la vida. Porque las necesidades y demandas son específicas según el momento, condiciones y circunstancias de cada persona.

15

Encontrando a la adolescencia como el periodo de la vida en que niños y niñas se transforman en adultos. Esta es considerada una etapa crítica en el desarrollo biopsicosocial del ser humano, en la que ocurren una serie de cambios biológicos, psíquicos, sociales que transforman al niño en un individuo maduro en sus aspectos físicos, sexual, emocional y psicosocial (OMS, 1965). La adolescencia en términos cronológicos, es la etapa de la vida que transcurre entre los 10 y 20 años, coincidiendo su inicio con los cambios

---

<sup>15</sup> Alejandra López G., Material de Apoyo en Salud Sexual y Reproductiva con Enfoque de Género, 1ª Edición, Montevideo: Taller de Comunicación; 2002.

puberales, y su termino con la culminación del crecimiento y desarrollo morfológico (OMS, 1965). En base a estos cambios es que se divide en diferentes etapas, entre las que se encuentran:

La adolescencia media (14 a 17 años), se caracteriza por el logro de la estabilización e integración de lo corporal, afectivo, cognitivo, social y el desarrollo moral.

En cuanto al desarrollo biológico, luego del crecimiento corporal y del surgimiento de las funciones hormonales, el proceso de maduración biológica establece las formas corporales y el funcionamiento psicosexual de la vida adulta.

El desarrollo social de los y las adolescentes se caracteriza por desarrollar la capacidad de comprender el mundo y a las personas en relación a las pautas culturales que ofrece la sociedad.

Con respecto al desarrollo moral, los jóvenes logran elaborar y apropiarse de un sistema de valores, aumentando su capacidad de asumir nuevas responsabilidades; desarrollan la capacidad de perspectiva frente a situaciones de dilemas morales, lo que les permite lograr una reflexión crítica frente a situaciones vividas.

El hecho central en esta etapa lo define el distanciamiento afectivo de la familia y el acercamiento al grupo de amigos/as. Ello implica un quiebre importante en el clima familiar y en las pautas de relaciones entre padres e hijos. Esta es la forma que necesitan los y las adolescentes para lograr una identidad propia, distinta de su grupo familiar, lo cual los lleva a adoptar actitudes y conductas que muchas veces difieren sustancialmente de las normas y costumbres familiares. Por ello se visten, hablan y opinan diferente de su grupo familiar, especialmente de sus padres, pasando a manifestar una lealtad y sintonía exagerada con su grupo de pares. Las pandillas y grupos de amigos/as pasan a formar una subcultura cerrada que hace que los padres se sientan completamente excluidos, ya sea por el lenguaje incomprensible, la moda que usan, la música que escuchan, o los rituales y costumbres que adoptan.

Esta separación se ve tensionada por el cuestionamiento que hacen los hijos e hijas adolescentes a las normas y reglas que los adultos han colocado en la convivencia familiar. También pueden llegar a la descalificación de sus padres, lo cual hace muy dolorosa la separación.

El enfrentamiento con el mundo adulto, representado en los padres, surge como un paso necesario que le asegura al adolescente poder romper con su vida de niño/a y alcanzar la autonomía que le permita ingresar al mundo de los mayores. Hasta ahora los padres habían jugado el papel de figuras de autoridad.

Los adolescentes necesitan romper los lazos de afecto y dependencia que los unen a sus progenitores, aun si los padres siguen siendo las personas que más quieren y en quienes más confían. Curiosamente, una forma que ayuda a vivir esta separación es el sentimiento de rabia. Al hijo/a le es más fácil separarse de sus padres sintiendo rabia frente a lo que ellos le dicen o hacen, pudiendo de este modo manifestar su malestar y su crítica frente a ellos. Los padres, a su vez, sienten rabia frente a este hijo o hija que ya no les hace caso, que rompe con todas las normas establecidas y que tiene conductas desafiantes como son la vestimenta, la música, el vocabulario, entre otras. Una reacción común en los adultos es tratar de recuperar la autoridad imponiendo su voluntad a través del control exagerado de su conducta.

Durante esta etapa el adolescente se siente atraído por vivir experiencias nuevas. Busca constantemente nuevos desafíos y sensaciones, especialmente aquellas que de alguna manera logran quebrar con el mundo adulto y con lo establecido. De este modo, algunos de ellos pueden verse fácilmente involucrados en experiencias de drogas, sexo precoz, consumo de alcohol, entre otros.

Otra tarea importante de esta etapa del desarrollo tiene que ver con el encuentro con el sexo opuesto. La búsqueda de otro/a y el encuentro con la pareja atraviesa por distintas etapas.

En la adolescencia final o fase juvenil, se consolidan los procesos de logro de la identidad personal y social. La identidad personal en este periodo, pasa a fusionarse con la capacidad de intimidad: saber que se es amado y que se ama, poder compartir el yo y el mundo con otra persona esta capacidad de intimidad solo aparece después de tener una razonable confianza en si mismo y en la propia capacidad de funcionar de forma autónoma e independiente.

El logro de las tareas propias del periodo de la adolescencia, que ponen fin a esta etapa de la vida, se caracterizan por; el logro de una identidad coherente y constante en el tiempo; la capacidad de desarrollar la intimidad, dando origen a

relaciones afectivas maduras, estables y con proyección en el tiempo; se logra el sentido de integridad y coherencia entre su marco valórico y las decisiones que toma en su vida; así como la independencia psicológica respecto de los grupos sociales que le rodean: familia, amistades, entre otros, lo que le permite tomar decisiones de manera autónoma y asumir responsablemente las tareas y desafíos que se le presentan en los distintos ámbitos de su vida; otra de las características de esta etapa es el logro de la independencia física y económica, lo que le permite independizarse materialmente de su núcleo familiar y emprender una vida propia.<sup>16</sup>

La actividad sexual temprana en la adolescencia es una conducta normal y se enmarca en el ejercicio de los derechos reproductivos de los adolescentes; por lo tanto, la orientación que se desprende de ello consiste en informar y facilitar el acceso de los adolescentes a los métodos anticonceptivos que les permitan tener relaciones sexuales protegidas.

La población adolescente y juvenil tiene necesidades y demandas específicas en cuanto a la salud sexual y reproductiva, pero a su vez esta población no es homogénea, sino que existen diferencias relacionadas con su pertenencia a un sector socio económico, con su ser mujer o varón, con su raza entre otras categorías posibles. El proceso de la adolescencia supone el pasaje de mayores grados de dependencia a mayores grados de autonomía. Dependencia y autonomía que son del orden afectivo, sexual, social y económico. Para la construcción de mayores grados de autonomía en sus diferentes dimensiones es necesario crear condiciones habilitantes y posibilitantes de este proceso. Es por ello que el campo de la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes constituye un asunto de primera índole en el desarrollo pleno de las personas y comunidades.<sup>17</sup>

Para que los derechos y libertades que tienen todos los niños y adolescentes del mundo tuvieran la fuerza de una ley internacional obligatoria, fue necesario crear un documento que los reconociera como principios universales.

Fue así como en 1989 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la llamada Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), que representa el

---

<sup>16</sup> Alfredo Pérez S, Ginecología, Adolescencia Desarrollo Afectivo y Sexual, 3ª Edición, Mediterráneo, 2003.

<sup>17</sup> Alejandra López G., Material de Apoyo en Salud Sexual y Reproductiva con Enfoque de Género, 1ª Edición, Montevideo: Taller de Comunicación; 2002.

consenso de las diferentes culturas y sistemas jurídicos de la humanidad en los aspectos esenciales de la infancia y la adolescencia.

Desde entonces, la CDN ha sido como un faro para guiar la transformación de la vida de los niños, niñas y adolescentes en todo el planeta.

La CDN es un compendio de 54 artículos y se le considera excepcional en su amplitud porque por primera vez, se reúnen en un mismo documento todos los derechos (civiles, políticos, económicos, sociales y culturales) de los menores de 18 años. A pesar de su diversidad, unos no pesan más que otros sino que son todos esenciales y complementarios entre sí.

De esta manera los y las adolescentes tienen el derecho a una vida sexual y reproductiva placentera e informada, al acceso a servicios y educación en sexualidad y salud reproductiva de calidad y a métodos anticonceptivos accesibles que permitan el desarrollo de su vida en tanto seres sexuados. Significa así mismo la generación de condiciones que permitan su crecimiento pleno, el desarrollo de sus potencialidades y su construcción en tanto sujetos autónomos.<sup>18</sup>

No todo lo que hace a la sexualidad se puede incluir en la categoría de salud, si bien la definición de salud sexual que resulta de la Conferencia del Cairo en 1994, a significado un importante paso al plantear que la salud sexual contribuye "al mejoramiento de la vida y las relaciones personales, y no sólo atención y cuidados referidos a la reproducción y a las enfermedades sexualmente transmitidas; la sexualidad abarca elementos relacionados al deseo, las prácticas sexuales y la comunicación que están por fuera de las políticas sanitarias.

La sexualidad es una dimensión constitutiva del ser humano. Todas las personas somos sujetos sexuados y nos construimos como sujetos sexuales a lo largo de las trayectorias de vida. Concebir al ser humano en su integralidad implica de manera insoslayable incluir la dimensión de ser un sujeto sexuado y sexual.

Cuando hablamos de sexualidad nos referimos al conjunto de prácticas (sexuales) y a las significaciones imaginarias a ellas asociadas. Es decir, la sexualidad se construye en un contexto histórico y social determinado.

---

<sup>18</sup> Oliver Quima I, La Convención en tus Manos, Los Derechos de la Infancia y la Adolescencia, Montevideo-Uruguay: UNICEF Uruguay; 2004.

Estamos afirmando que aprendemos a vivir y a significar, nuestra sexualidad desde distintos espacios y a lo largo de nuestra existencia. Las instituciones de pertenencia, socialización y referencia (familia, escuela, servicios de salud, medios de comunicación, entre otros) cumplen un papel fundamental en la transmisión de valores, normas, permisos y prohibiciones con relación a la sexualidad y al vínculo con el cuerpo, estos valores difieren para mujeres y varones. La sexualidad es un proceso de construcción social y cultural, y es por tanto plausible de transformación. También a nivel individual la manera en como las personas viven su sexualidad se construye a lo largo de la vida. No se nace con una concepción sobre la sexualidad, sino que se aprende en la vida, la mayoría de las veces este saber sexual es un saber no reflexionado por las personas y esta determinado por creencias fuertemente arraigadas. Esto significa que desde niños/as las personas reciben una serie de mensajes explícitos e implícitos, verbales y actitudinales respecto a la sexualidad y el cuerpo.

Desde niños y niñas se aprende lo bueno y lo malo, lo feo y lo lindo, lo pulcro y lo sucio, con relación al cuerpo y la sexualidad. Por tanto, la sexualidad se ubica en un cruce de caminos entre lo íntimo-personal y lo público-social. Tiene una expresión individual y diversa según cada persona, refiere a una práctica singular y privada, pero al mismo tiempo es producto (y productora) de una sociedad y sus valores sexuales en un tiempo histórico determinado.

Los aprendizajes integrados difieren según la persona sea varón o mujer, porque las sociedades han construido mensajes y valores diferentes para la sexualidad, son distintos los permisos y las prohibiciones, y son distintas las expectativas sociales respecto a la sexualidad de las mujeres y de los varones. Integrar el análisis de los significados de la sexualidad, los aportes provenientes de la perspectiva de género se torna ineludible. Cabe destacar que el género es una categoría que permite analizar la construcción de las diferentes culturas entre hombres y mujeres a partir de la diferencia biológica. Es decir, una categoría social impuesta sobre un cuerpo sexuado, "el género, es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y es una forma primaria de relaciones significantes de poder". En cada contexto histórico y cultural se construyen modelos hegemónicos de masculinidad y feminidad.

La doble moral sexual refiere precisamente a la desigualdad valoracional social que se le asigna a la sexualidad de varones y mujeres. A modo de ejemplo, no es lo mismo ser un "hombre público" que ser una "mujer pública"; el análisis de los estereotipos y los modelos hegemónicos respecto a la sexualidad "femenina" y a la sexualidad "masculina" son un elemento central cuando se trabaja en este campo.

Tener conciencia y reconocer que las personas tienen un saber que deviene de sus experiencias de vida, y que este saber está atravesado por los modelos hegemónicos de género, es fundamental a la hora de instrumentar abordajes socio-educativos y de promoción en salud sexual y reproductiva. Y también lo es a la hora de promover el ejercicio de los derechos sexuales como derechos humanos.

"Los Derechos Sexuales y Reproductivos deben, orientar, propiciar y proteger las comprensiones y prácticas responsables, libres e informadas de los individuos, siendo universalmente aceptadas al contextualizarse bajo el principio de equidad en las relaciones entre hombres y mujeres, de manera de que puedan cumplir eficaz y eficientemente un papel de garantía y beneficio simbólico y práctico para ambos y para cada uno de los miembros de una pareja".

#### Derechos Sexuales

- Ejercicio autónomo de la sexualidad, gozada con o sin finalidad coital, de acuerdo con las propias preferencias y con protección legal para no sufrir discriminación de ningún tipo.
- Tener una sexualidad placentera y recreacional independiente de la reproducción.
- Contar con información y conocimiento adecuado y suficiente acerca de la sexualidad y la reproducción.
- Derecho al amor, la sensualidad y el erotismo. A buscar afecto y relaciones sexuales.
- Acceder a una educación sexual oportuna, integral, laica, gradual, científica y con enfoque de género.
- Derecho a no tener actividad sexual.

- Estar libres de temor, vergüenza, culpas, creencias impuestas, u otras formas que inhiban la sexualidad de la persona o menoscaben sus relaciones sexuales.
- Elegir con quien relacionarse sexualmente y poder ejercer la sexualidad sin coerción ni violencia.
- Contar desde niños/as con la nutrición necesaria para el adecuado crecimiento y desarrollo integral del cuerpo y su futuro potencial sexual y reproductivo.
- Derecho a que las políticas públicas de educación promuevan desde la infancia la valoración de la sexualidad como un aspecto importante de la vida, que debe vivirse en forma placentera sin temores ni culpas.
- Derecho a acceder a servicios de salud sexual de calidad y con enfoque de género, que incluyan la prevención y tratamiento de Infecciones y Enfermedades de Transmisión Sexual en especial el HIV-SIDA.

#### Derechos Reproductivos

- Contar con información y conocimientos adecuados y suficientes acerca de la sexualidad y la reproducción.
- Contar desde niños/as con la nutrición necesaria para el adecuado crecimiento y desarrollo integral del cuerpo y su futuro potencial reproductivo.
- Derecho a la maternidad/paternidad voluntaria, decidida y vivida por propia elección y no por obligación.
- Recibir plena información acerca de los beneficios, riesgos y efectividad de todos los métodos anticonceptivos y la prevención de embarazos no planeados.
- Tener acceso y poder usar anticonceptivos gratuitos o de bajo costo con información actualizada seguimiento y con la garantía de que quienes los prescriben, respondan por sus efectos.
- Derecho a optar por contraer matrimonio o no y a formar y planear una familia.
- Derecho a tener hijos o no tenerlos.

- Derecho a decidir cuándo tenerlos.
- Derecho a servicios de salud gratuitos de calidad que faciliten el cuidado integral de la gestación, el parto, el post parto y la crianza, acompañados por legislaciones apropiadas.
- Derecho de hombres y mujeres a participar con iguales responsabilidades en la crianza de niños/as, asumiendo una educación que construya identidades propias mas allá de los roles de género establecidos.
- Contar con efectiva protección legal y jurídica frente a la violencia sexual.
- Derecho a la adopción y a tratamientos para la infertilidad de tipo integral, accesible y razonable.
- Derecho a la prevención y tratamiento de enfermedades del aparato reproductivo.
- Derecho a información objetiva y actualizada sobre metodologías anticonceptivas, métodos de esterilización masculina y femenina, intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos que intervengan en la salud sexual y reproductiva de mujeres y hombres, que permita la toma de decisiones informadas.

El historiador uruguayo José Pedro Barrán menciona; que la sexualidad al mismo tiempo que es omnipresente es negada por la sociedad. Es decir, se transmiten códigos, valores, normativas, permisos y prohibiciones a través del lenguaje velado, se evita hablar sobre ella en las familias, en las instituciones educativas pero al mismo tiempo esta siempre presente. El no hablar sobre la sexualidad no significa que esta no exista. Así como el dialogar sobre ella no habilita su práctica. Estas son dos creencias muy arraigadas en nuestra cultura y que ofician de barreras muy importantes a la hora de habilitar espacios de información y reflexión sobre distintos tópicos a ella relacionados.

Así, nuestra cultura a privilegiado y valorado positivamente lo fines reproductivos de la sexualidad frente a los fines eróticos y placenteros. Y ha construido un conjunto de creencias en relación al cuerpo, al placer sexual y la

reproducción. Creencias que tienen una alta eficacia simbólica en la determinación de cómo las personas vivimos (pensamos, sentimos y ejercemos) la sexualidad propia y de los otros/as.

Una de ellas refiere a homologar sexualidad y genitalidad, como si ambos términos significaran lo mismo. La genitalidad es una expresión de la sexualidad pero no la única posible. La postulación de la existencia de una sexualidad infantil por S. Freud a comienzos del siglo XX cuestionó la idea aceptada de que la sexualidad perteneciera exclusivamente al mundo adulto y cuestionó también la idea de que la zona genital fuese la única zona erógena y placentera del cuerpo. Las prácticas sexuales pueden o no tener finalidad coital, y la búsqueda del placer sexual puede o no incluir la genitalidad, dependerá de cada persona y de cada vínculo.

Como se mencionó anteriormente uno de los derechos sexuales de las mujeres hace mención a: "acceder a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad y con enfoque de género que incluyan la prevención, la detección oportuna y el tratamiento de las afecciones del aparato genital, en especial el cáncer genito-mamario y las infecciones y Enfermedades de Transmisión Sexual".<sup>19</sup>

Existen distintas etapas en la vida madurativa de la mujer, y acordes con las mismas la ginecología debe controlar, informar, prevenir y tratar situaciones que comprometan su salud.

La adolescencia es un difícil período y se caracteriza por la resistencia a estos controles, durante este período pueden presentarse alteraciones del desarrollo, de los caracteres sexuales y trastornos funcionales del ciclo (irregularidades menstruales), estos últimos son bastante frecuentes.

El examen ginecológico constituye una parte crucial en el examen físico de toda adolescente. Es un evento de gran significado psicológico y por lo tanto el primer examen de este tipo puede sensibilizar a la paciente en forma positiva o negativa para los exámenes posteriores. Es por ello que se considera una buena práctica que el pediatra no omita en el examen físico durante la niñez, la inspección del área genital, de manera que cuando la paciente llegue a la adolescencia acepte más fácilmente la necesidad de este procedimiento.

---

<sup>19</sup> -Alejandra López G., Material de Apoyo en Salud Sexual y Reproductiva con Enfoque de Género, 1ª Edición, Montevideo: Taller de Comunicación; 2002.

- El género masculino y femenino en el embarazo en la Adolescente, 2000, Vol 2 ( 2):46-47.

Según la American Collage of Obstetricians and Gynecologists toda mujer debe realizarse el examen ginecológico y colpocitología oncológica a partir de los 18 años o desde que comience a mantener relaciones sexuales, y repetirlo anualmente. Esta recomendación es para las adolescentes que no presentan trastornos en su desarrollo.<sup>20</sup>

El examen ginecológico comprende: el examen general, el examen ginecológico propiamente dicho y el examen pélvico.

En el examen general se procura detectar la presencia de signos asociados con la patológica genital, para lo cual es necesario:

- Determinar la constitución física de la adolescente, así como su estado nutricional, estatura, grado de maduración sexual (utilizando los estadios de Tanner), aparición de vello axilar, presencia de hirsutismo, acné, facies y otros aspectos.
- Examinar las mamas, lo que es importante en la evaluación de la adolescente, la aparición del botón mamario, a partir de los ocho años de edad puede ser la primera manifestación del inicio de la pubertad.

El crecimiento de las mamas puede ser lento y asimétrico, lo que no indica necesariamente un problema patológico, y que por tratarse de una zona muy relacionada con la sexualidad emergente en la púber no es enfocada por ella por pudor o vergüenza. El profesional de la salud debe discutir estas inquietudes e instruir a la paciente en el autoexamen de las mamas, sugiriendo que lo efectúe mensualmente al finalizar el período menstrual. Así la adolescente se familiarizará con el desarrollo de sus mamas y podrá detectar cualquier anormalidad de las mismas.

---

<sup>20</sup> Dra. María Rodríguez y Dr. Manuel Novoa. Atención Ginecológica y Obstétrica de la Paciente Adolescente. Uruguay; 18: 73 - 80.

El examen ginecológico propiamente dicho consiste en colocar a la paciente en la posición de litotomía; se recomienda que la vejiga este vacía. Dicho examen comprende:

- Inspección, percusión, auscultación y palpación del abdomen, en búsqueda de tumoración en relación con la esfera genital (embarazo, hematócolpos, tumor del ovario), así como para detectar zonas dolorosas.
- Inspección o palpación de la región inguinal para detectar hernias o adenopatías.
- Observación del vello pubiano para determinar el estadio de Tanner correspondiente, distribución del vello pubiano y lesiones de la piel en la zona genital.
- Inspección de los genitales externos, con evaluación del área vulvar y periné.
- Observación del clítoris, que normalmente se presenta como una protuberancia cubierta por un capucho, debajo del cual se puede acumular esmegma: después de la menarca puede no estar recubierto por este capucho.

El clítoris es de color rosado pálido, es muy sensible a la palpación, hecho que debe tenerse en cuenta para no incomodar a la paciente.

Los labios mayores y menores deben ser palpados cuidadosamente para detectar la presencia de nódulos, quistes o lesiones dérmicas. Algunas veces puede existir una diferencia en el tamaño de los labios menores, que les da un aspecto asimétrico, lo que resulta molesto para algunas adolescentes.

El examen ginecológico también comprende la inspección del orificio uretral, para descubrir la presencia de carúnculas, eversión o prolapso, tumoración y secreciones.

Las glándulas parauretrales, que se encuentran a ambos lados de la uretra, pueden ser palpadas por presión digital a través de la pared anterior de la vagina, ya que normalmente no son visibles. Cualquier cambio que se observe en estas glándulas puede ser evidencia de una infección previa.

Las glándulas de Bartholin, son dos y están situadas en las partes laterales y posteriores de la vagina, a un centímetro de su entrada, secretan un líquido untuoso, filamentoso e incoloro que tiene por objeto lubricar la mucosa genital.

Normalmente no son visibles ni palpables, pero su tamaño y aspecto pueden sufrir variaciones a causa de procesos inflamatorios, infecciosos o tumorales.

El himen es el repliegue membranoso que ocluye en parte el orificio inferior de la vagina. Presenta numerosas variaciones (himen semilunar o falciforme, himen anular o circular, himen labiado o bilabiado).

En la adolescente, el himen y la mucosa vaginal se presentan engrosados y tienen un color rosado pálido por efecto estrogénico, en contraste con los de la prepuber, en la que tienen una aparición más delgada y un color más intenso.

En cuanto al examen pélvico en la adolescente virgen con himen intacto este se limitará generalmente a la exploración manual o bimanual, a la medida del canal vaginal (vaginometría) y a la toma de una muestra. En la adolescente virgen que tiene el orificio del himen amplio y acepta la exploración se procederá utilizando un espéculo.

El cuello del útero se inspecciona en búsqueda de evidencia de infección, secreción, erosión o anomalías congénitas. En muchas adolescentes se puede apreciar un área eritematosa alrededor del orificio cervical; este ectropión cervical se debe a la presencia de epitelio columnar endocervical normal.

Después del examen visual de la vagina y el cuello del útero, se procede a la palpación bimanual del útero y anexos. También se puede realizar un examen recto-vagino-abdominal.

Durante el examen del cuello del útero se determina su tamaño, posición, consistencia, contorno y movilidad.

El útero en la joven nulípara es pequeño, de forma alargada, liso y simétrico. Durante el examen se debe precisar el tamaño, posición, forma, sensibilidad y movilidad del útero.

Los anexos comprenden ligamentos: las trompas de Falopio y los ovarios. El tamaño normal de los ovarios es inferior a 3 cm. Si se aprecia un tamaño superior al indicado, se debe examinar nuevamente a la paciente después del comienzo de la próxima menstruación. Esto ayuda al diagnóstico diferencial de los quistes funcionales y de otro tipo de tumores, ya que los primeros hacen regresión con el comienzo de la menstruación. El hallazgo de ovarios de tamaño mayor a 5 cm requiere una exploración más detallada.

El examen rectovaginal debe ser incluido en el examen pélvico rutinario.<sup>21</sup>

En cuanto a la comunicación del equipo de salud con el usuario adolescente en la consulta ginecológica, cabe destacar que pese a una revisión bibliográfica extensa no se encontraron trabajos que mencionen el rol de enfermería en dicha área.

Para trabajar con esta población es importante participar en el tratamiento de los problemas particulares, emocionales y del comportamiento. Para esto es necesario un genuino interés por el adolescente como persona y la capacidad de sentirse cómodo con él.

En la visita del adolescente al consultorio, siempre que sea posible el médico debe reunirse con el paciente y sus padres; es una presentación social que ofrece la oportunidad de observar las interacciones de la familia y el acuerdo o desacuerdo respecto a la queja principal del paciente. Permite además al médico determinar la base de su trabajo y le da la oportunidad de dejar sentada la confidencialidad.

En la entrevista con el adolescente, es frecuente que se omitan el trastorno y la ansiedad, que pueden causar la visita a la consulta. Dicha ansiedad puede ser particularmente grande en el paciente adolescente, dada su situación única en cuanto al desarrollo, es necesario crear un ambiente que facilite a la comunicación, lo cual constituye una de las razones principales por las que, después de la entrevista con los padres y el paciente juntos es esencial ver al adolescente solo. Una vez a solas con el paciente el médico puede preguntarle si hay algo que le preocupa, lo que generalmente le da la oportunidad al joven de expresar sus inquietudes al mismo tiempo que le permite al médico demostrar su interés por la persona. A continuación el médico puede hacer preguntas relacionadas con la vida personal del adolescente. Con este incentivo, la mayoría de los jóvenes responderán fácil y honestamente. Cuanto más hable el paciente, más provechosa será la entrevista; en la práctica de medicina del adolescente el silencio solo está indicado cuando hay que dar la oportunidad al paciente para que reflexione sobre algo. Para mantener activa la comunicación y alentar una respuesta plena, el médico debe usar algunas técnicas específicas; como ser, la distribución física del consultorio lo que

---

<sup>21</sup> Enriqueta Silco. Examen ginecológico en la adolescente. OPS, La Salud del Adolescente y el Joven de las Américas, publicación científica 489; 1985.p.101-106.

ayuda entre otras cosas a fomentar el diálogo, se recomienda que el médico pueda sentarse al lado del paciente y no detrás de un escritorio con el fin de no intimidarlo, al denotar autoridad.

Es importante convencer al paciente de que la conversación será estrictamente confidencial, a no ser que éste de su autorización para que el médico le informe a los padres el resultado de la misma. Se debe explicar también que las situaciones que pongan en peligro al paciente o a otras personas no se consideraran asuntos confidenciales.

Cabe destacar que la aprobación o desaprobación de otros adquiere una importancia crítica por la que el médico debe tener especial cuidado al evaluar la situación del desarrollo de un adolescente y estar atento a los signos y señales verbales y no verbales que puede comunicar durante el examen.

El examen físico ofrece la oportunidad para evaluar la actitud del adolescente respecto de su propio cuerpo, ya sea que tenga que ver con determinada enfermedad o sea cosa de rutina. Debe tenerse en cuenta también que el intercambio de comunicación verbal no termina cuando comienza el examen físico, ya que durante éste se puede obtener información importante del paciente. El adolescente debe estar alentado a comentar sobre su aspecto y apariencia, a mencionar cualquier diferencia que observe entre su persona y la de otros, y a describir como le gustaría verse cuando haya crecido. Preguntando a los pacientes como se sienten respecto a su estatura, peso, fuerza y aspecto, así como en cuanto a sus características sexuales secundarias.

Durante el examen físico se debe tratar de mitigar la preocupación del adolescente permitiéndole que se refiera a cualquier tipo de ansiedad que sienta respecto a su desarrollo físico y sexual. Es necesario contestar todas sus preguntas en forma directa y sincera teniendo en cuenta cualquier preocupación.

Es importante brindarle al adolescente la oportunidad de hacerse escuchar y recibir luego una explicación del razonamiento del médico. Se le ofrecerá un modelo de relación de adulto a adulto.

Se debe tener en cuenta que mientras el médico hace la evaluación del paciente, éste también esta haciendo la evaluación del médico, ya que los adolescentes pueden ser tan hábiles en detectar la ansiedad y modales del

**Facultad de Enfermería**

**BIBLIOTECA**

**Hospital de Clínicas  
Av. Italia s/n 3er. Piso  
Montevideo, Uruguay**

29

médico como éste espera serlo en la evaluación del adolescente. Los pacientes son rápidos para juzgar si el médico está dispuesto o no para aceptarlos tal como son; mas aun pondrán a prueba al médico una y otra vez. Algunos pacientes tienden a desconfiar del médico y considerarlo como adversario; mientras otros los idealizan.<sup>22</sup>

El cuidado de la salud sexual y reproductiva en las mujeres es un elemento central para el desarrollo de una vida plena. Habitualmente las mujeres postergan la consulta ginecológica como instancia de prevención y de detección de afecciones ginecológicas, que diagnosticadas y tratadas oportunamente no comprometerían su integridad física y emocional. Existen barreras de diferentes tipos para el acceso de las mujeres a la consulta preventiva ginecológica. Se considera que la accesibilidad se refiere a las características del recurso que facilitan o impiden la utilización del mismo por parte de sus potenciales usuarios.<sup>23</sup> Las barreras económicas refieren a las dificultades de accesibilidad económica relativas al costo de los servicios, de los tratamientos, a la no cobertura en salud, a la dificultad para cubrir los costos de traslados, entre otros. Las barreras funcionales refieren a las formas de organización de los servicios (horarios limitados de la consulta, tiempo de espera, tiempo entre entrega de número y efectivización de la consulta, y también a la calidad de atención que se brinda que obstaculiza (cuando ésta no es lo suficientemente buena) que las mujeres retornen a la consulta. Otro tipo de barreras encontradas son las psico sociales y culturales que inhiben y/o limitan el acceso a la consulta. Estas barreras tienen una alta eficacia en tanto refieren a la subjetividad de las mujeres. Entre las barreras mencionadas se destacan como las más influyentes:

- La postergación personal de las mujeres en el cuidado de su propia salud: mientras las mujeres tienen disponibilidad interna para conocer, detectar y cuidar de las necesidades de atención de quienes las rodean (en especial de su familia), no existe un correlato en lo que respecta a sus propias necesidades de atención en salud. Las mujeres son un pilar en el sistema doméstico de la salud, pero la mayoría de las veces esto se produce sobre el costo de la postergación personal.

---

<sup>22</sup> Tomas J. Silber. La comunicación con el paciente adolescente. OPS, La Salud del Adolescente y el Joven de las Américas, publicación científica 489; 1985.p.39-43.

- El temor a ser maltratadas en la consulta: las mujeres temen ser "rezongadas" por el ginecólogo por su actitud de "abandono" frente a sus asuntos de salud. Esta fantasía tiene su anclaje no solo en la culpa que la mujer siente por no atenderse a sí misma, sino también en la actitud de muchos profesionales que refuerzan esa culpa mediante críticas y "advertencias" frente a la postergación en la atención de su salud por parte de la mujer.

- El desconocimiento de su cuerpo y genitales: habitualmente las mujeres desconocen su propio cuerpo, y en especial sus genitales. Esta conlleva a no relevar como importantes algunos síntomas que pueden presentarse, y que de contar con elementos acerca de sus posibles causas y consecuencias permitiría que la mujer actuara con mayor conciencia de los riesgos de no consultar.

- El temor al juicio por su vida sexual y sus opciones reproductivas: la consulta ginecológica integra (o debería integrar) aspectos relativos a la vida sexual y las decisiones reproductivas de las mujeres, a los efectos de una orientación médica mas adecuada a las circunstancias de vida de cada persona en particular. Esto implica dialogar con la usuaria sobre aspectos referidos a su actividad sexual, a su trayectoria reproductiva, a sus proyectos, a sus circunstancias actuales de vida. Las mujeres temen ser juzgadas por el profesional y no sienten la confianza suficiente para exponer estos aspectos en el marco de la consulta.

Así mismo, la mayoría de las veces los profesionales de la salud no están entrenados para integrar estos elementos en la consulta, en un marco de respeto a los derechos de las personas, y cuando lo hacen muchas veces es desde sus propias valoraciones y moral sexual.

- La creencia que la inactividad sexual favorece la no emergencia de problemas de salud reproductiva, y que la consulta ginecológica sólo tiene sentido cuando la mujer desea embarazarse o está embarazada: estas creencias frecuentemente ofician de barrera. Por un lado, el creer que mientras no se mantiene actividad sexual se esta "libre" de contraer afecciones en el aparato genital y que por tanto la consulta no tiene mayor sentido. Por otro lado, la creencia que la consulta ginecológica adquiere real sentido cuando la mujer esta embarazada (y por tanto concurre para el

---

<sup>23</sup> G.E. Alan Dever. Epidemiología y Administración de Servicios de Salud. OPS/OMS,

control del embarazo, habitualmente "por el bien del bebe") o cuando desea embarazarse y por tanto es importante que su cuerpo y sus genitales estén preparados para ese acontecimiento.

Las dificultades para entender el lenguaje técnico y el temor a preguntar genera que las mujeres habitualmente sientan que el profesional no habla un lenguaje comprensivo y claro, y temen preguntar lo que no entienden y/o lo que necesitan saber, por temor a que la respuesta del profesional refuerce su "ignorancia" frente a estos asuntos. Esto genera que la usuaria no retorne a la consulta en tanto siente que la misma no responde a sus inquietudes y necesidades, y que las mismas son "impertinentes" o "inoportunas" para el profesional. Éste muchas veces refuerza (con su actitud de mostrarse "molesto" frente a las preguntas de la usuaria) el sentimiento antes mencionado en la mujer que consulta.

- El temor frente al examen ginecológico: este temor se traduce en miedo al dolor, vergüenza, pudor. El mismo se ve reforzado cuando el profesional no explica a la usuaria las características del examen, o cuando el servicio no cuenta con condiciones de privacidad para que la usuaria se prepare para el examen (biombo, sábanas para cubrirse, entre otras) sintiendo que debe desnudarse frente a otro.

Para la atención de la población adolescente es necesario la creación y /o adecuación de espacios sustentables, apropiados y accesibles que atiendan la salud de las y los adolescentes cumpliendo con los estándares para servicios de calidad de la OMS los cuales se encuentran implícitos dentro del Programa Nacional de Salud Adolescente:

- Accesibilidad geográfica, cultural, administrativa con turnos asegurados.
- Sala de espera con sanitarios accesibles y limpios.
- Dos consultorios mínimos, separados y funcionando en horarios
- Materiales y tecnología apropiados para realizar las intervenciones básicas.

Insumos como medicamentos, preservativos, anticonceptivos incluyendo los de emergencia, folletería, cartelera y otros. Se asegurara la accesibilidad a la mas amplia información en el área de una sexualidad saludable y a métodos anticonceptivos a todos y todas las adolescentes.<sup>24</sup>

---

1991, p.223-235.

<sup>24</sup> Susana Grunbaum, Programa Nacional de Salud Adolescente, Montevideo: MSP; 2007.

Otros de los aspectos fundamentales a tener en cuenta en la población adolescente son determinados factores que favorecen la accesibilidad a los Servicios de Salud, como ser; minimizar los requisitos de acceso, mediante facilidades, como por ejemplo; que no tengan que pedir cita previa, o que no se les exija permiso de los padres. Disponer de un horario especial para jóvenes; compatible con su horario escolar o laboral y que no coincida con el horario de los adultos o niños. Así como; posibilitar distintos tipo de atención; telefónica u atención directa. Realizar actividades de difusión del servicio; en los Centros Educativos o en los lugares de encuentro de los jóvenes. Realizar actividades de captación activa. Prestando, además atención multidisciplinaria.

Desde nuestra disciplina contamos con la Consulta de Enfermería siendo ésta una actividad independiente, que consiste en el encuentro entre la enfermera y el usuario, en donde la aplicación del proceso de atención de enfermería es fundamental para brindar una atención calificada.

La consulta de enfermería surge como una red puesta a la necesidad de ampliar la oferta de servicios a toda la población, abarcando tanto el seguimiento, desarrollo y cuidado del niño y adolescente.

Puede realizarse en un espacio físico definido dentro del Centro de Salud, en la comunidad a un grupo de individuos, donde la enfermera debe tener conocimientos clínicos, teóricos que la capaciten para participar activamente en la identificación y resolución de necesidades de salud en la comunidad. Con destreza, técnicas y procedimientos propios de la profesión de enfermería.

La consulta de enfermería se lleva a cabo en los tres niveles de atención;

Nivel primario: promoción, mantenimiento y atención de la salud, prevención de enfermedades tanto desde una perspectiva asistencial como pedagógica, detectando así posibles factores de riesgo y brindando la información más oportuna para evitar los peligros que pueden amenazar la salud de un individuo, una familia o una comunidad.

Llegar a la concientización acerca de la importancia de la salud y sobre todo de la responsabilidad individual, familiar y de la comunidad para conservar un óptimo bienestar físico, psicológico y social.

En la atención infantil el nivel primario es de gran importancia, ya que toda atención resolutoria que mantenga al niño en su hogar tiene menos impacto emocional y distorsiona menos la dinámica familiar, siendo la hospitalización un

evento que debe evitarse siempre que se pueda, y de ser necesaria que su duración sea lo mas breve posible.

Nivel secundario: corresponde a la intervención asistencial de enfermería ante un problema de salud preestablecido, apuntando a la prevención del agravamiento de la patología, y a la reducción de posibles complicaciones.

Nivel terciario: corresponde a la intervención de enfermería ante un problema de salud de mayor complejidad que el nivel secundario dirigido a la rehabilitación física y la reinserción social del individuo.

En cuanto a la consulta de enfermería la misma, cuenta con las siguientes características; el ser Humana dado que intenta orientar y apoyar en la satisfacción de las necesidades humanas. La relación que se establece en esta instancia de encuentro es fundamental para obtener resultados positivos. Así mismo es Personal, ya que el encuentro es una instancia muy particular, donde se enfrentan cara a cara la enfermera y el usuario, allí no hay intermediarios y la capacidad de la enfermera para llevar adelante la atención es importante. La consulta contribuye a elevar la calidad de la asistencia; si consideramos que las dos características anteriores son necesarias y pilares fundamentales de la atención.

La misma aporta a la atención en equipo; siendo una actividad que en coordinación con la que realiza el resto, logra visualizar al individuo como un todo y dirigir la atención a realizar y es una actividad relevante en el primer nivel de atención; es fundamental dado que la enfermera es el eslabón principal en la atención, teniendo un rol decisivo en el tratamiento del usuario en las coordinaciones ínter e intra sectoriales.

En la consulta de enfermería existe una modalidad llamada consulta programada, la misma va entazada al concepto de "programa de salud" y ésta se define como: un conjunto organizado, coherente e integrado de actividades y servicios destinados a alcanzar objetivos concretos y previamente definidos de salud, en una población determinada y con una evaluación realizada en un período concreto. Esta evaluación debe servir para una nueva formulación de los objetivos y actividades.

Una consulta programada puede incluir actividades de distintos tipos: de promoción de salud y prevención de la enfermedad, como son las actividades de educación para la salud tanto individuales como grupales, las de vacunación

y las de diagnóstico precoz. De curación y rehabilitación, como son las revisiones periódicas de seguimiento de patologías crónicas o la educación para la salud destinada a reforzar el autocuidado que serán las más habituales en el ámbito de las consultas de enfermería y de participación comunitaria, entre las que se podrán incluir la creación y el seguimiento de grupos de autoayuda de pacientes con patologías crónicas.

Otra de las modalidades de la consulta es la que se realiza a demanda, en ella se identifican diferentes estrategias, como lo son; orientar los servicios hacia la mejora de la salud, incrementar la receptividad de la organización a las demandas de los usuarios, conseguir mayor eficiencia y efectividad a partir de la interrelación entre los usuarios y los profesionales y asegurar la equidad y la solidaridad mediante el ejercicio de las funciones normativas, políticas y reguladoras.

Una consulta a demanda es aquella que se efectúa a petición del paciente o usuario por propia iniciativa, solicitando la prestación de cuidados enfermeros, sin que sea consecuencia de una cita concertada de antemano.

Es necesaria la existencia de este espacio, de la consulta, donde recibir al usuario en el Centro de Salud, de forma espontánea o bien derivado por otro profesional que considere necesaria la intervención de enfermería, teniendo en cuenta las siguientes premisas a la hora de estructurarla; efectividad, accesibilidad, flexibilidad, capacidad de resolución y velocidad de respuesta, protocolización de la actividad, competencia profesional, búsqueda de satisfacción del paciente, así como ética.

La consulta de enfermería es una instancia fundamental para trabajar con las mujeres, en la identificación y reconocimiento de las barreras que operan inhibiendo y/o limitando el acceso al cuidado de su salud. Entender las razones que obstaculizan el autocuidado en salud es un paso fundamental para el cambio de actitud de la mujer frente a la consulta ginecológica preventiva, como un componente central de la salud sexual y reproductiva.

El control ginecológico anual es un requisito inflexible en la actualidad.

Su importancia primordial consiste en:

- Determinar el estado de salud de la mujer, informarla sobre su funcionamiento ovárico, la importancia del autoexamen mamario, el riesgo de contraer ETS y como prevenirlas, dar pautas de procreación razonable, de periodos apropiados entre partos, de amamantamiento, de métodos anticonceptivos adecuados a las distintas edades de la mujer, educación sexual, entre otros.

- La detección precoz de lesiones y/o modificaciones que inicialmente pueden ser asintomáticas, las patologías del cuello uterino, simplemente tratables o las lesiones mamarias no palpables y que libradas a su evolución natural pueden transformarse en complicaciones mayores y/o malignas.

- La insistencia para que se realicen estos controles se basa en las estadísticas ya que el cáncer femenino más frecuente es el de mama (en medios urbanos), le sigue el de cuello uterino (relación que se invierte en medios rurales), y luego el cáncer de endometrio (cuerpo uterino), ovario y con menor frecuencia el de vulva.

A través de esta rutina de controles ginecológicos, es posible detectar alteraciones mínimas, asintomáticas y no palpables las que aun siendo benignas y fácilmente tratables pueden transformarse en un cáncer.

Por ello, es fundamental sensibilizar a las mujeres de la importancia y del derecho que les asiste de contar con una consulta ginecológica de calidad, de su derecho a exigir respuestas comprensibles y un examen ginecológico completo, y de su derecho a ser considerada integralmente en tanto persona y no como un órgano (mujer-útero). Así como el tratamiento oportuno de la pareja, a fin de evitar la reinfección.<sup>25</sup>

Para alcanzar los objetivos de nuestra investigación utilizamos como instrumento metodológico el cuestionario, éste es uno de los más utilizados para la recolección de datos. Consiste en un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir.

Cumple una función de enlace entre los objetivos de la investigación y la realidad de la población observada.

---

<sup>25</sup> Alejandra López G., *Materia de Apoyo en Salud Sexual y Reproductiva con Enfoque de Género*, 1ª Edición, Montevideo: Taller de Comunicación; 2002.

Por ello, las condiciones fundamentales que debe reunir, dependen de la investigación y de la población. <sup>26</sup>

---

<sup>26</sup> "Observación no publicada": Mag, Graciela Antelo F, Mag. Daniella Repetto, Introducción a la Investigación Aplicada, Montevideo-Uruguay: CALEN; 2003.

**OBJETIVOS**  
**Y**  
**DISEÑO**  
**METODOLÓGICO**

### **Objetivo general:**

Identificar las creencias del control ginecológico que poseen un grupo de adolescentes que se encuentran en la puerta de un liceo público, de la ciudad de Montevideo, el día 15 de Agosto del 2008.

### **Objetivos específicos:**

- Caracterizar a la población objetivo.
- Conocer la cantidad de adolescentes que cuentan con control ginecológico.
- Conocer el motivo del primer control ginecológico.
- Identificar las creencias sobre el control ginecológico de un grupo de adolescentes.
- Identificar la fuente de información obtenida por las adolescentes sobre el control ginecológico.
- Conocer como influyen las creencias en el control ginecológico.

## **Diseño Metodológico**

**Tipo de estudio:** Estudio descriptivo, donde se busca la observación y registro objetivo de los hechos en relación a las creencias en la población estudiada. Según periodo y frecuencia del estudio es de tipo transversal, pues se realiza un corte en tiempo analizando las variables en forma simultánea en determinado momento.

### **Variables**

#### **- Edad**

Definición Conceptual: Período de vida desde el nacimiento hasta el momento actual.

Definición Operativa: Edad en años.

Escala: - 15 años.

- 16 años.

- 17 años.

#### **- Accesibilidad geográfica al centro de salud de referencia**

Definición Conceptual: Distancia en cuadras desde el hogar hasta el Centro de Salud de referencia.

Definición Operativa: Número de cuadras desde el hogar hasta el Centro de Salud de referencia.

Escala: - Menos de 1 cuadra.

- 11a 20 cuadras.

- 21a 30 cuadras.

- Más de 30 cuadras.

- No sabe.

**- Cobertura asistencial**

Definición Conceptual: Grado en el cual los servicios prestados por un programa de asistencia sanitaria cubren las necesidades de los usuarios.

Definición Operativa: Tipo de Cobertura Asistencial.

Escala: - Público.

- Privado.

- No tiene.

**- Conocimiento de los trámites administrativos para acceder a la consulta ginecológica.**

Definición Conceptual: Maneja información sobre los trámites administrativos a seguir para acceder a la consulta.

Definición Operativa: Sabe que trámites administrativos debe realizar para acceder a la consulta.

Escala: - SI

- NO

**- Accesibilidad en cuanto a las barreras funcionales que condiciona el acceso al centro de salud.**

Definición Conceptual: Características de la estructura y funcionamiento del centro de salud que facilitan o impiden el acceso al mismo.

Definición Operativa: Percepción subjetiva de las características de la estructura y funcionamiento del centro de salud que facilitan o impiden el acceso al mismo.

Escala: - Tiempo entre que saca número para la consulta y se efectiviza la misma.

- Tiempo previo a la consulta en la sala de espera.

- Tiempo dedicado por el ginecólogo en la consulta.

- Tiempo y forma en que se brinda la información.

- Atención brindada por el persona de la salud.

- Horario de atención.

- **Accesibilidad en cuanto a las condiciones ambientales del centro de salud que condiciona el acceso al mismo.**

Definición Conceptual: Características de las condiciones ambientales del centro de salud que facilitan o impiden el acceso al mismo.

Definición Operativa: Percepción subjetiva de las condiciones ambientales del centro de salud que facilitan o impiden el acceso al mismo.

Escala: - El Centro de Salud cuenta con un lugar físico adecuado y confortable donde el paciente puede esperar para ser atendido.

- El lugar físico donde se lleva a cabo la consulta es confortable y cuenta con la privacidad necesaria.

- **Accesibilidad en cuanto a la comunicación con el personal del centro de salud que condiciona el acceso al mismo.**

Definición Conceptual: Características del lenguaje del personal del centro de salud que facilitan o impiden el acceso al mismo.

Definición Operativa: Percepción subjetiva del lenguaje del personal del centro de salud que facilitan o impiden el acceso al mismo.

Escala: - Claro

- Poco claro
- Confusa

- **Fuentes de Información**

Definición Conceptual: Medios a través de los cuales se adquieren nuevos conocimientos.

Definición Operativa: Tipos de Medios para la adquisición de conocimientos.

Escala: - Familia.

- Amigos.
- Medios de comunicación (folletos, tv, internet, libros).
- Personal de la Salud.
- En el Liceo.
- Otros.

### **- Apoyo familiar en relación al control de salud**

**Definición Conceptual:** Sentimiento subjetivo de contención, sostén y protección que le brinda la familia.

**Definición Operativa:** Manifiesta que con quienes vive lo apoyan y estimulan en el control de su Salud.

**Escala:** - Si.

- No.

- No sabe.

### **- Creencia sobre la consulta ginecológica**

**Definición Conceptual:** Valoración subjetiva del significado del control ginecológico.

**Definición Operativa:** Que cree que es el control ginecológico en adolescentes.

**Escala:** - Es la instancia en la que se concurre al ginecólogo exclusivamente ante la presencia de una patología ginecológica y/o eventual embarazo.

- Es la instancia donde el ginecólogo realiza únicamente un examen específico de los órganos genitales.

- Es la instancia en la que la adolescente concurre únicamente para solicitar métodos anticonceptivos.

- Es una instancia de prevención de enfermedades como cáncer de mama, Cáncer de cuello uterino, enfermedades de transmisión sexual, entre otras.

- Es una instancia donde el ginecólogo realiza un interrogatorio, un examen físico general, un examen ginecológico y examen pélvico y además brinda información sobre métodos anticonceptivos aclarando posibles dudas que tenga el adolescente.

- Otros

**- Creencia sobre la acción del ginecólogo en la consulta ginecológica**

Definición Conceptual: Valoración subjetiva de las actividades que realiza el ginecólogo en la consulta ginecológica.

Definición Operativa: Que cree que hace el ginecólogo en la consulta ginecológica.

Escala: - Examina solamente los órganos genitales.

- Realiza un examen físico general y de los órganos genitales.
- Realiza únicamente un interrogatorio médico, sin examinar órganos genitales, los cuales son examinados sólo en mujeres mayores de edad.
- Realiza un interrogatorio completo, un examen físico general y de los órganos genitales.
- Es el que prescribe métodos anticonceptivos
- Realiza un examen físico igual al que realiza el pediatra.
- Es el especialista que realiza el Papanicolaou y examen de mamas a todas las adolescentes que concurren a la consulta.
- Otras.

**- Control ginecológico por primera vez**

Definición Conceptual: Inicio del control ginecológico.

Definición Operativa: Momento en el que se inicia el control ginecológico por primera vez.

Escala: - Antes de la menarca .

- Después de la menarca.
- Antes de la primera relación sexual.
- Después de la primera relación sexual.
- Ante la sospecha de un embarazo.
- Ante la sospecha de patologías.
- Otras.

**- Concurrencia al control ginecológico en el último año**

Definición Conceptual: Acción de concurrir al control ginecológico en el último año.

Definición Operativa: Frecuencia del control ginecológico en el último año.

Escala: - Hace menos de 6 meses.

- Hace más de 6 meses.

- No ha concurrido.

**- Motivado**

Definición Conceptual: Persona que incentivó a la consulta ginecológica.

Definición Operativa: Quien la incentivó a la consulta ginecológica.

Escala: - Familia.

- Amigos.

- Medios de Comunicación (folletos, tv, internet, libros).

- Personal de Salud.

- Por motivación propia.

- Ninguno.

- Otros.

**- Derivado**

Definición Conceptual: Personal de la Salud que aconsejó la consulta ginecológica.

Definición Operativa: Quien aconsejó a la consulta ginecológica.

Escala: - Médico/a.

- Enfermera/o.

- Otro personal de la salud.

- Ninguno.

**- Causa del control ginecológico**

Definición Conceptual: Motivo que originó el control ginecológico.

Definición Operativa: Motivo que originó el control ginecológico.

Escala: - Información sobre métodos anticonceptivos.

- Embarazo.
- Patologías.
- Otras.

**- Presencia de acompañante en el primer control ginecológico**

Definición Conceptual: Persona que acompañó al primer control ginecológico.

Definición Operativa: Quien la acompañó al primer control ginecológico.

Escala: - Madre o padre.

- Otro familiar.
- Pareja.
- Amiga/o.
- Sola.

**- Causa/s de la no concurrencia al control ginecológico**

Definición Conceptual: Motivo por el cual no concurre al control ginecológico.

Definición Operativa: Factores que impiden la concurrencia al control ginecológico.

Escala: - Por miedo ¿a qué?

- Por falta de información sobre los servicios que brinda el Centro de Salud, así como también horario y funcionamiento del mismo.
- Por la distancia al centro de salud.
- Por que las veces que ha concurrido al Centro de Salud no se le brindó la información en forma clara.
- Por que cuando consultó al ginecólogo no se le dió una respuesta clara a sus necesidades y/o no se le solucionó el problema por el cual consultó.
- Por los horarios de atención al público para solicitar fecha para la consulta.
- Por que esta desconforme con la calidad de atención del personal del

Centro de Salud.

- Por que en instancias anteriores no sintió seguridad y confianza con el ginecólogo que la atendió.
- Por que al Centro de Salud al que concurre no cuenta con ginecólogas mujeres.
- Por la espera prolongada para ser atendida.
- Por la incomodidad de tener que compartir la sala de espera con los adultos y niños.
- Por el gasto económico que le genera concurrir a la consulta ginecológica.
- Otras.

#### **- Temor al control ginecológico**

Definición Conceptual: Presunción que insita a rehusar las cosas que considera dañosas o arriesgadas con respecto al control ginecológico.

Definición Operativa: Temores en relación al control ginecológico.

Escala: - Temor a ser maltratadas.

- Temor a ser rezongadas (por su actitud de abandono frente a su salud y por desconocer su propio cuerpo).
- Temor por los prejuicios relacionados a su vida sexual.
- Temor a no entender el lenguaje técnico del profesional y a sentirse ignorante.
- Temor a sentir pudor por desnudarse frente a otro.
- Temor a no contar con la privacidad adecuada.
- Temor a sentir dolor durante el examen ginecológico.
- Temor a ser atendido por un ginecólogo hombre.
- Otros.

## **Población de estudio**

**Universo:** Adolescentes de 15 a 17 años, de sexo femenino, que se encontraban en la puerta de un liceo público de la ciudad de Montevideo en el horario de la tarde, el día 15 de Agosto del 2008.

**Muestra:** 25 adolescentes de sexo femenino de 15 a 17 años, que se encontraban en la puerta de un liceo público de la ciudad de Montevideo en el horario de la tarde, a los que se les realizó una encuesta el día 15 de Agosto del 2008.

**Criterios de Inclusión:** Todas las adolescentes que se encontraban en la puerta de un liceo público de la ciudad de Montevideo, en el horario de la tarde con edades comprendidas entre 15 y 17 años.

**Criterios de exclusión:** Todas las adolescentes que se encontraban en la puerta de un liceo público de la ciudad de Montevideo, en el horario de la tarde, menores a 15 años o mayores a 17 años.

**Tipo de Muestreo:** No probabilística intencional o deliberado.

**Fuente de Datos:** Fuente primaria: adolescentes.

**Instrumento de recolección de datos:** Encuesta simple, semiabierta. (Ver anexo N°II)

**Método de recolección de datos:** Las 5 estudiantes de la Licenciatura en Enfermería que se encontraban realizando este proyecto de investigación, se reunieron en la puerta de un liceo público de la ciudad de Montevideo, con el objetivo de captar a 25 adolescentes a las cuales se les aplicó el instrumento de recolección de datos (Encuesta).

La dinámica de trabajo comenzó en la puerta de un liceo público, de la ciudad de Montevideo, seleccionando al azar a las adolescentes comprendidas dentro de la población en estudio. En primera instancia se realizó la presentación dando a conocer la institución a la cual se pertenece y se explicaron los objetivos de la investigación. Aclarando que la misma era de carácter voluntario y anónimo.

Se brindó un espacio para la aclaración de dudas que se pudieran presentar en cuanto a su llenado.

El tiempo para completar la encuesta fue de aproximadamente 20 minutos, dando una prórroga de tiempo en caso de considerarlo necesario.

Al culminar se agradeció a las adolescentes su participación y colaboración en esta investigación.

**Plan de análisis de los resultados:** Los datos obtenidos se resumieron utilizando una computadora, donde se tabuló y se realizó la representación gráfica de los mismos (mediante los programas de Excel y Word).

Una vez resumida la información se realizó un análisis contrastando la misma con el Marco Teórico de la investigación.

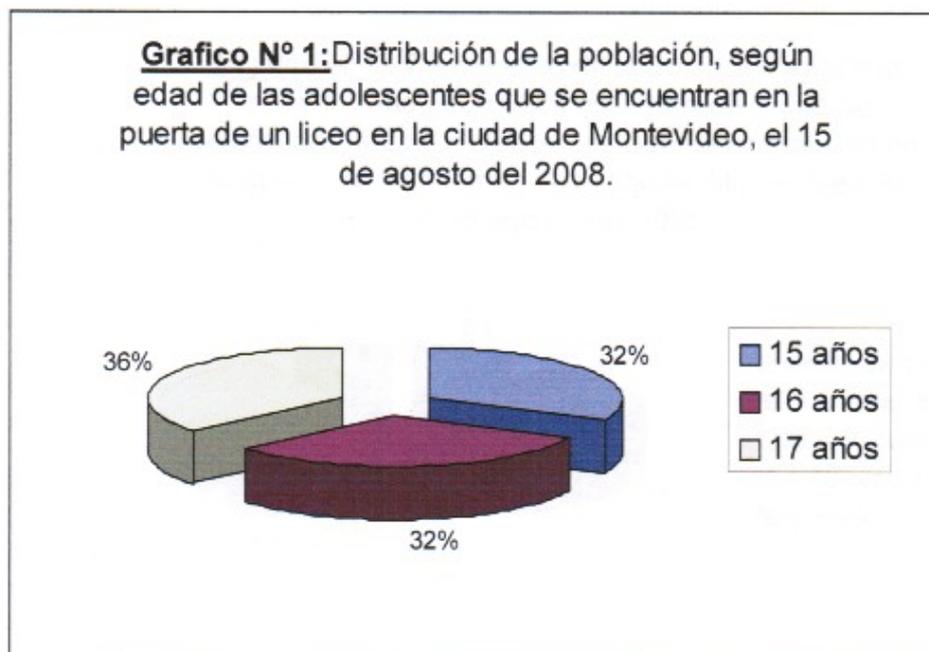
# ***REPRESENTACIÓN GRÁFICA***

## Representación Gráfica

**Tabla N° 1:** Distribución de la población, según edad de las adolescentes que se encuentran en la puerta de un liceo en la ciudad de Montevideo, el 15 de agosto del 2008.

Variable	FA	FR	FR%
15 años	8	0,32	32%
16 años	8	0,32	32%
17 años	9	0,36	36%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>

N=25



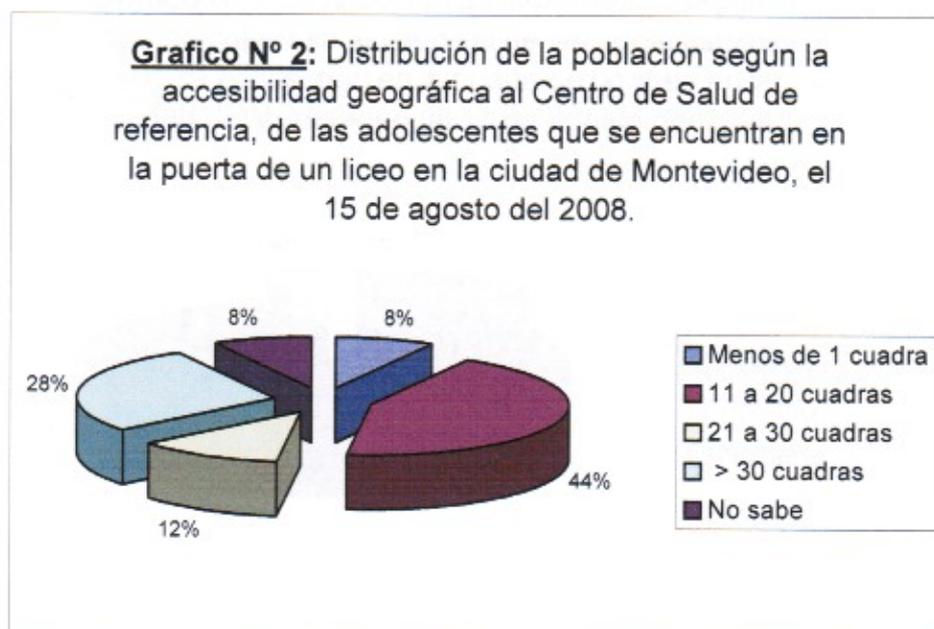
Fuente: Encuesta

Del total de adolescentes estudiadas en relación a la variable edad; la población se distribuyó en forma igualitaria en los siguientes tres rangos; 15, 16 y 17 años respectivamente.

**Tabla N° 2:** Distribución de la población, según la accesibilidad geográfica al Centro de Salud de referencia, de las adolescentes que se encuentran en la puerta de un liceo en la ciudad de Montevideo, el 15 de agosto del 2008.

Variable	FA	FR	FR%
Menos de 1 cuadra	2	0,08	8%
11 a 20 cuadras	11	0,44	44%
21 a 30 cuadras	3	0,12	12%
Mayor de 30 cuadras	7	0,28	28%
No sabe	2	0,08	8%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>

N=25



Fuente: Encuesta

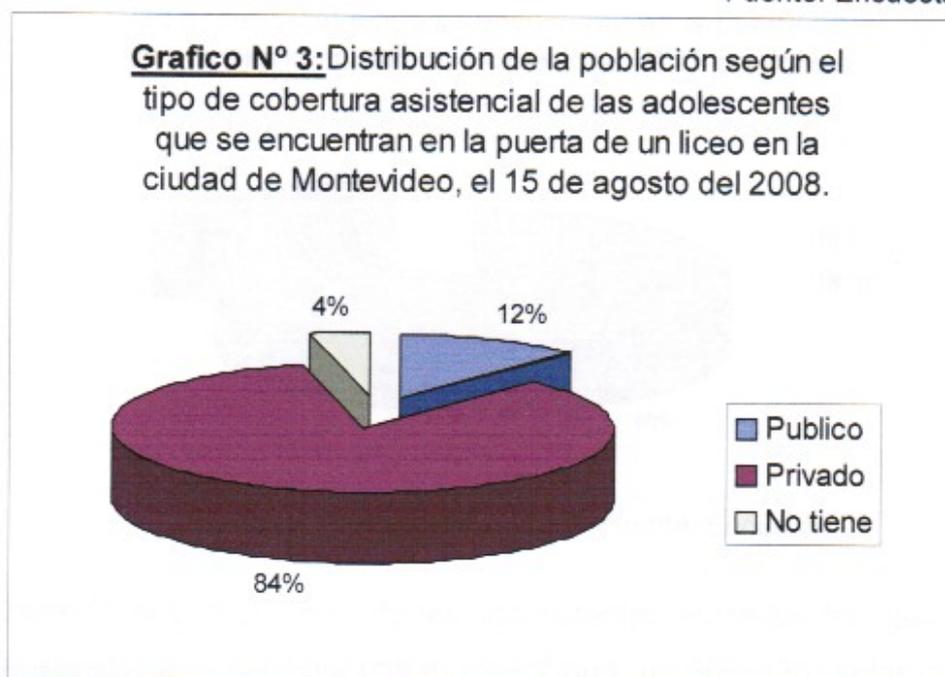
En relación a la distancia desde el domicilio al Centro de Salud más cercano, un 44% (11) de la población se encuentra entre 11 y 20 cuadras, mientras que un 8% (2) residen a menos de una cuadra, en igual proporción un 8% (2) desconocen a que distancia se encuentra el Centro de Salud de su domicilio.

**Tabla N° 3:** Distribución de la población, según el tipo de cobertura asistencial, de las adolescentes que se encuentran en la puerta de un liceo en la ciudad de Montevideo, el 15 de agosto del 2008.

Variable	FA	FR	FR%
Público	3	0,12	12%
Privado	21	0,84	84%
No tiene	1	0,04	4%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>

N=25

Fuente: Encuesta

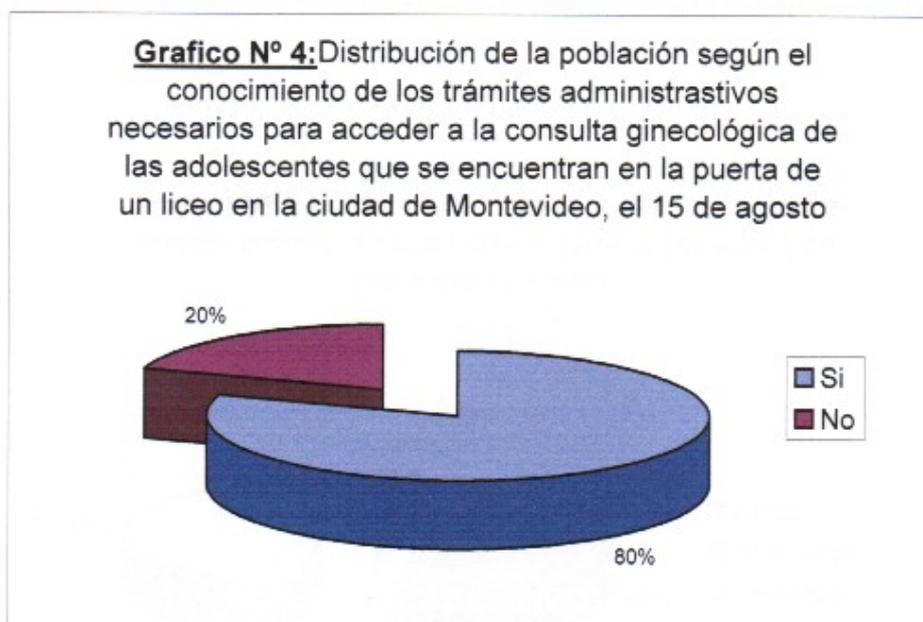


Al indagar sobre el tipo de cobertura asistencial que poseen, un 84% (21) cuentan con asistencia privada, mientras que un 12% (3) presentan cobertura pública y el 4% (1) restante no cuenta con cobertura asistencial.

**Tabla N° 4:** Distribución de la población, según el conocimiento de los trámites administrativos necesarios para acceder a la consulta ginecológica, de las adolescentes que se encuentran en la puerta de un liceo en la ciudad de Montevideo, el 15 de agosto del 2008.

Variable	FA	FR	FR%
SI	20	0,8	80%
NO	5	0,2	20%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>

N=25



Fuente: Encuesta

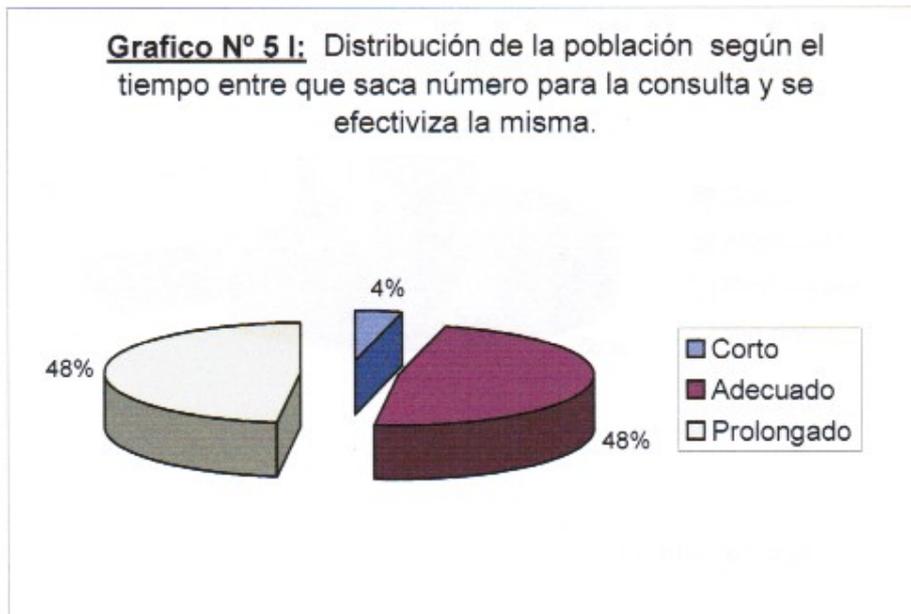
En relación al conocimiento de las adolescentes sobre los trámites necesarios para acceder a la consulta con el ginecólogo, un 80% (20) si los conoce y un 20% (5) no tiene conocimiento de los mismos.

**Tabla N° 5:** Distribución de la población, según las barreras funcionales que condicionan el acceso al Centro de Salud, de las adolescentes que se encuentran en la puerta de un liceo en la ciudad de Montevideo, el 15 de agosto del 2008.

l) Distribución de la población, según el tiempo entre que saca número para la consulta y se efectiviza la misma.

Variable	FA	FR	FR%
Corto	1	0,04	4%
Adecuado	12	0,48	48%
Prolongado	12	0,48	48%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>

N=25



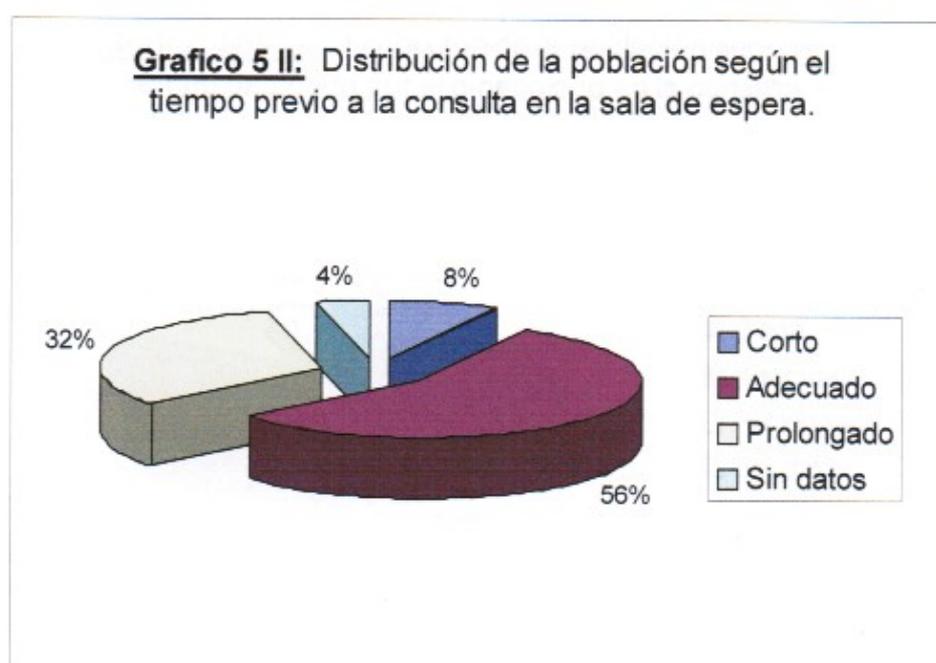
Fuente: Encuesta

En cuanto a la creencia sobre el tiempo que transcurre entre que se solicita número para la consulta ginecológica y se efectiviza la misma, un 48% (12) manifiesta que es adecuado y en igual proporción otro 48% (12) cree que éste es prolongado.

II) Distribución de la población, según el tiempo previo a la Consulta en la sala de espera.

Variable	FA	FR	FR%
Corto	2	0,08	8%
Adecuado	14	0,56	56%
Prolongado	8	0,32	32%
Sin dato	1	0,04	4%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>

N=25



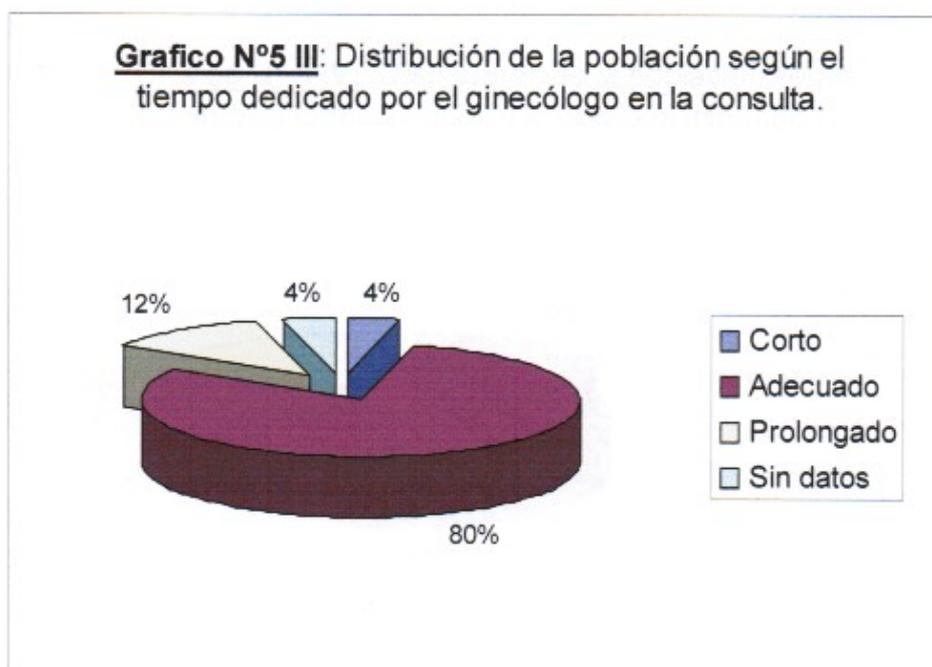
Fuente: Encuesta

Con respecto al tiempo que se permanece en la sala de espera previo a la consulta con el ginecólogo, un 56% (14) creen que el mismo es adecuado, en tanto que un 8% (2) considera que el tiempo de espera es corto.

III) Distribución de la población, según el tiempo dedicado por el ginecólogo en la consulta.

Variable	FA	FR	FR%
Corto	1	0,04	4%
Adecuado	20	0,80	80%
Prolongado	3	0,12	12%
Sin dato	1	0,04	4%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>

N=25



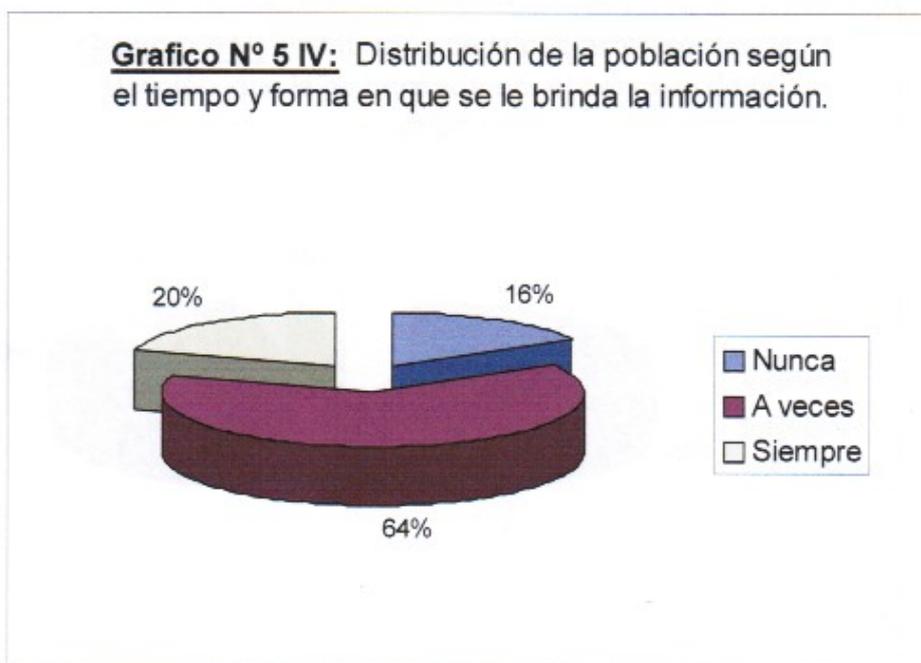
Fuente: Encuesta

Un 80% (20) de las adolescentes, considera que el tiempo dedicado durante la consulta es adecuado, un 12% (3) refieren que es prolongado y un 4% (1) manifiesta que el tiempo dedicado por el ginecólogo es corto.

IV) Distribución de la población, según el tiempo y forma en que se le brinda la información

Variable	FA	FR	FR%
Nunca	4	0,16	16%
A veces	16	0,64	64%
Siempre	5	0,20	20%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>

N=25



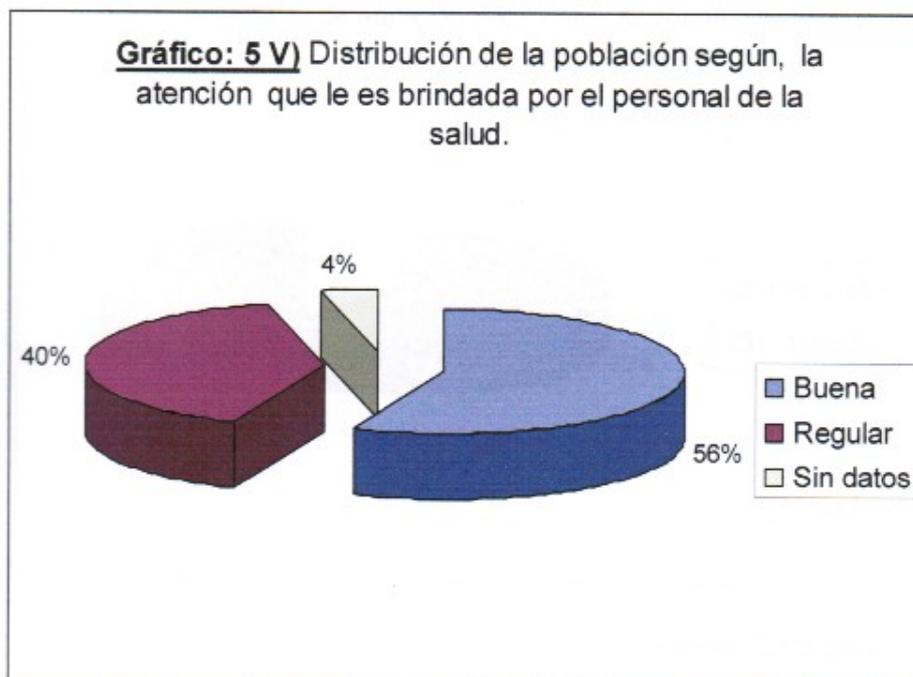
Fuente: Encuesta

Con respecto a lo que consideran las adolescentes sobre la información brindada por el Centro de Salud, un 64% (16) considera que no en todas las oportunidades la información se les brindó en tiempo y forma. Un 20% (5) considera que la información siempre es brindada y el 16% (4) considera que dicha información nunca se le brindó en tiempo y forma.

V) Distribución de la población según, la atención que le es brindada por el personal de la salud.

Variable	FA	FR	FR %
Buena	14	0,56	56%
Regular	10	0,4	40%
Mala	0	0	0
Sin datos	1	0,04	4%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>

N= 25



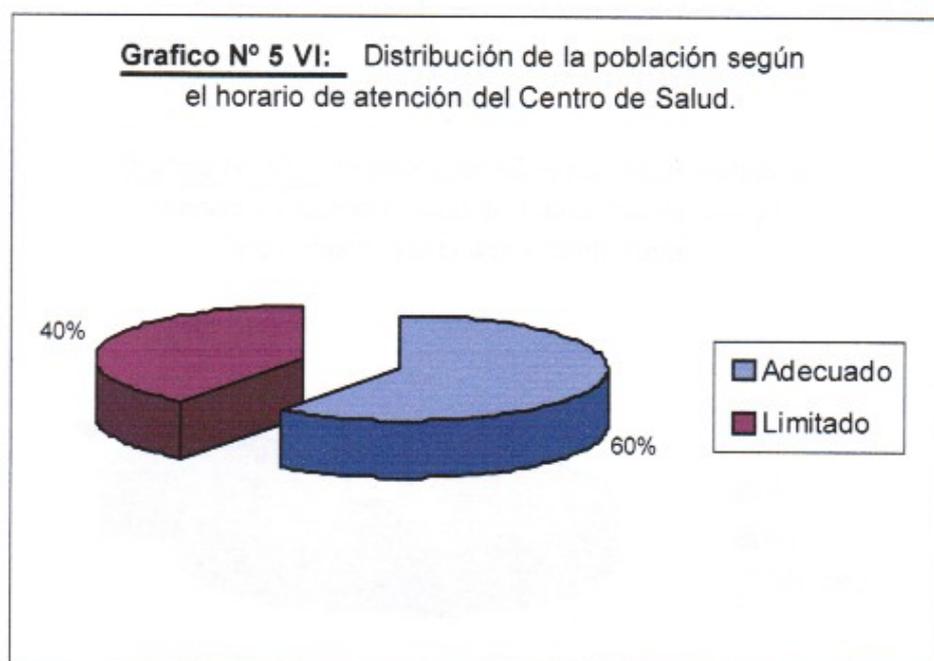
Fuente: Encuesta

En relación con la atención brindada por el personal de la salud, el 56% (14) de las adolescentes creen que es buena, y el 40% (10) considera que dicha atención es regular.

VI) Distribución de la población según, el horario de atención del Centro de Salud.

Variable	FA	FR	FR %
Adecuado	15	0,6	60%
Limitado	10	0	40%
Inaccesible	0	0,4	0
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>

N= 25



Fuente: Encuesta

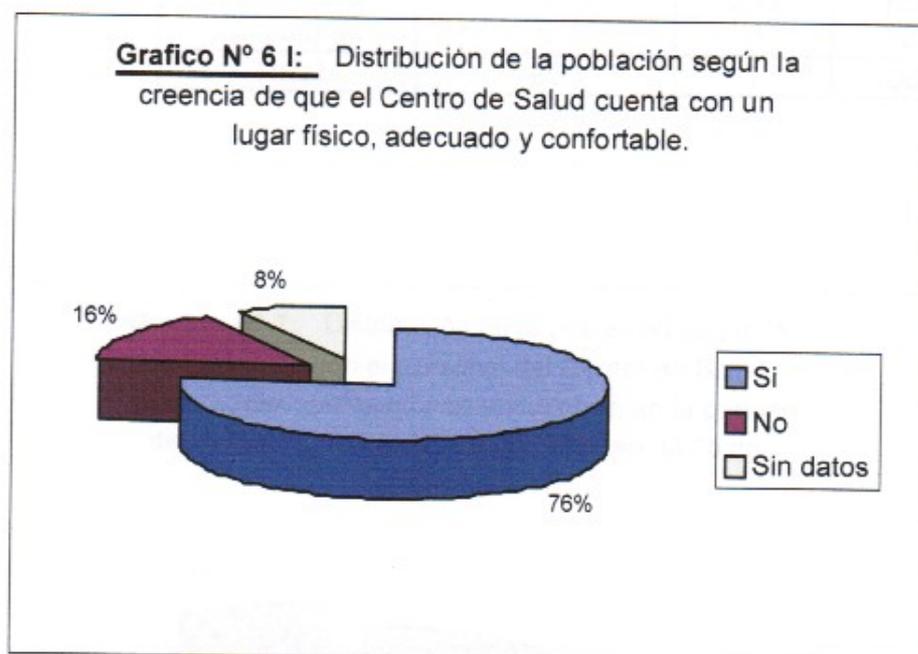
Indagando sobre el conocimiento que tienen las adolescentes sobre los horarios de atención del Centro de Salud, se encontró que un 60% (15) considera que el mismo es adecuado, mientras que el 40% (10) restante cree que el horario es limitado.

**Tabla N° 6 :** Distribución de la población, según las condiciones ambientales del Centro de Salud que condicionan el acceso de las adolescentes que se encuentran en la puerta de un liceo en la ciudad de Montevideo, el 15 de agosto del 2008.

- l) Distribución de la población según la creencia de que el Centro de Salud cuenta con un lugar físico, adecuado y confortable.

Variable	FA	FR	FR %
Si	19	0,76	76%
No	4	0,16	16%
Sin datos	2	0,08	8%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>

N= 25



Fuente: Encuesta

Otra de las variables estudiadas es lo que consideran las adolescentes sobre el lugar físico del Centro de Salud, a lo cual respondió un 76% (19) considerando que el mismo es de carácter confortable y un 16% (4) cree que el lugar no es adecuado ni confortable.

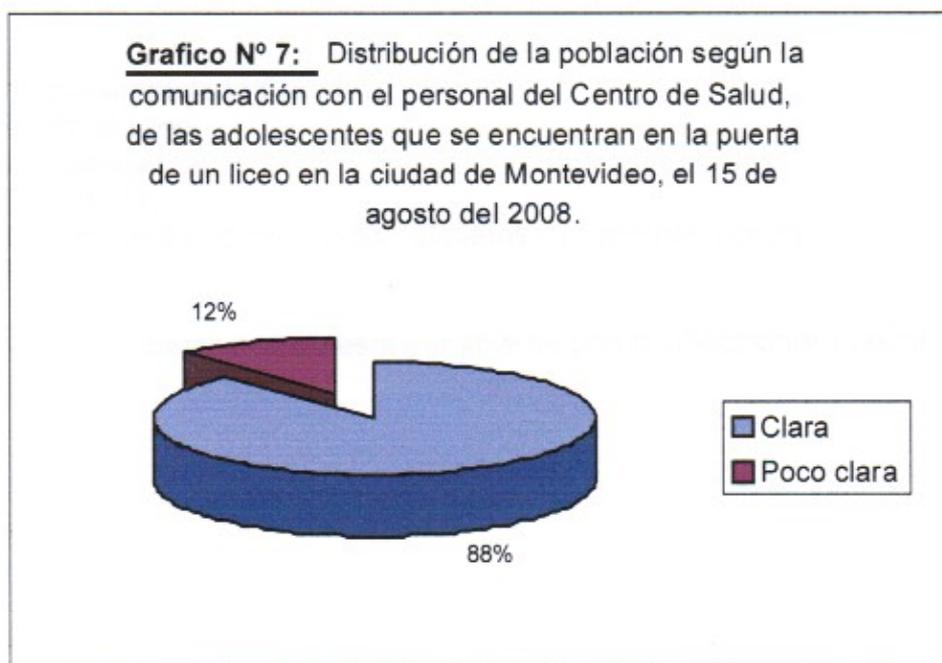
- II) El 100% de la población en estudio refirió que lugar físico donde se lleva a cabo la consulta es confortable y cuenta con la privacidad necesaria.

Fuente: Encuesta

**Tabla N° 7:** Distribución de la población, según la comunicación con el personal del Centro de Salud, de las adolescentes que se encuentran en la puerta de un liceo en la ciudad de Montevideo, el 15 de agosto del 2008.

Variable	FA	FR	FR %
Clara	22	0,88	88%
Poco clara	3	0,12	12%
Confusa	0	0	0
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>

N= 25



Fuente: Encuesta

En cuanto a la comunicación con el personal del Centro de Salud, el 88% (22) de las adolescentes consideran que lo hacen en forma clara y el 12% (3) consideran que la comunicación es poco clara.

**Tabla N° 8:** Distribución de la población, según fuentes de información sobre el control ginecológico, de las adolescentes que se encuentran en la puerta de un liceo en la ciudad de Montevideo, el 15 de agosto del 2008.

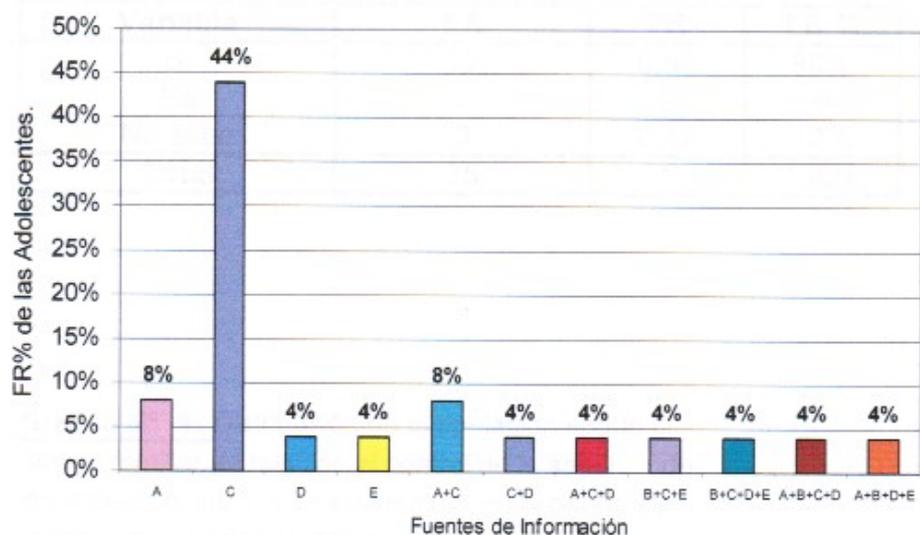
Variable	FA	FR	FR %
A	2	0,08	8%
B	0	0	0
C	11	0,44	44%
D	1	0,04	4%
E	1	0,04	4%
F	0	0	0%
A+C	2	0,08	8%
C+D	1	0,04	4%
A+C+D	1	0,04	4%
B+C+E	1	0,04	4%
B+C+D+E	1	0,04	4%
A+B+C+D	1	0,04	4%
A+B+D+E	1	0,04	4%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

N= 25

- A) Personal de la Salud.
- B) En el liceo.
- C) Familia.
- D) Amigos.
- E) Medios de comunicación. (folletos, tv, internet, libros).
- F) Otros.

\*Cabe destacar que en esta variable se podía seleccionar mas de una opción

**Gráfico N° 8:** Distribución de la población, según Fuentes de Información sobre el control ginecológico, de las adolescentes que se encuentran en la puerta de un liceo en la ciudad de Montevideo, el 15 de agosto de 2008.



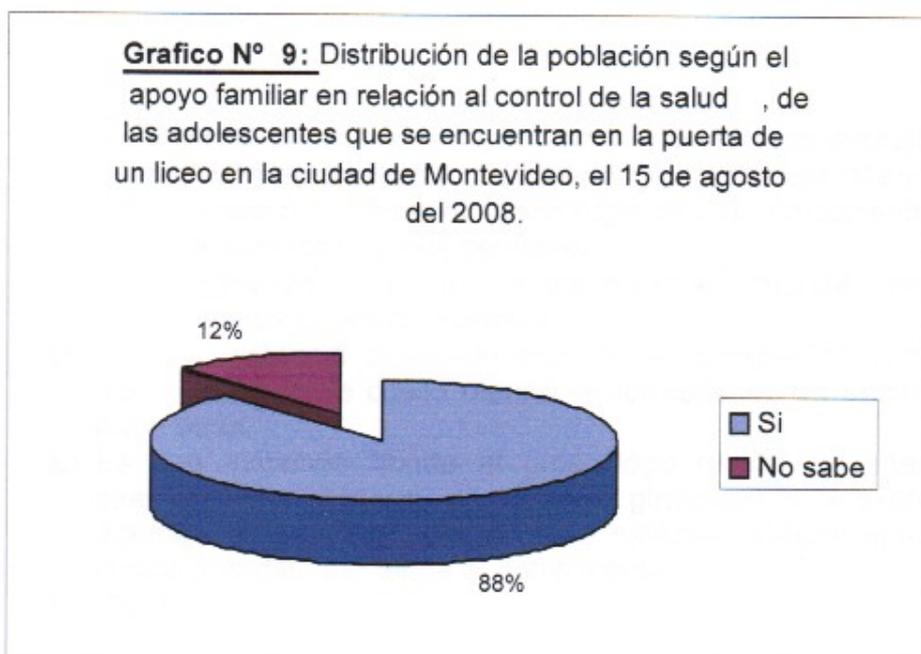
Fuente: Encuesta

En relación de donde obtuvieron la información sobre el control ginecológico, el 44% (11) de las adolescentes refieren haberla obtenido de su familia, encontrando 3 rangos con un 8% (2) de adolescentes que obtuvieron la información del personal de salud, el personal de la salud y familia, así como; liceo - familia y amigos respectivamente.

**Tabla N° 9:** Distribución de la población, según el apoyo familiar en relación al control de la salud, de las adolescentes que se encuentran en la puerta de un liceo en la ciudad de Montevideo, el 15 de agosto del 2008.

Variable	FA	FR	FR %
Si	22	0,88	88%
No	0	0	0
No sabe	3	0,12	12%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>

N= 25



Fuente: Encuesta

Al indagar sobre el apoyo familiar en relación con el control de su salud, un 88% (22) refieren que si son apoyadas y estimuladas por las personas con quienes viven y el 12% (3) restante no saben y/o no contestan.

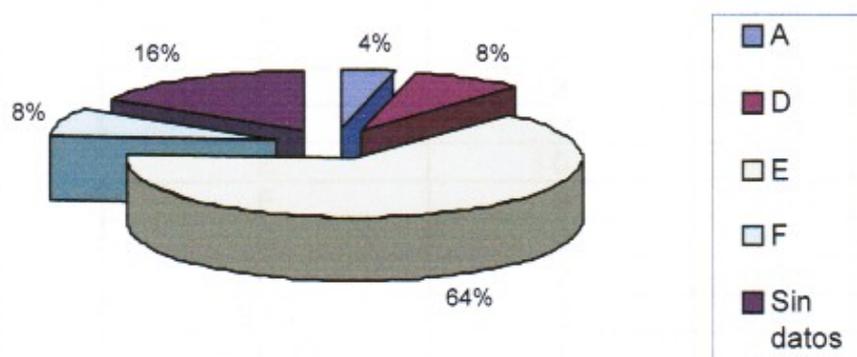
**Tabla N° 10.** Distribución de la población, según las creencias sobre la consulta ginecológica, que poseen las adolescentes que se encuentran en la puerta de un liceo en la ciudad de Montevideo, el 15 de agosto del 2008.

Variable	FA	FR	FR %
A	1	0,04	4%
B	0	0	0%
C	0	0	0%
D	2	0,08	8%
E	16	0,64	64%
F	2	0,08	8%
Sin datos	4	0,16	16%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>

N= 25

- A) Es la instancia en la que se concurre al ginecólogo exclusivamente ante la presencia de una patología ginecológica y/o eventual embarazo.
- B) Es la instancia donde el ginecólogo realiza únicamente un examen específico de los órganos genitales.
- C) Es la instancia en la que la adolescente concurre únicamente para solicitar métodos anticonceptivos.
- D) Es una instancia de prevención de enfermedades como cáncer de mama, Cáncer de cuello uterino, enfermedades de transmisión sexual, entre otras.
- E) Es una instancia donde el ginecólogo realiza un interrogatorio, un examen físico general, un examen ginecológico y examen pélvico y además brinda información sobre métodos anticonceptivos aclarando posibles dudas que tenga el adolescente.
- F) Otros.

**Grafico N° 10:** Distribución de la población según las creencias sobre la consulta ginecológica, que poseen las adolescentes que se encuentran en la puerta de un liceo en la ciudad de Montevideo, el 15 de agosto del 2008.



Fuente: Encuesta

Referente a las creencias de las adolescentes sobre la consulta ginecológica, el 64% (16) considera que es una instancia donde el ginecólogo realiza un interrogatorio y un examen físico general, un examen ginecológico y examen pélvico y además brinda información sobre métodos anticonceptivos, aclarando posibles dudas que tengan las adolescentes. Un 4% (1) considera que es la instancia en la que concurre al ginecólogo exclusivamente ante la presencia de una patología y/o posible embarazo.

**Tabla N° 11:** Distribución de la población, según las creencias sobre la acción del ginecólogo en la consulta ginecológica, que poseen las adolescentes que se encuentran en la puerta de un liceo en la ciudad de Montevideo, el 15 de agosto del 2008.

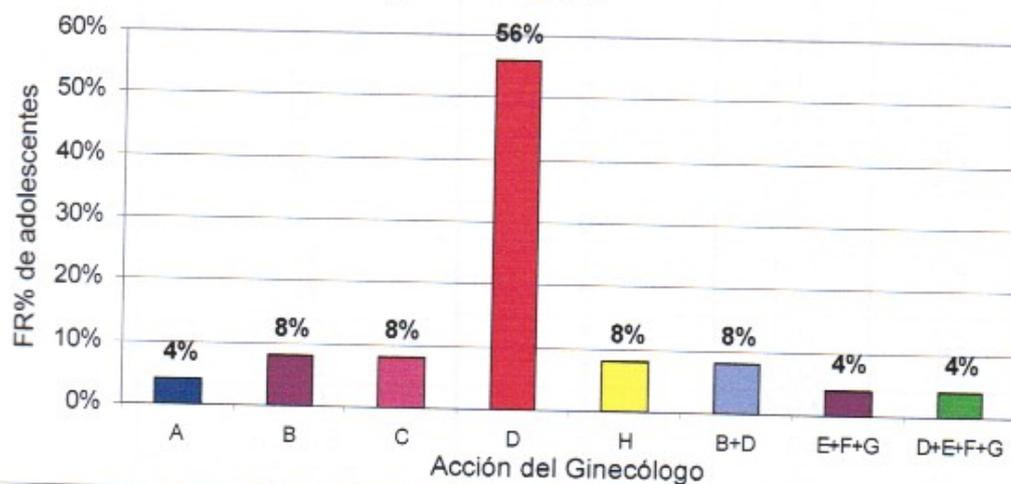
Variable	FA	FR	FR %
A	1	0,04	4%
B	2	0,08	8%
C	2	0,08	8%
D	14	0,56	56%
E	0	0	0%
F	0	0	0%
G	0	0	0
H	2	0,08	8%
B+D	2	0,08	8%
E+F+G	1	0,04	4%
D+E+F+G	1	0,04	4%
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>1</b>	<b>100</b>

N= 25

- A) Examina solamente los órganos genitales.
- B) Realiza un examen físico general y de los órganos genitales.
- C) Realiza únicamente un interrogatorio médico, sin examinar órganos genitales, los cuales son examinados sólo en mujeres mayores de edad.
- D) Realiza un interrogatorio completo, un examen físico general y de los órganos genitales.
- E) Es el que prescribe métodos anticonceptivos.
- F) Realiza un examen físico igual al que realiza el pediatra.
- G) Es el especialista que realiza el Papanicolau y examen de mamas a todas las adolescentes que concurren a la consulta.
- H) Otras.

\*Cabe destacar que en esta variable se podía seleccionar mas de una opción

**Gráfico N°11:** Distribución de la población, según las creencias sobre la acción del ginecólogo en la consulta ginecológica, que poseen las adolescentes que se encuentran en la puerta de un liceo en la ciudad de Montevideo, el 15 de agosto del 2008.



Fuente: Encuesta

En cuanto a la creencia sobre lo que hace el ginecólogo en el control ginecológico, un 56% (14) creen que realiza un interrogatorio completo, un examen físico general y de los órganos genitales. En esta variable se encuentran con igual porcentaje 8% (2); que creen que el ginecólogo realiza un examen físico general y de los órganos genitales, así como adolescentes que creen que realiza únicamente un interrogatorio médico sin examinar órganos genitales, los cuales son examinados sólo en mujeres mayores de edad.

**Tabla N° 12:** Distribución de la población, según las creencias sobre cuando se debe comenzar con el primer control ginecológico, que poseen las adolescentes que se encuentran en la puerta de un liceo en la ciudad de Montevideo, el 15 de agosto del 2008.

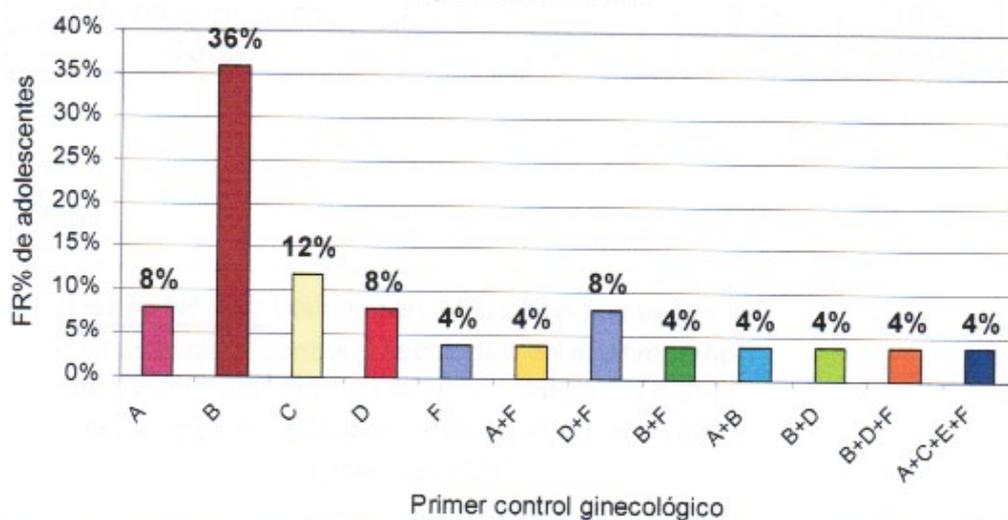
Variable	FA	FR	FR %
A	2	0,08	8%
B	9	0,36	36%
C	3	0,12	12%
D	2	0,08	8%
E	0	0	0%
F	1	0,04	4%
G	0	0	0
A+F	1	0,04	4%
D+F	2	0,08	8%
B+F	1	0,04	4%
A+B	1	0,04	4%
B+D	1	0,04	4%
B+D+F	1	0,04	4%
A+C+E+F	1	0,04	4%
Total	25	1	100%

N= 25

- A) Antes de la menarca.
- B) Después de la menarca.
- C) Antes de la primera relación sexual.
- D) Después de la primera relación sexual.
- E) Ante la sospecha de un embarazo.
- F) Ante la sospecha de patologías.
- G) Otras.

\*Cabe destacar que en esta variable se podía seleccionar mas de una opción

**Gráfico N°12:** Distribución de la población, según las creencias sobre cuándo debe comenzar el primer control ginecológico, que poseen las adolescentes que se encuentran en la puerta de un liceo en la ciudad de Montevideo, el 15 de agosto del 2008.



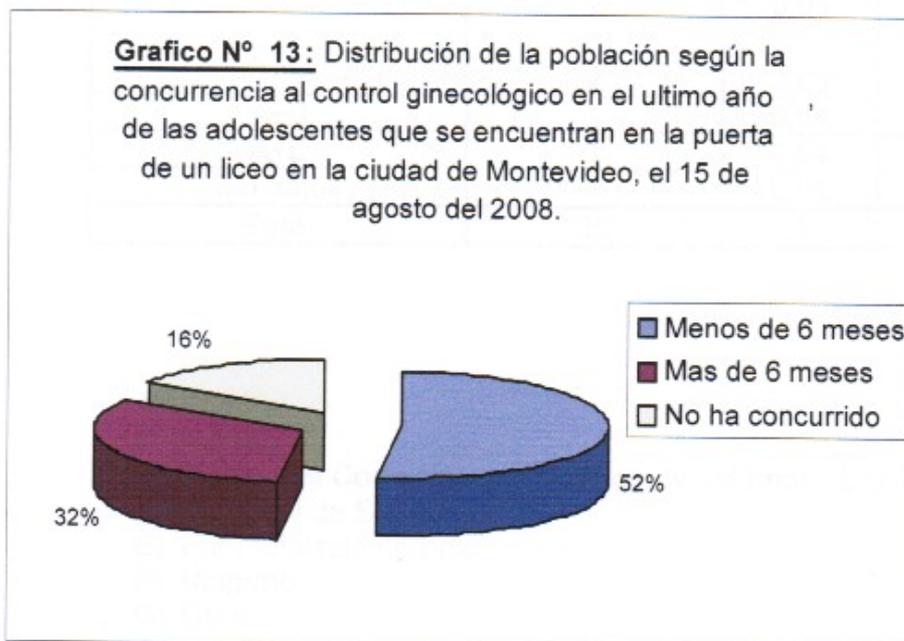
Fuente: Encuesta

En relación a las creencias de las adolescentes, sobre cuando se debe empezar con el primer control ginecológico, un 36% (9) refieren que se debe comenzar después de la primera menstruación, un 12% (3) opina que se debe realizar antes de la primera relación sexual. En esta variable se encontró además 3 rangos con igual porcentaje, con un 8% (2), refieren que se debe comenzar; antes de la primera menstruación, el siguiente 8% (2) después de la primera relación sexual y el otro 8% (2) seleccionó ésta última y ante la sospecha de alguna enfermedad.

**Tabla N° 13:** Distribución de la población, según la concurrencia al control ginecológico en el último año, de las adolescentes que se encuentran en la puerta de un liceo en la ciudad de Montevideo, el 15 de agosto del 2008.

Variable	FA	FR	FR %
Menos de 6 meses	13	0,52	52%
Mas de 6 meses	8	0,32	32%
No ha concurrido	4	0,16	16%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>

N= 25



Fuente: Encuesta

Según la concurrencia al control ginecológico en el último año, encontramos que un 52% (13) hace menos de 6 meses que concurrió, un 32% (8) hace más de 6 meses y el 16% (4) restante nunca ha concurrido a un control ginecológico.

**Tabla N° 14:** Distribución de las adolescentes que se encuentran en la puerta de un liceo en la ciudad de Montevideo, el 15 de agosto del 2008, según la persona que las motivo a concurrir a la consulta ginecológica.

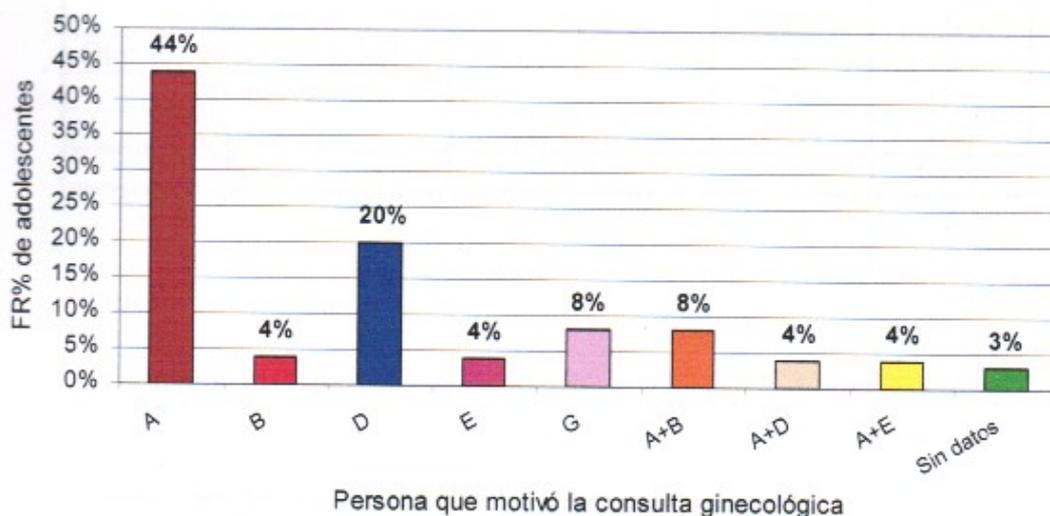
Variable	FA	FR	FR %
A	11	0,44	44%
B	1	0,04	4%
C	0	0	0
D	5	0,20	20%
E	1	0,04	4%
F	0	0	0
G	2	0,08	8%
A+B	2	0,08	8%
A+D	1	0,04	4%
A+E	1	0,04	4%
Sin datos	1	0,03	3%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>

N= 25

- A) Familia.
- B) Amigos.
- C) Medios de Comunicación (folletos, tv, internet, libros).
- D) Personal de Salud.
- E) Por motivación propia.
- F) Ninguno.
- G) Otros.

\*Cabe destacar que en esta variable se podía seleccionar mas de una opción

**Gráfico N°14:** Distribución de las adolescentes que se encuentran en la puerta de un liceo en la ciudad de Montevideo, el día 15 de agosto del 2008, según persona que motivó a concurrir a la consulta ginecológica.



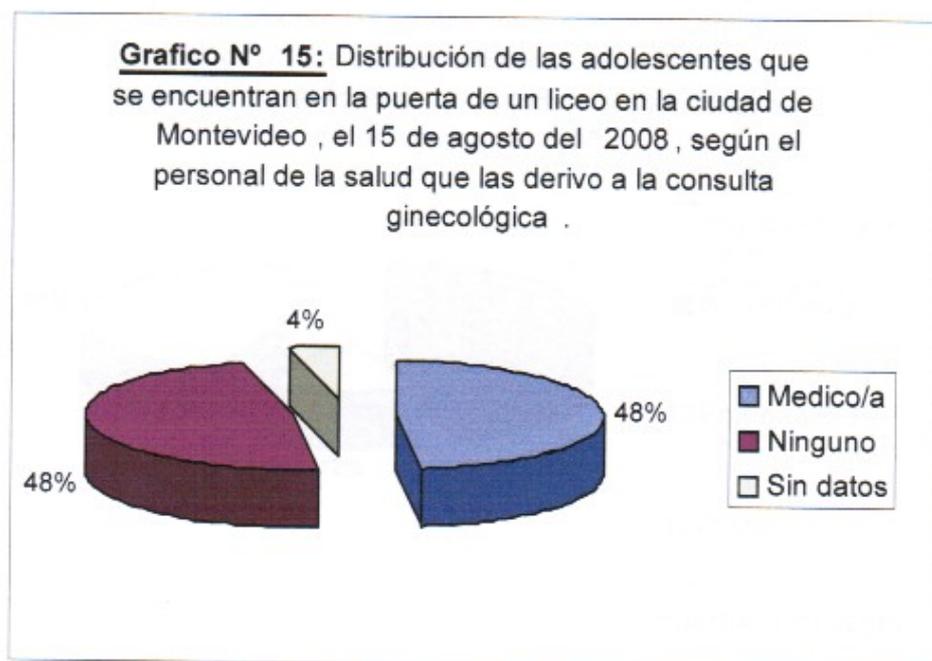
Fuente: Encuesta

Con respecto a quien las motivó a concurrir a la consulta ginecológica un 44% (11) refieren haber sido motivadas por su familia, un 20% (5) de las adolescentes manifestó haber concurrido por motivación propia y un 4% (1) por el personal de la salud.

**Tabla N° 15:** Distribución de las adolescentes que se encuentran en la puerta de un liceo en la ciudad de Montevideo, el 15 de agosto del 2008, según el personal de la salud que las derivó a la consulta ginecológica.

Variable	FA	FR	FR %
Medico/a	12	0,48	48%
Enfermero/a	0	0	0
Otro personal de la salud	0	0	0
Ninguno	12	0,48	48%
Sin datos	1	0,04	4%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>

N= 25



Fuente: Encuesta

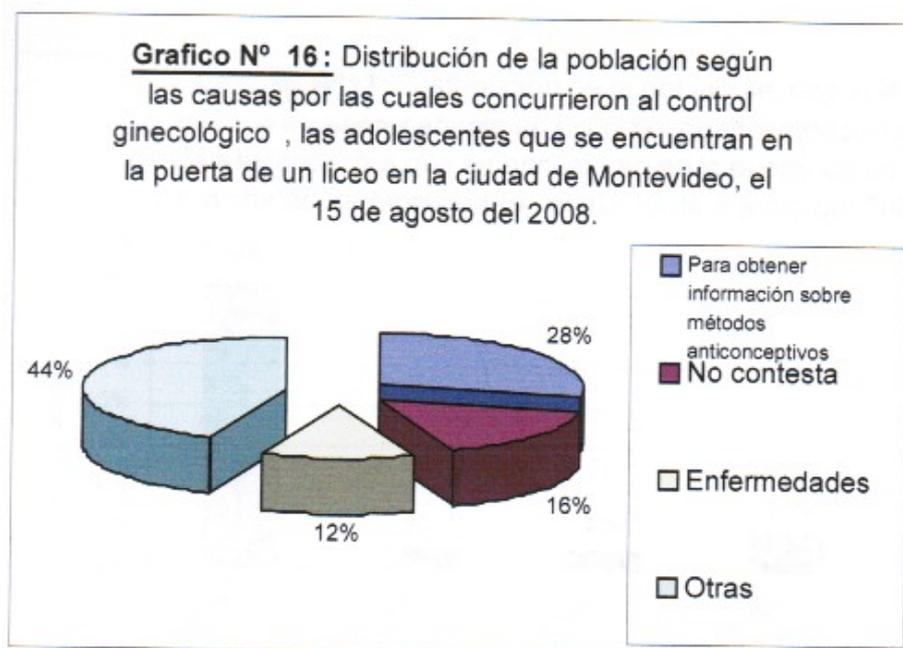
Con respecto al personal de la salud, el 48% (12) de las adolescentes refieren que quien las derivó a la consulta ginecológica fue un médico/a, mientras que en igual proporción refieren no haber sido derivadas por personal de la salud alguno.

**Tabla N° 16:** Distribución de la población, según las causas por las cuales concurren al control ginecológico, las adolescentes que se encuentran en la puerta de un liceo en la ciudad de Montevideo, el 15 de agosto del 2008.

Variable	FA	FR	FR %
Para obtener información sobre métodos anticonceptivos	7	0,33	33%
Embarazo	0	0	0%
Enfermedades	3	0,14	14%
Otras	11	0,53	53%
<b>Total</b>	<b>21*</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>

\* Cabe resaltar que existen 4 adolescentes de la muestra que nunca concurren al Control Ginecológico.

N= 25



Fuente: Encuesta

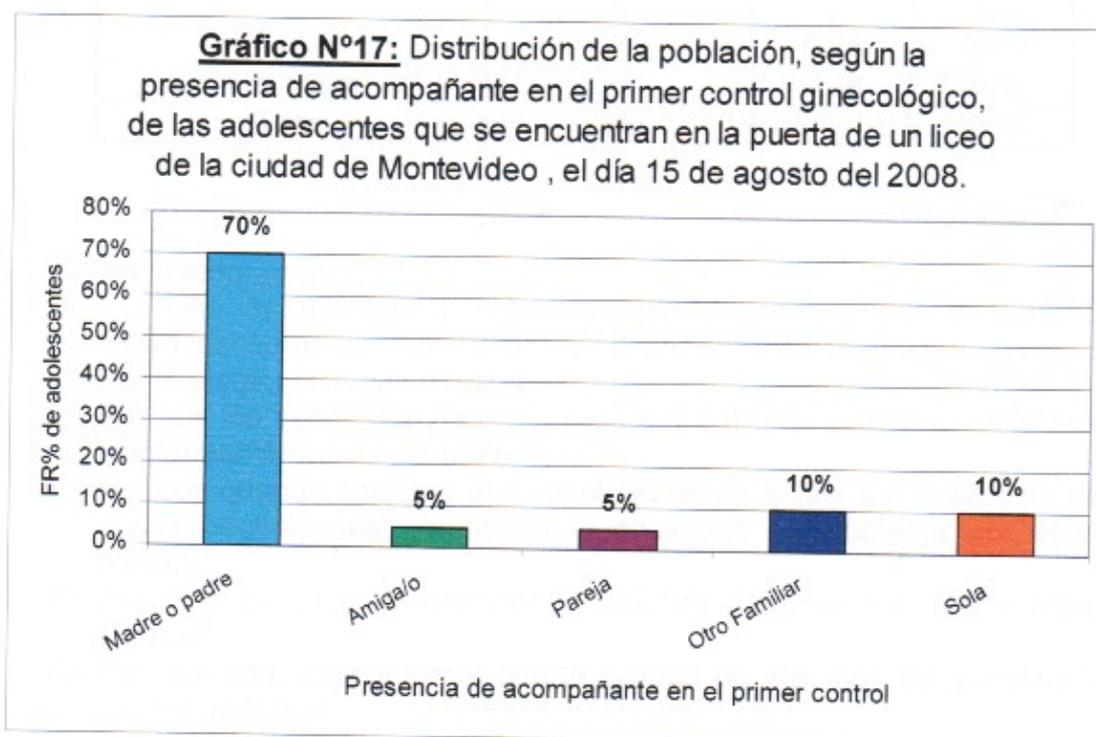
Al indagar sobre cual fue el motivo por el cual concurren al ginecólogo, el 53% (11) de la población refiere haber concurrido por otros motivos como ser: regularidades en la menstruación, por control, entre otros, un 33% (7) concurren para obtener información sobre métodos anticonceptivos y un 14% (3) por enfermedades.

**Tabla N° 17:** Distribución de la población, según la presencia de acompañante en el primer control ginecológico, de las adolescentes que se encuentran en la puerta de un liceo en la ciudad de Montevideo, el 15 de agosto del 2008.

Variable	FA	FR	FR %
Madre o padre	15	0,7	70%
Amiga/o	1	0,05	5%
Pareja	1	0,05	5%
Otro Familiar	2	0,1	10%
Sola	2	0,1	10%
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>

\* Cabe resaltar que existen 4 adolescentes de la muestra que nunca concurren al Control Ginecológico.

N= 25



Fuente: Encuesta

El 71% (15) de las adolescentes que concurren a un control ginecológico refieren haber sido acompañadas por su madre o padre, un 5% (1) concurre con una amiga/o y en igual porcentaje concurre con la pareja.

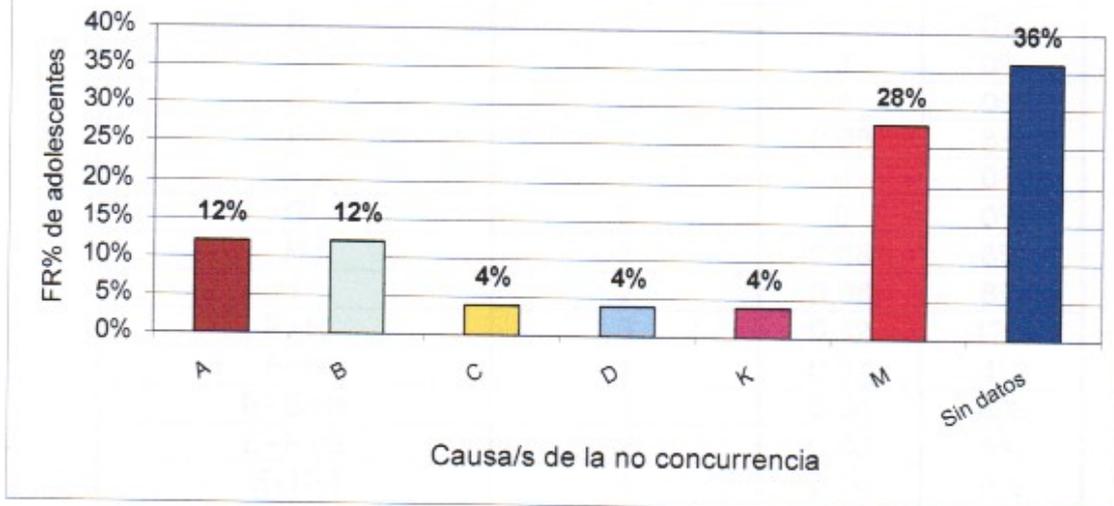
**Tabla N° 18:** Distribución de la población, según las causa/s de no concurrencia al control ginecológico, de las adolescentes que se encuentran en la puerta de un liceo en la ciudad de Montevideo, el 15 de agosto del 2008.

Variable	FA	FR	FR %
A	3	0,12	12%
B	3	0,12	12%
C	1	0,04	4%
D	1	0,04	4%
E	0	0	0%
F	0	0	0%
G	0	0	0%
H	0	0	0%
I	0	0	0%
J	0	0	0%
K	1	0,04	4%
L	0	0	0%
M	7	0,28	28%
Sin datos	9	0,36	36%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>

N= 25

- A) Por miedo ¿a qué?
- B) Por falta de información sobre los servicios que brinda el Centro de Salud, así como también horario y funcionamiento del mismo.
- C) Por la distancia al centro de salud.
- D) Por que las veces que ha concurrido al Centro de Salud no se le brindó la información en forma clara.
- E) Por que cuando consultó al ginecólogo no se le dio una respuesta clara a sus necesidades y/o no se le solucionó el problema por el cual consultó.
- F) Por los horarios de atención al público para solicitar fecha para la consulta.
- G) Por que esta desconforme con la calidad de atención del personal del Centro de Salud.
- H) Por que en instancias anteriores no sintió seguridad y confianza con el ginecólogo que la atendió.
- I) Por que al Centro de Salud al que concurre no cuenta con ginecólogas mujeres.
- J) Por la espera prolongada para ser atendida.
- K) Por la incomodidad de tener que compartir la sala de espera con los adultos y niños.
- L) Por el gasto económico que le genera concurrir a la consulta ginecológica.
- M) Otras.

**Gráfico N°18:** Distribución de la población, según las causa/s de la no concurrencia al control ginecológico, de las adolescentes que se encuentran en la puerta de un liceo en la ciudad de Montevideo, el día 15 de agosto del 2008.



Fuente: Encuesta

Al indagar sobre los motivos por los cuales las adolescentes no concurren al control ginecológico, encontramos en la población total un 36% (9) sin datos, destacando que dicho porcentaje de adolescentes hace menos de 6 meses que concurre a un control. Mientras que un 12% (3) refirió no concurrir por miedos entre ellos; miedo a “que se entere mi madre que no soy virgen”, a “ser atendida por un ginecólogo hombre” a “sentirme incomoda”. Otro 12% (3) refieren no concurrir por falta de información sobre los servicios que brinda el Centro de Salud, así cómo también horario y funcionamiento del mismo. En igual proporción un 4% (1), refirió no haber concurrido dado que; el Centro de Salud queda lejos de su casa, por que las veces que ha concurrido al Centro de Salud no se le brindó la información en forma clara, y por que tienen que compartir la sala de espera con adultos y niños.

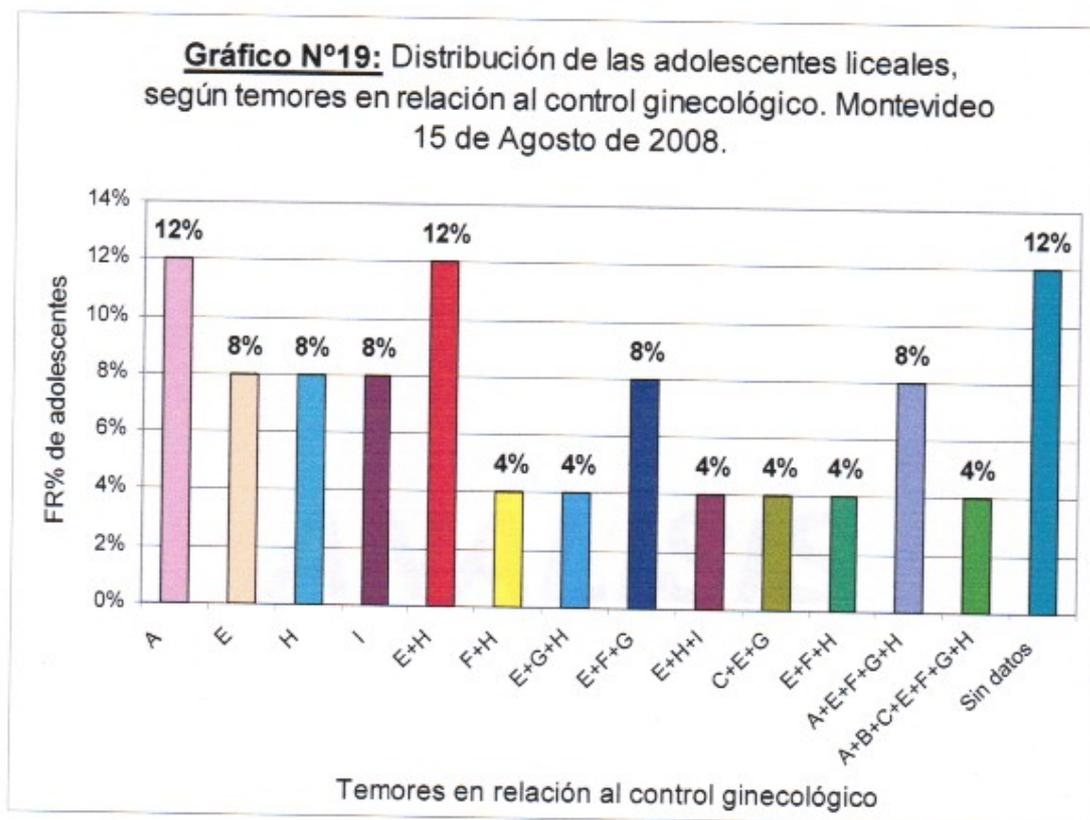
**Tabla N° 19:** Distribución de la población, según los temores en relación al control ginecológico, de las adolescentes que se encuentran en la puerta de un liceo en la ciudad de Montevideo, el 15 de agosto del 2008.

Variable	FA	FR	FR %
A	3	0,12	12%
B	0	0	0%
C	0	0	0%
D	0	0	0%
E	2	0,08	8%
F	0	0	0%
G	0	0	0%
H	2	0,08	8%
I	2	0,08	8%
E+H	3	0,12	12%
F+H	1	0,04	4%
E+G+H	1	0,04	4%
E+F+G	2	0,08	8%
E+H+I	1	0,04	4%
C+E+G	1	0,04	4%
E+F+H	1	0,04	4%
A+E+F+G+H	2	0,08	8%
A+B+C+E+F+G+H	1	0,04	4%
Sin datos	3	0,12	12%
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>1</b>	<b>100%</b>

N= 25

- A) Temor a ser maltratadas.
- B) Temor a ser rezongadas (por su actitud de abandono frente a su salud y por desconocer su propio cuerpo).
- C) Temor por los prejuicios relacionados a su vida sexual.
- D) Temor a no entender el lenguaje técnico del profesional y a sentirse ignorante.
- E) Temor a sentir pudor por desnudarse frente a otro.
- F) Temor a no contar con la privacidad adecuada.
- G) Temor a sentir dolor durante el examen ginecológico.
- H) Temor a ser atendido por un ginecólogo hombre.
- I) Otros.

**Gráfico N°19:** Distribución de las adolescentes liceales, según temores en relación al control ginecológico. Montevideo 15 de Agosto de 2008.



Fuente: Encuesta

En cuanto a los temores que tienen sobre el control ginecológico, un 12% (3) refirieron sentir temor a ser maltratadas, mientras que otro 12% (3) manifestaron temor a sentir pudor o vergüenza por desnudarse frente a otros y ser atendidas por un ginecólogo hombre.

Encontramos en igual porcentaje 3 rangos con un 8% (2) que manifestaron temor a sentir pudor o vergüenza por desnudarse frente a otros, el siguiente 8% (2) temor a ser atendidas por un ginecólogo hombre y el último 8% (2) manifestó tener otros tipos de temores como por ejemplo; "temor a que le cuenten a mi madre cosas que no sabe" y un 2% (1) temor a ser rezongadas (por su actitud de abandono frente a su salud y por desconocer su propio cuerpo).

# ***ANÁLISIS***

## **Análisis**

Para esta investigación, nos plantemos contar con una muestra de 25 adolescentes. Las cuales completaron el instrumento de recolección de datos, por intermedio del cual se logró contar con la información requerida para poder identificar, las creencias sobre el control ginecológico en la población objetivo. Determinando luego, como influyen estas en dicho control.

Para lo cual se realizó la caracterización de la población objetivo que analizaremos a continuación. En una primera instancia, se recabó información, destacando que no se encontraron trabajos en nuestro país, referentes a este tema, lo que significó un incentivo más, para realizar esta investigación. Acercándonos de esta manera a la realidad de las adolescentes del Uruguay.

Con la información recabada, se elaboró un Marco Teórico que se contrastará a continuación con los datos obtenidos.

La primera variable a estudiar es la edad destacando que toda la población se encuentra en la etapa de la adolescencia media (entre 15 a 17 años), siendo éste uno de los criterios de inclusión establecidos.

Es importante investigar sobre las creencias que posee esta población dado que la misma representa un 16,5 % de la población total de nuestro país y es éste un período formativo crucial, dónde se moldea la manera en como los adolescentes vivirán sus años adultos, lo cual repercute directamente no sólo en la salud sexual y reproductiva sino también en la vida productiva, social y económica del país.

En relación a la variable edad; la población se distribuyó en forma igualitaria en los siguientes tres rangos; 15, 16 y 17 años respectivamente.

Respecto a la accesibilidad que poseen las adolescentes en estudio para acceder a los servicios de salud, más específicamente a la consulta ginecológica, es fundamental conocer la satisfacción de las mismas en cuanto al servicio que le es brindado por los Centros de Salud. Dado que la utilización de dichos servicios se ve influenciada directamente por elementos socioculturales como lo son los valores y creencias, así como por factores relativos al consumidor, relativos al personal de la salud y factores relativos a la

organización de los servicios de salud. Estos factores son los que se buscan investigar en este estudio a través de las diferentes variables relacionadas a la accesibilidad.

En cuanto a la accesibilidad geográfica, es decir los factores espaciales que facilitan o entorpecen la utilización del recurso salud, esta fue medida en relación a la distancia entre el centro de salud de referencia y la residencia de las adolescentes.

Los resultados obtenidos nos muestran que la amplia mayoría con un 44% (11) residen entre 11 y 20 cuadras del Centro de Salud más cercano a su domicilio, mientras que un 28% (7) viven a más de 30 cuadras, destacando que del 16% (4) de las adolescentes que nunca han concurrido a un control ginecológico solamente una refiere vivir a más de 30 cuadras.

Si comparamos estos datos con el estándar establecido por el Ministerio de Salud Pública donde se especifica que los Centros de Salud locales no deberían estar a mas de una hora de distancia de los potenciales usuarios, pudiendo ser 60 km en ambulancia, 12 km en transporte colectivo o 4 km a pie. Podemos decir, que para esta población la accesibilidad geográfica no sería un impedimento a la hora de utilizar un servicio de salud.

Otras de las barreras para acceder a la consulta son las de tipo funcional, por lo cual se indagó sobre las características de la estructura y funcionamiento del Centro de Salud que facilitan o impiden el acceso al mismo. Encontrando que un 48% (12) de las adolescentes cree que el tiempo entre que saca número para la consulta y se efectiviza la misma es adecuado mientras que en igual porcentaje, opinaron que el tiempo de espera es prolongado. Encontramos aquí una gran dificultad teniendo en cuenta la población con la que estamos trabajando "adolescentes", que manejan una realidad del tiempo diferente a la de los adultos solicitando una atención inmediata, por lo que el considerar un tiempo de espera prolongado puede significar un factor para no concurrir a la consulta. Sería importante que los Centros de Salud que asisten a este tipo de población contaran con una captación rápida y oportuna cuando la consulta es solicitada. Continuando con las características del funcionamiento del Centro de Salud se indagó sobre el tiempo en la sala de espera previo a la consulta con el ginecólogo, donde el 56% (14) opinan que el mismo es adecuado no identificando esta característica como una barrera para acceder a la consulta,

mientras que un porcentaje menor pero no menos importante 32% (8) opinó que el mismo es prolongado. Siendo este otro obstáculo a la hora de efectivizar la consulta.

En cuanto al tiempo dedicado por el ginecólogo en la consulta la gran mayoría de la población con un 80% (20) consideró que el mismo es adecuado, encontrando a ésta característica como favorable pudiendo incentivar próximas consultas.

Un 64% (16) de las adolescentes refirieron que la información solicitada al Centro de Salud les fue brindada en tiempo y forma no en todas las oportunidades, mientras que un 16% (4) refirieron no haber recibido la información solicitada. Esta es una variable a resaltar dado que se encuentra implícita dentro de los Derechos Sexuales y Reproductivos; recordando que uno de los derechos sexuales menciona el "Derecho a contar con información y conocimiento adecuado y suficiente acerca de la sexualidad y reproducción así como a acceder a una educación sexual y oportuna, integral, laica, gradual, científica y con enfoque de género".

Siguiendo con los factores que dificultan o favorecen la accesibilidad al Centro de Salud, se indagó sobre el conocimiento que tienen las adolescentes sobre los trámites necesarios para acceder a la consulta ginecológica, donde se encontró que el 80% (20) maneja esa información, esto demuestra por parte de las mismas una actitud positiva frente al cuidado de su salud.

Consideramos que el personal de la salud debería estar preparado para asumir el compromiso de responder a las demandas de las adolescentes, aclarando dudas y brindando información, por lo cual se indagó para conocer lo que opinaban las adolescentes sobre la atención brindada por el personal del Centro de Salud, encontrando que un 56% (14) refirió que la misma era buena, mientras que un 40% (10) refirió que la asistencia era regular.

En cuanto al horario de atención del Centro de Salud el 60% (15) de las adolescentes consideró que el mismo es adecuado, mientras que el 40% (10) consideró que es limitado. En la población adolescente es fundamental tener en cuenta determinados factores que favorezcan la accesibilidad a los servicios de salud, ya sea minimizando los requisitos de acceso, disponiendo de un horario especial para dicha población (compatible con su horario liceal o laboral), facilitando diferentes tipos de atención, realizando actividades de

difusión del servicio, de captación activa orientada a los jóvenes, así como también prestando atención multidisciplinaria. Estos forman parte de los estándares para servicios de calidad de la OMS.

"De esta manera las adolescentes tienen el derecho a una vida sexual y reproductiva placentera e informada, al acceso a servicios y educación en sexualidad y salud reproductiva de calidad y a métodos anticonceptivos accesibles que permitan el desarrollo de su vida en tanto seres sexuados. Significa a sí mismo la generación de condiciones que permitan su crecimiento pleno, el desarrollo de sus potencialidades y su construcción en tanto sujetos autónomos."

En relación a las características ambientales del Centro de Salud, un 76% (19) de las adolescentes consideran que el lugar físico es adecuado y confortable. Respecto al lugar donde se realiza la consulta ginecológica un 100% (25) considera que el mismo es confortable y cuenta con la privacidad necesaria. Datos que podrían estar relacionados a que el 84% (21) de la población objetivo cuenta con asistencia privada. Es por lo anteriormente mencionado que podemos decir que la accesibilidad en cuanto a las condiciones ambientales del centro de salud no condiciona el acceso al mismo.

Al indagar sobre la forma en la que se comunica el personal del centro de salud con las adolescentes un 88% (22) cree que lo hacen en forma clara, si bien éste es un factor positivo el 12% (3) restante considera que se comunica en forma poco clara. En cuanto a la comunicación con el personal de la salud se establece una relación entre quien ofrece los cuidados y quien los demanda, este último cabe recordar se encuentra en una posición de vulnerabilidad, por ello a la hora de establecer un primer contacto con la adolescente es fundamental tener en cuenta una serie de conductas o actitudes a mantener para lograr establecer un vínculo de confianza y favorecer la apertura de la adolescente para manifestar cómodamente sus problemas, inquietudes, entre otros. En este primer encuentro, se basará el desarrollo de todo el vínculo a futuro con el profesional por parte del usuario. Lo que el profesional piensa, siente y demuestra mediante sus gestos o actitudes tendrá consecuencias en el transcurso de esta interacción. Esto también involucra criterios de eficacia, responsabilidad y respeto hacia la adolescente.

Para todo esto el Licenciado en Enfermería debe comprometerse con el usuario, para establecer un vínculo.

Esto nos da la pauta para trabajar mas en la mejora de la calidad en la comunicación del personal de la salud, tratando de mantener activa la comunicación con la adolescente mediante diferentes técnicas que faciliten la misma, fomentando el diálogo. Siendo enfermería un referente del equipo de salud fundamental a la hora de promover y/o fomentar dicho intercambio. Cabe destacar que no se encontraron trabajos que mencionen la participación de enfermería en ésta área. Si relacionamos esto con la variable que hace referencia al personal de la salud que derivó a la adolescente a la consulta ginecológica, se obtuvo que un 48% (12) identificó al médico como el personal de la salud que aconsejó dicho control, mientras que en igual porcentaje refirieron no ser derivadas por ningún integrante del equipo de salud. Destacando que ninguna de las adolescentes de la muestra identificó a la enfermera como la persona que le aconsejó dicho control, esto nos hace reflexionar sobre el papel que cumple actualmente enfermería en el primer nivel de atención, siendo este uno de los pilares fundamentales para fortalecer la capacidad de participación y creación de los propios involucrados.

En relación a la cobertura asistencial se puede destacar que el 84% (21) cuenta con asistencia privada, y el 12% (3) tiene cobertura pública, pero no menos importante en nuestra muestra encontramos que un 4% (1) no cuenta con ninguna cobertura asistencial, lo cual deberíamos tenerlo presente dado el actual cambio en la asistencia sanitaria de nuestro país, donde uno de los objetivos fundamentales es que todos tengan acceso a este derecho. Destacando que dentro de los Derechos sexuales y Reproductivos se encuentran: "Derecho a acceder a servicios de salud sexual de calidad y con enfoque de género que incluyan la prevención y tratamiento de infecciones y enfermedades de transmisión sexual en especial del HIV- SIDA", así como "Derecho a servicios de salud gratuitos de calidad que faciliten el cuidado integral de la gestación, el parto, el postparto y la crianza, acompañados por legislaciones apropiadas".

En nuestro país recientemente se creo el "Programa Nacional de Salud Adolescente" con el fin de implementarse en todos los niveles de atención, a nivel público y privado y en la comunidad y propender a la adaptación del

mismo en la realidad local. Lo que nos demuestra un cambio en las políticas sanitarias, las cuales muestran mayor interés en la población adolescente, enfocándose dentro de otras cosas en la prevención y detección precoz de enfermedades. Estos cambios no sólo se deben a que esta población requiere de una atención especial y especializada, sino también a los cambios socioculturales que han repercutido en la población adolescente como lo son el embarazo adolescente, la drogadicción, ETS, entre otros.

Al indagar sobre de donde obtuvieron la información sobre el control ginecológico encontramos que un 44% (11) la obtuvo de su familia, seguido en igual porcentaje un 8% (2) de adolescentes que obtuvieron la información del personal de salud, el siguiente 8% (2) refirieron obtener la información del liceo – familia – amigos, así como, el último 8% (2) la obtuvo del personal de salud – familia. Cabe destacar que estamos frente a una variable donde podían optar por más de una opción.

Era de esperar que la mayor cantidad de población obtenga la información proveniente de su familia, donde se encuentran sus seres más cercanos, que aportan conocimientos desde su niñez. Siendo aquí donde toman un papel relevante las creencias, por la transmisión de afirmaciones personales que se consideran como verdaderas o hechos supuestos como verdaderos, que se transmiten de generación en generación, y forman una fuerza muy poderosa dentro de la conducta humana, causando efectos concretos en las prácticas cotidianas de la vida.

Es por esto, que a la hora de elaborar y difundir estrategias para la promoción de la salud adolescente, se debe tener en cuenta a la familia y al grupo de pares. Nos parece de relevancia mencionar aquí la teoría de Leninger que menciona que "enfermería brinda una atención integral, lo cual supone el desarrollo de acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación dirigidas a las personas y al ambiente, con el objetivo de elevar la calidad de vida, controlar los riesgos, reparar los daños producidos, actuando en todo momento con una orientación preventiva." En su Teoría de la Diversidad y Universalidad plantea los Cuidados Culturales, "Toma a la cultura como el patrón y el modo de vida de las personas que influyen sobre sus decisiones y acciones. Utilizando un enfoque etnológico que se centra en el estudio y clasificación sistemática de las creencias, valores y prácticas de los cuidados

de enfermería, tal y como estos son conocidos cognitivamente y subjetivamente por una determinada cultura a través de su lenguaje, experiencia, creencias y sistemas de valores.”

En este sentido es donde toma un rol fundamental Enfermería, como agente promotor de la salud que instrumenta instancias educativas donde se contempla al adolescente como un ser bio-psicosocial y cultural, se transmiten conocimientos actitudes y competencias sobre su salud, identificando creencias adquiridas a lo largo de su formación y aclarando aquellos conceptos detectados como erróneos. Con el fin de fomentar su autocuidado y promoviendo que los adolescentes oficien como multiplicadores de salud para sus pares y su entorno.

En cuanto al sentimiento subjetivo de contención, sostén y protección que le brinda la familia a las adolescentes en relación al control de su salud, se encontró que un 88% (22), opinaron sentirse apoyadas y estimuladas. Teniendo en cuenta que “la adolescencia es un período de la vida en que niños y niñas se transforman en adultos, siendo ésta una etapa crítica en el desarrollo biopsicosocial del ser humano, en la que ocurren una serie de cambios biológicos, psíquicos, sociales que transforman al niño en un individuo maduro en sus aspectos; físicos, sexual, emocional y psicoemocional”. La familia ejerce un rol fundamental y es capaz de brindar sostén para que el adolescente mantenga el equilibrio, pero esa formación debe completarse desde el ámbito educativo- formal con una información abierta, reflexiva y continua. El hogar y la familia son el punto de partida para el desarrollo de la madurez en los jóvenes, creando un ámbito que facilita la comunicación y el diálogo. De esta manera la familia es la base fundamental durante el transcurso de estos cambios, otorgándole la seguridad y confianza necesaria para que día a día el adolescente se transforme en un ser independiente y responsable del cuidado de su salud.

Otra de las variables estudiadas fue la creencia de las adolescentes sobre la consulta ginecológica; encontrando que un 64% (16) definió a la misma como “Una instancia donde el ginecólogo realiza un interrogatorio, un examen físico general, un examen ginecológico y examen pélvico y además brinda información sobre métodos anticonceptivos aclarando posibles dudas que

tenga la adolescente", siendo esta una de las opciones dentro de la encuesta realizada.

Dato que se considera favorable ya que dicha definición de control ginecológico es la elaborada por la OPS, por lo cual podemos decir que las adolescentes cuentan con conocimiento sobre la consulta ginecológica.

Otro de los porcentajes que se obtuvo sobre esta variable con un 8% (2) fue la opción que mencionaba que "Es una instancia de prevención de enfermedades como cáncer de mama, cáncer de cuello uterino, enfermedades de transmisión sexual, entre otras". Este concepto no es considerado como erróneo pero tiene implícito solamente la prevención de enfermedades como instancia exclusivamente del control ginecológico y como se mencionó en el marco teórico podemos ver que la consulta ginecológica es una instancia donde el ginecólogo realiza un interrogatorio completo, un examen físico general, de los órganos genitales y un examen pélvico; y además brinda información variada sobre métodos anticonceptivos.

Teniendo en cuenta la importancia que le fue dada a la salud sexual en la Conferencia del Cairo 1994, donde se reconoce a la salud sexual como un factor que contribuye al mejoramiento de la vida y de las relaciones personales, y no solo atención y cuidados referidos a la reproducción y a las enfermedades sexualmente transmitidas; mencionando además que la sexualidad abarca elementos relacionados al deseo, las prácticas sexuales y la comunicación que están por fuera de las políticas sanitarias.

Por lo antes mencionado consideramos fundamental que al asistir al adolescente en la consulta ginecológica se ponga en práctica un modelo de atención integral que implique reconocer la multidimensionalidad, considerando; lo biológico, psicosocial, político, económico, socio cultural y geográfico.

Es necesario como menciona la Lic. en Psicología A. López " Un modelo que tome en cuenta las diferencias de género, clase, edad, etnia y que coloque a la persona en el centro como protagonista de su propio cuidado, de su propia salud". Siendo este un modelo que reconoce a la salud como un derecho humano básico.

Continuando con la consulta ginecológica se estudió sobre la creencia de las adolescentes en cuanto a la acción del ginecólogo en la consulta, encontrando

un 56% (14) que consideraron que "Realiza un interrogatorio completo, un examen físico general y de los órganos genitales". Dato que nos permite señalar una vez más que las adolescentes cuentan con información sobre las acciones que se llevan a cabo en la consulta, esto está estrechamente relacionado con la concurrencia de dicha población al control ginecológico, teniendo en cuenta que el 84% (21) de la muestra han concurrido por lo menos una vez a la misma. Destacando que el 52% (13), de la población objetivo concurrió a un control ginecológico hace menos de 6 meses. Información que denota el compromiso e interés de éste grupo de adolescentes en el control de su salud.

Un 8% (2) refiere que "El profesional realiza un examen físico general y de los órganos genitales", se considera que dicha definición de la acción del ginecólogo se encuentra incompleta. En igual porcentaje se encontraron adolescentes que creen que "el ginecólogo realiza únicamente un interrogatorio médico sin examinar órganos genitales, los cuales son examinados sólo en mujeres mayores de edad". Por lo cual podemos decir que este porcentaje de la población, no cuenta con toda la información necesaria sobre este tema, datos a resaltar, teniendo en cuenta lo que menciona la Lic. en Psicología Alejandra López, que; "El examen ginecológico consiste en un examen crucial en el examen físico de todo adolescente. Es un evento de gran significado psicológico y por lo tanto el primer examen de este tipo puede sensibilizar a la paciente en forma positiva o negativa para los exámenes posteriores".

Es por esto que es de suma importancia, que la población adolescente cuente con los conocimientos adecuados para que la falta de información no se transforme, en una barrera más a la hora de acceder a la consulta ginecológica. Destacando que el equipo de salud, la institución a la que concurren así como la familia y su entorno, son los responsables de que esto no ocurra.

En cuanto a cuando se debe comenzar con el primer control ginecológico la American College of Obstetrician en Gynecologist sugiere que si se está frente a un adolescente sin alteraciones en su desarrollo y sin haber comenzado a mantener relaciones sexuales, debe comenzar con la primera consulta a los 18 años y repetirla anualmente; por lo cual el comienzo del primer control dependerá de cada adolescente y cada situación en particular.

Al indagar respecto a lo que creen las adolescentes sobre el momento en que se debe comenzar con el control ginecológico, se encontró que el 36% (9) opinó que el mismo se realiza después de la primera menstruación, el 12% (3) cree que se debe realizar antes de la primera relación sexual. Así mismo, en cuanto a esta creencia se encontraron 3 rangos en igual porcentaje, un 8% (2) creen que se debe comenzar antes de la primera menstruación, el siguiente 8% (2) después de la primera relación sexual y el último 8% (2) cree que se debe iniciar con el control después de la primera relación sexual y ante la sospecha de alguna enfermedad.

Estos datos nos muestran la realidad actual de la mayor parte de la población de nuestro país, la cual no denota interés en el control de su salud y prevención de enfermedades, sino que consulta ante la aparición de algún signo de preocupación o la necesidad de aclarar dudas con el profesional de la salud sobre un tema específico.

Realidad que se intenta modificar con el actual Programa Nacional de Salud Adolescente donde se resalta la importancia del Primer Nivel de Atención y tiene como uno de sus objetivos fomentar la prevención de enfermedades y promoción de salud.

Es importante mencionar que el 16% (4) del total de la población nunca concurre al control ginecológico, dentro de este porcentaje cabe resaltar que un 50% (2) cree que se debe comenzar con dicho control antes de la primera menstruación y el 50% (2) restante opinan que deben ser controladas antes de la primera relación sexual.

Es importante que el pediatra desde etapas tempranas realice un examen físico y dentro de este realice un examen de los órganos genitales. Para que de esta manera la adolescente reconozca la importancia de su control y disminuyan los temores vinculados a la consulta ginecológica.

Habitualmente las mujeres desconocen su propio cuerpo, y en especial sus genitales. Esto conlleva a no relevar como importantes algunos síntomas que pueden presentarse y que de contar con elementos acerca de sus posibles causas y consecuencias permitirían que la mujer actuara con mayor conciencia de los riesgos de no consultar.

Al indagar sobre la fecha del último control ginecológico se encontró que el 52% (13) concurre hace menos de seis meses, un 36% (8) lo hizo hace mas

de 6 meses y un 16% (4) nunca concurre a dicho control. Se destaca que además de contar con los conocimientos e información correspondiente, la mayor parte de la población cuenta con el control ginecológico. Dato a tener en cuenta dado que al momento de recabar la información sobre este tema, se encontró "a la adolescencia como un difícil periodo caracterizado por la resistencia a este tipo de controles" siendo conscientes que "durante esta etapa pueden presentarse alteraciones del desarrollo, de los caracteres sexuales y trastornos funcionales del ciclo (irregularidades menstruales)", por lo cual es fundamental que se cuente con los controles correspondientes.

Al indagar sobre quien motivó a que se lleve a cabo la consulta ginecológica, un 44% (11) respondió que fue incentivada por la familia, nuevamente la mayor parte de las adolescentes obtuvieron información y fueron motivadas a asistir a la consulta por su familia, teniendo en cuenta la importancia de este apoyo y sostén en esta etapa de la vida. No menos relevante se encontró que un 20% (5) acudió a la consulta por motivación propia; lo que demuestra estar frente a una población consciente y responsable del cuidado de su salud. Conductas estas que deberían ser reconocidas por el personal de salud para fomentar que se continúe en la adolescencia el hábito de su autocuidado.

Debemos tener en cuenta el ambiente familiar, social y humano donde se desarrolla la vida del adolescente.

Siempre que tratamos a un adolescente debemos incluir a su familia, o lo que constituye su red interpersonal. No podemos concebirlo como un individuo aislado.

Desde el punto de vista psicoanalítico todo sujeto contiene en su realidad, imágenes psíquicas de los personajes importantes de su vida, dentro de los cuales está representado el grupo familiar. Éste se presentará tarde o temprano.

No se debe perder la oportunidad de conversar con la familia, ya que ella puede aportar valiosos datos.

Se deberá realizar esto dentro de la corrección y neutralidad, estableciendo una adecuada alianza con ella, promoviendo la recuperación del usuario.

En todo momento debemos considerar a la adolescente como una unidad funcional y es importante saber que lugar ocupa en esa familia.

La familia es un sistema y es necesario conocer los roles y funciones que desempeñan cada uno.

Además de indagar sobre la asistencia al control ginecológico dentro de las variables estudiadas se investigó el motivo por el cual las adolescentes concurren a dicho control, teniendo como resultado que un 53% (11) de la población seleccionó la opción otras dentro de las cuales se mencionan: acudió para realizarse un control, por irregularidades en la menstruación, por curiosidad, por exámenes, por dolores menstruales, mientras que un 33% (7) asistió a la consulta con el fin de obtener información sobre métodos anticonceptivos, el 14% (3) restante consultó por aparición de signos o síntomas de alguna patología.

Es interesante visualizar que ninguna adolescente dentro de la muestra refirió como motivo para concurrir al control ginecológico, el estar frente a un embarazo. Encontrando un alto porcentaje que acudió por información sobre métodos anticonceptivos, lo que muestra una población interesada en la prevención de enfermedades así como en la planificación familiar, teniendo en cuenta que esto solo se logra con motivación e información sobre el tema. Actitudes que el equipo de salud debe incentivar y fomentar en esta población. Para cumplir con los Derechos Reproductivos; "Recibir plena información acerca de los beneficios, riesgos y efectividad de todos los métodos anticonceptivos y la prevención de embarazos no planeados". "Derecho a información objetiva y actualizada sobre metodologías anticonceptivas, métodos de esterilización masculina y femenina, intervenciones quirúrgicas y tratamientos médicos que intervengan en la salud sexual y reproductiva de mujeres y hombres, que permita la toma de decisiones informadas".

Una vez más se encontró que el sostén con el que cuentan las adolescentes proviene de su familia, dado que el 71% (15) refirió haber concurrido al primer control ginecológico acompañada por su madre o padre y un 9% (2) por otro familiar.

Tanto en el estudio de esta variable, como en otras se puede visualizar la importancia del rol de la familia en el control ginecológico de las adolescentes, tomando en cuenta a la familia como el centro primario de la socialización, infantil-juvenil que transmite valores y creencias a través de "ejemplos de vida", consejos y educación, que se realizan mediante la interacción de padres a hijos

y de éstos con la sociedad. De esta manera la familia va modelando la riqueza cultural de cada individuo propiciando el crecimiento, la maduración armónica y la formación de los valores.

Es importante resaltar que el 9% (2) de las adolescentes refirieron concurrir solas al primer control ginecológico, destacando esta actitud como positiva y generadora de salud, que refleja una población comprometida con respecto al cuidado de su salud.

En cuanto a la no concurrencia al control ginecológico, cabe destacar que si bien esta variable estaba dirigida a las adolescentes que nunca concurrieron al control ginecológico, o sea el 16% (4) de la muestra, encontramos que un determinado porcentaje de la población total respondió a esta pregunta, pese a haber concurrido por lo menos una vez a dicho control. Consideramos pertinente incluir todos los datos obtenidos en dicha pregunta, teniendo como resultados que un 28% (7) de la muestra optó por la opción otras, refiriendo no concurrir por falta de voluntad y falta de tiempo. Mientras que un 12% (3) manifestaron no concurrir por miedo "a ser atendida por un ginecólogo hombre y sentirme incomoda", "por miedo a que se entere mi madre de que no soy virgen". En igual porcentaje refirieron no concurrir por falta de información sobre los servicios que brinda el Centro de Salud, así como también el horario y funcionamiento del mismo.

En relación al 16% (4) de la muestra que nunca han concurrido al control ginecológico, un 50% (2) refieren que el motivo de la no concurrencia fue por miedo: a ser atendida por un ginecólogo hombre, a sentirse incomoda y a que la madre se entere de que no es virgen.

El 50% (2) restante dentro de la opción otras mencionó no concurrir por falta de voluntad y falta de tiempo.

Esto esta relacionado con los Derechos Sexuales que menciona el derecho a acceder a servicios de salud sexual de calidad y con enfoque de género, lo cual fue mencionado en otras oportunidades.

Otro de los Derechos Sexuales menciona "Estar libres de temor, vergüenza, culpas, creencias impuestas, u otras formas que inhiban la sexualidad de la persona o menoscaben sus relaciones sexuales".

Para brindar un servicio de calidad debemos tener en cuenta el horario de la institución a la que concurren, horario laboral, que el Centro de Salud cuente

con coordinación telefónica para la consulta. Así como también que los servicios cuenten con la privacidad necesaria a la hora de efectuar la consulta y que los mismos proporcionen al adolescente la opción de elegir al profesional que las asista y de esta manera fomentar y/o brindar atención adecuada a esta población.

Para lograr establecer un buen relacionamiento, el enfermero debe atender a una serie de detalles como ser; saludo inicial dado que con el mismo se pone en juego toda la relación, el lenguaje no debe ser ni vulgar ni demasiado técnico, ya que puede intimidar a la adolescente, debe adaptarse a las distintas situaciones e individuos o personas. Es indispensable para la comunicación y la relación con la adolescente un cierto silencio de escucha, lo cual permite disponibilidad y accesibilidad.

Con respecto al tono de voz, el mismo puede transmitir frialdad o cordialidad. Una sonrisa invita a la calma y confianza por parte de la adolescente, esto disminuye su ansiedad y nerviosismo, y nos ayudará a percibir mejor su situación. La presentación es importante, identificarse al inicio de la consulta, darle la mano al saludarla, ya que el contacto físico favorece el acercamiento y se puede evaluar la respuesta al saludo.

Ante todo, debemos recordar que el usuario es un individuo que se acerca con un bagaje particular y un estado anímico que debemos respetar. Está en el enfermero que lo recepcione, el contribuir a disminuir la hostilidad que este entorno nuevo le significa.

Debemos tener en cuenta la etapa vital que atraviesa el adolescente, en ello también repercute nuestra propia historia personal y profesional.

Durante la entrevista con la adolescente debemos asegurarle exclusividad y estar disponibles, ya que para ella el problema que plantea es único y lo más importante. Así entonces, le estamos demostrando que ella merece nuestra atención y respeto.

Es fundamental disponer del tiempo necesario para la entrevista, para tratar de acceder a su universo y situarse en su mundo. Respetar el tiempo de la adolescente permitiendo expresar sus demandas, necesidades, inquietudes, ansiedades, miedos y angustias; y de esta manera permitirle que tome confianza y pueda esclarecer sus ideas, así como ayudar a reconocer sus capacidades o recursos.

Es importante que en el momento de la consulta exista una instancia donde el ginecólogo se encuentre a solas con la adolescente, donde esta pueda expresar sus inquietudes y miedos y se le brinde la confidencialidad necesaria, aclarándole a la adolescente que las situaciones que la pongan en peligro a ella o a otras personas no se consideran como confidenciales, teniendo dicho profesional la responsabilidad de hacer saber a sus padres o la persona con quien concurra a la consulta.

Así mismo, se debe propiciar una instancia de intercambio con la familia, ya que como se mencionó anteriormente esta cumple un rol fundamental en la promoción de la salud del adolescente.

Se indagó además, sobre los temores que poseen las adolescentes sobre el control ginecológico que actúan como barreras para acceder al mismo, encontrando que un 12% (3) manifestó temor a ser maltratadas, mientras que otro 12% (3) manifestó temor a sentir pudor o vergüenza por desnudarse frente a otro y a ser atendida por un ginecólogo hombre. Encontramos en igual porcentaje 3 rangos con un 8% (2) que manifestaron temor a sentir pudor o vergüenza por desnudarse frente a otro, el siguiente 8% (2) a sentir temor por ser atendida por un ginecólogo hombre y el último 8% (2) refirieron tener otros tipos de temores, como por ejemplo: "temor a que le cuenten a mi madre cosas que no sabe" y un 2% (1) temor a ser rezongadas (por su actitud de abandono frente a su salud y por desconocer su propio cuerpo).

Por lo cual es importante que el ginecólogo explique a la adolescente las características del examen y que el servicio cuente con las condiciones de privacidad necesarias para dicho control. Con respecto al temor de las adolescentes a sentir pudor o vergüenza por desnudarse frente a otro, como se mencionó anteriormente, es fundamental contar con elementos que aseguren la privacidad como lo son; biombo, sábanas para cubrirse, delimitación de áreas, mobiliario adecuado y buena ventilación, entre otras. Es importante mantener la distancia adecuada, dado que con una distancia reducida la adolescente puede sentir que su intimidad es invadida, o por lo contrario, una distancia excesiva puede percibirse como falta de interés.

Se encontraron adolescentes que expresaron temor a ser atendidas por un ginecólogo hombre, así como, a ser maltratadas y/o rezongadas por su actitud de abandono frente a su salud. Estos temores ofician como barreras que se

pueden modificar brindando información a la adolescente; a través de la consulta de enfermería como se nombró anteriormente, mencionando los pasos a seguir en el examen ginecológico y la importancia de realizar cada uno de ellos.

Por lo cual es importante trabajar con la mujer, más específicamente con las adolescentes, para que puedan identificar y reconocer las barreras que tiene cada una que influyen negativamente, ya sea inhibiendo y/o limitando el acceso al cuidado de su salud. Reconocer dichas barreras es un paso fundamental para generar en la adolescente un cambio de actitud frente a la consulta ginecológica preventiva, siendo ésta un eje central de la salud sexual y reproductiva.

# ***CONCLUSIÓN***

## Conclusión

La evaluación sobre el impacto de las Creencias de las adolescentes a la hora de concurrir a la consulta ginecológica, sobre todo a lo que se refiere a los conocimientos y el comportamiento de las mismas, es compleja porque el contenido varía, dependiendo de las características epidemiológicas y socioculturales de la población. Por lo cual, es difícil generalizar los datos obtenidos de esta pequeña muestra con la realidad actual de la adolescencia en nuestro país.

Como las variables a estudiar tratan sobre las creencias de la población, debemos tener en cuenta que obtenemos una realidad subjetiva de lo que opinan las mismas sobre el tema en estudio. Considerando que es importante resaltar que por miedo o temor a ser juzgadas por su opinión, es posible que no respondan sinceramente sino que expresen aquello que asumen que deberían responder o se espera que respondan, destacando que esto no siempre concuerda con la realidad.

Se explicó a las adolescentes incluidas en el estudio que se encontraban frente a una encuesta voluntaria y de carácter anónima, procurando contar con la mayor sinceridad posible al momento de brindar la información, y disminuir las posibilidades de error antes mencionadas.

Antes de comenzar con esta investigación, se esperaba encontrar una población desprovista de información e influenciada por creencias, que obstaculizaran su asistencia al control ginecológico. Luego de analizar los datos obtenidos, se pudo visualizar que nos encontramos frente a adolescentes que contaban en su gran mayoría 84 % (21) con la realización del control ginecológico en el último año, dentro de las cuales un 52% (13), refirieron haber concurrido hace menos de 6 meses. Contando con información al respecto, lo que las hace responsables del cuidado de su salud.

El 16% (4) restante refirió no concurrir a un control ginecológico, por: miedo a ser atendida por un ginecólogo hombre, a sentirse incomoda y a que la familia se entere de que ha comenzado a mantener relaciones sexuales. Recordando

lo mencionado por el autor José Pedro Barran "Que la sexualidad al mismo tiempo que es omnipresente es negada por la sociedad..." y "...el no hablar sobre ésta no significa que no exista. Así como el dialogar sobre ella no habilita su práctica". Es por esto que es fundamental que la familia actúe de sostén y apoyo hablando sobre este tema, teniendo como una de las finalidades del equipo de salud, informar a la familia sobre Salud Sexual y Reproductiva transformando a esta como promotora de Salud en el hogar. Resaltando que del total de la población objetivo el 88%(22), manifestó sentirse apoyada y estimulada por parte de su familia con respecto al control de su salud.

Se pudo observar que el miedo de las adolescentes a ser atendidas por un ginecólogo hombre, así como; el desnudarse frente a otro y el no contar con la privacidad adecuada ofician de barreras a la hora de acceder a la consulta. Así mismo se encontraron adolescentes que refirieron no concurrir por falta de tiempo y falta de voluntad.

Instancias estas, que se podrían derribar si se contara con información necesaria y conciencia de la importancia de estos controles. Lo cual se podría alcanzar mediante una captación oportuna de las adolescentes, realizando la Consulta de Enfermería previo a la consulta ginecológica. Donde se le informe sobre los pasos a seguir, procurando que la adolescente, disminuya sus temores, ante ésta situación desconocida, fomentando la concurrencia a éste tipo de controles y creando conductas generadoras de salud. Lo que se podría alcanzar además, mediante la realización del examen ginecológico, desde etapas tempranas en la consulta pediátrica disminuyendo los temores y fomentando en la adolescencia temprana actitudes que conlleven al cuidado de su cuerpo.

En cuanto a las creencias de las adolescentes con respecto a las características de estructura, funcionamiento y condiciones ambientales del Centro de Salud, en su amplia mayoría expresaron estar conformes con la asistencia brindada en lo que se refiere a la accesibilidad horaria, atención brindada por el personal de salud y planta física donde se lleva a cabo la consulta. Datos que se podrían relacionar a que el 84% (21) de las adolescentes cuentan con asistencia privada.

Destacando que la mayor parte de las adolescentes obtuvo la información de fuentes informales como lo son familia y amigos, debemos tener en cuenta, que

a través de esta fuente de información se adquieren conocimientos que son transmitidos de generación en generación en forma de creencias, condicionando la práctica cotidiana de la vida del adolescente.

Datos que nos muestran que Enfermería podría trabajar más desde el primer nivel de atención, en estrategias para acceder a esta población y de esta manera brindar información para la prevención y promoción en salud. Trabajando no solo desde el sector salud sino también desde centros educativos, laborales, religiosos, medios de información, comunidad y otras instituciones sociales comprometidas con el presente y futuro de los adolescentes.

En la medida en que las Enfermeras hemos alcanzado un alto grado de autonomía profesional y han aumentado nuestros conocimientos y habilidades, somos más capaces de abordar los cuidados del adolescente, cada vez más complejos, desde una perspectiva individual en relación con su entorno social y familiar. A través del método científico utilizando del Proceso de Atención de Enfermería que se lleva a cabo en la consulta de enfermería. Siendo ésta una instancia; humana, personal, que contribuye a elevar la calidad de la asistencia, aportando atención en equipo y caracterizándose como una actividad relevante en el Primer Nivel de Atención.

Por eso el objetivo, es buscar estrategias que nos lleven a mejorar la atención que estamos prestando y como prioridad, el dar cabida en la censura a la demanda de los usuarios en aspectos de promoción y educación en salud, mejorando el autocuidado, modificando el estilo de vida y detectando problemas de salud.

Teniendo en cuenta que, la educación general es clave en la determinación de la salud. Las mejores oportunidades educativas conducen al incremento de oportunidades económicas y laborales con la consecuente autonomía y mejores expectativas de vida de los jóvenes. Si los adolescentes no reciben una educación adecuada, el costo social es muy alto, el precio que se paga por una población sin educación o de bajo nivel educativo y sin habilidades para la vida es siempre mayor que el costo de programas de promoción y prevención, estas oportunidades educativas están relacionadas con buenos resultados del comportamiento general, libre de conductas de riesgo y buena salud sexual y reproductiva. Es por esto que el desarrollo económico y social de nuestro país

depende en gran parte de contar con una población educada, saludable y económicamente productiva.

Con respecto a los Objetivos planteados al inicio de esta investigación, podemos decir, que se logró identificar, las creencias del control ginecológico en este grupo de Adolescentes.

# ***BIBLIOGRAFÍA***

## Bibliografía

### Libros

- A. Martín Zurro, J.F Cano. Atención Primaria, Conceptos Organización y Práctica Clínica, 3ª Edición, Barcelona: Mosby/ Doyma; 1994.
- Alejandra López G. Material de Apoyo en Salud Sexual y Reproductiva con Enfoque de Género, 1ª Edición, Montevideo: Taller de Comunicación; 2002.
- Alfredo Pérez S. Ginecología, Adolescencia Desarrollo Afectivo y Sexual, 3ª Edición, Mediterráneo; 2003.
- Dorotea E. Orem, Modelo de Orem. Conceptos de Enfermería en la Práctica, 1ª Edición, Barcelona, ediciones científicas y técnicas;1993.
- Dr. Enrique Dulanto, El Adolescente, 1ª Edición, México: Mc Graw-Hill Interamericana; 2000.
- Dra. M. Penzo, Dra. F.Rava, Dra. M. Maddaleno. Embarazo en la Adolescencia, Las evidencias sobre intervenciones para disminuirlo. Primera Edición. Montevideo: OPS.
- G.E. Alan Dever. Epidemiología y Administración de Servicios de Salud.OPS/OMS; 1991.p.223-235.
- Graciela Antelo F, Daniella Repetto. Introducción a la Investigación Aplicada, Montevideo-Uruguay: CALEN; 2003.
- Leahy, Cobb, Jones. Enfermería para la Salud de la Comunidad. México: La Prensa Medica Mexicana; 1977.
- Ma. Victoria Antón N. "Enfermería y Atención Primaria en Salud",1ª Edición, Madrid: Díaz de Santos S.A; 1989.
- Marriner, Tomey. Modelos y Teorías en Enfermería, 1ª Edición; 1994.
- Marriner,Tomey. Modelos y Teorías en Enfermería, 3ª Edición, España: Mosby/ Doyma libros.

- Masson Salvat. Enfermería Comunitaria I. Series de Series de Manuales de Enfermería. Ediciones Científicas y Técnicas Masson Salvat. España 1992.
- Masson Salvat. Enfermería Comunitaria III. Series de Manuales de Enfermería. Ediciones científicas y técnicas Masson Salvat. España 1993.
- Mirtha Belamendia, Mariella Bazzano, Yeni Hortonedá. Programa Nacional de Salud Adolescente, Uruguay: Del Este Sol S.R.L; 2007.
- Misoczky M. Ceci, Bordin Ronaldo. Gestión local de salud prácticas y reflexiones, Porto Alegre; 2005.p.91-106.
- MSP-UNICEF. Adolescencia Salud Integral y Embarazo Precoz; 1994.
- Oliver Quima I. La Convención en tus Manos, Los Derechos de la Infancia y la Adolescencia, Montevideo-Uruguay: UNICEF Uruguay; 2004.
- OPS. Modelo de Consejería Orientada a los Jóvenes, en Prevención del VIH y para Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva, 2005.
- OPS. La Salud del Adolescente y el Joven de las Américas, publicación científica 489; 1985.
- Ps.A.Lopez, Dr. W. Benia, Dra M.Contera, Dr. C. Guida. Del enfoque materno infantil al enfoque de la salud reproductiva, 1ª Edición, Mdeo-Uruguay; 2003.
- Ramos Calero. Enfermería Comunitaria Métodos y Técnicas,1ª Edición, Madrid-Valencia.
- Raynald Pineault, Carole Davelvy. La Planificación Sanitaria Conceptos-Métodos-Estrategias, 2ª Edición, Barcelona: Masson S.A; 1989.
- R.Hernández, C. Fernández, P. Baptista. Metodología de la Investigación. 3era. Edición. Mexico:Mc Hraw-Hill. Interamericana;2003.
- Sydney L.Kark, Emily Kart. Atención Primaria Orientada a la Comunidad, Barcelona: Doyma; 1994.
- UNICEF. Manual de Capacitación Sexual y Salud en la Adolescencia; 2005.

### **Diccionarios**

- Diccionario de Medicina. IV Edición. Barcelona: OCEANO-MOSBY
- Diccionario de La Real Academia Española. I Edición. Madrid: ESPASA; 1996

### **Revistas**

- El Género Masculino y Femenino en el Embarazo en la Adolescente, 2000, Vol. 2 (2):46 - 47.
- Dra. Maria Rodriguez y Dr. Manuel Novoa. Atención Ginecológica y Obstétrica de la Paciente Adolescente. Uruguay; Vol. 18: 73 - 80.

### **Pág. Web**

- Luis Villoro. Creencia, 1993, (acceso Febrero 2008).  
<http://www.cialc.unam.mx/pensamientoycultura/biblioteca%20virtual/diccionario/creencia.htm>.
- Maya Deren. ¿Qué es el mito?, (acceso Febrero 2008).  
<http://mitosyleyendas.idoneos.com/index.php/296267>
- Mónica Gómez S. Reflexiones sobre el mito y su función, (acceso Febrero 2008).  
<http://www.lacavernadeplaton.com/articulosbis/MonicaG1.html>.
- <http://www.gemart.galeon.com/CREENCIAS> (acceso Abril 2008).

***ANEXOS***



## Anexo N°II

### **"ENCUESTA SOBRE LAS CREENCIAS DEL CONTROL GINECOLÓGICO EN ADOLESCENTES"**

Montevideo, 15 de Agosto de 2008

---

*"Somos un grupo de estudiantes pertenecientes a la Facultad de Enfermería, los cuales estamos realizando una investigación sobre las creencias que tienen las adolescentes de nuestro país sobre el Control Ginecológico, con el objetivo de recabar datos que nos ayuden a mejorar la salud Sexual y Reproductiva de dicha población"*

**1. ¿CUANTOS AÑOS TIENES?**

- a) 15 años
- b) 16 años
- c) 17 años

**2. ¿CUAL ES LA DISTANCIA EN CUADRAS DESDE TU DOMICILIO AL CENTRO DE SALUD MÁS CERCANO?**

- a) Menos de 1 cuadra.
- b) 11 a 20 cuadas.
- c) 21 a 30 cuadas.
- d) Más de 30 cuadas.
- e) No sabe/ No contesta.

**3. ¿QUE TIPO DE COBERTURA ASISTENCIAL TIENES?**

- a) Publico
- b) Privado
- c) No tiene

**4. ¿CONOCES LOS TRÁMITES NECESARIOS PARA ACCEDER A LA CONSULTA CON EL GINECÓLOGO?**

- a) Si
- b) No

**5. CUANDO CONCURRES AL CENTRO DE SALUD:**

**I) CREES QUE EL TIEMPO ENTRE QUE SACAS NÚMERO PARA LA CONSULTA Y SI REALIZA LA MISMA ES:**

- a) Corto
- b) Adecuado
- c) Prolongado

**II) CREES QUE EL TIEMPO QUE PERMANECES EN LA SALA DE ESPERA PREVIO A LA CONSULTA CON EL GINECÓLOGO ES:**

- a) Corto
- b) Adecuado
- c) Prolongado

**III) CREES QUE EL TIEMPO QUE TE DEDICA EL GINECOLOGO DURANTE LA CONSULTA ES:**

- a) Corto
- b) Adecuado
- c) Prolongado

**IV) ¿CUANDO CONCURRIS AL CENTRO DE SALUD EN BUSCA DE INFORMACIÓN, ÉSTA ES BRINDADA EN TIEMPO Y FORMA?**

- a) Nunca
- b) A veces
- c) Siempre

**V) CREES QUE LA ATENCIÓN BRINDADA POR EL PERSONAL DE SALUD ES:**

- a) Buena
- b) Regular
- c) Mala

**VI) CREES QUE EL HORARIO DE ATENCIÓN DEL CENTRO DE SALUD ES:**

- a) Adecuado
- b) Limitado
- c) Inaccesible

**6. EN CUANTO A LAS CONDICIONES AMBIENTALES DEL CENTRO DE SALUD :**

**I) CREE QUE EL CENTRO DE SALUD CUENTA CON UN LUGAR FÍSICO ADECUADO Y CONFORTABLE.**

- a) Si
- b) No

**II) CREE QUE EL LUGAR DONDE SE REALIZA LA CONSULTA GINECOLÓGICA ES CONFORTABLE Y CUENTA CON LA PRIVACIDAD NECESARIA**

- a) Si
- b) No

**7. EL PERSONAL DEL CENTRO DE SALUD SE COMUNICA CONTIGO DE FORMA:**

- a) Clara
- b) Poco clara
- c) Confusa

**8. ¿DE DONDE OBTUVISTES LA INFORMACIÓN SOBRE EL CONTROL GINECOLÓGICO?**

- a) Personal de la salud
- b) En el liceo
- c) Familia
- d) Amigos
- e) Medios de comunicación (folletos, televisión, internet ,libros)
- f) Otros ¿cuales?.....

**9. ¿CONSIDERAS QUE CON QUIENES VIVIS TE APOYAN Y ESTIMULAN EN EL CONTROL DE TU SALUD?**

- a) Si
- b) No
- c) No sabe/no contesta

**10. ¿EN QUE CREES QUE CONSISTE LA CONSULTA GINECOLÓGICA?**

- a) Es la instancia en la que se concurre al ginecólogo exclusivamente ante la presencia de una patología ginecológica y/o posible embarazo.
- b) Es la instancia donde el ginecólogo realiza únicamente un examen específico de los órganos genitales.
- c) Es la instancia en la que la adolescente concurre únicamente para solicitar métodos anticonceptivos.
- d) Es una instancia de prevención de enfermedades como cáncer de mama, Cáncer de cuello uterino, enfermedades de transmisión sexual, entre otras.
- e) Es una instancia donde el ginecólogo realiza un interrogatorio, un examen físico general, un examen ginecológico y examen pélvico y además brinda información sobre métodos anticonceptivos aclarando posibles dudas que tenga el adolescente.
- f) Otros, ¿Cuales? .....

**11. ¿QUÉ CREES QUE HACE EL GINECÓLOGO EN EL CONTROL GINECOLÓGICO?**

- a) Examina solamente los órganos genitales.
- b) Realiza un examen físico general y de los órganos genitales
- c) Realiza únicamente un interrogatorio médico, sin examinar órganos genitales, los cuales son examinados sólo en mujeres mayores de edad.
- d) Realiza un interrogatorio completo, un examen físico general y de los órganos genitales.
- e) Es el que prescribe métodos anticonceptivos.
- f) Realiza un examen físico igual al que realiza el pediatra.
- g) Es el especialista que realiza el Papanicolao y examen de mamas a todas las adolescentes que concurren a la consulta.
- h) Otras, cuales?.....

**12. ¿CÚANDO CREES QUE SE DEBE COMENZAR CON EL PRIMER CONTROL GINECOLÓGICO?**

- a) Antes de la primera menstruación
- b) Después de la primera menstruación
- c) Antes de la primera relación sexual
- d) Después de la primera relación sexual
- e) Ante la sospecha de un embarazo
- f) Ante la sospecha de alguna enfermedad
- g) Otras, ¿Cuales?.....

**13. ¿EN EL ÚLTIMO AÑO HAZ CONCURRIDO AL CONTROL GINECOLÓGICO?**

- a) Hace menos de 6 meses
- b) Hace más de 6 meses
- c) No ha concurrido

**14. ¿QUIEN TE MOTIVO A REALIZAR LA CONSULTA GINECOLÓGICA?**

- a) Familia
- b) Amigos
- c) Medios de comunicación (folletos, tv , internet, libros)
- d) Por motivación propia
- e) Personal de la salud
- f) Otros ¿cual?.....
- g) Ninguno

**15. ¿QUE PERSONAL DE LA SALUD TE ACONSEJO DICHO CONTROL?**

- a) Médico/a
- b) Enfermera/o
- c) Otro personal de la salud
- d) Ninguno

**16. ¿CÚAL FUE EL MOTIVO POR EL QUE CONCURRISTES AL GINECÓLOGO?**

- a) Para obtener información sobre métodos anticonceptivos
- b) Embarazo
- c) Enfermedades
- d) Otras, ¿cuales?.....

**17. ¿CON QUIEN CONCURRISTES AL PRIMER CONTROL GINECOLÓGICO?**

- a) Madre o padre
- b) Amiga/o
- c) Pareja
- d) Otro familiar
- e) Sola

**18. ¿POR QUÉ NO CONCURRES AL CONTROL GINECOLÓGICO?**

- a) Por miedo ¿a que? .....
- b) Por falta de información sobre los servicios que brinda el Centro de Salud, así como también el horario y funcionamiento del mismo.
- c) Porque el Centro de Salud, queda lejos de tu casa
- d) Por que las veces que haz concurrido al Centro de Salud no se te brindó la información en forma clara.
- e) Por que cuando fuistes al ginecólogo no te solucionó el problema por el cual consultastes.
- f) Por los horarios de atención al público para solicitar fecha para la consulta.
- g) Por que no estas conforme con la calidad de atención del personal del Centro de Salud.
- h) Por que en instancias anteriores no sentiste seguridad y confianza con el ginecólogo que te atendió.
- i) Por que no hay ginecólogas mujeres en el Centro de Salud al que concurre.
- j) Porque demoran mucho en atenderte.
- k) Por que tienes que compartir la sala de espera con los adultos y niños.
- l) Por que es muy caro concurrir a la consulta con el ginecólogo
- m) Otras, cuales?.....

**19. ¿CUÁLES SON LOS TEMORES QUE TIENES SOBRE CONTROL GINECOLÓGICO?**

- a) Temor a ser maltratada.
- b) Temor a ser rezongada (por tu actitud de abandono frente a tu salud y por desconocer tu propio cuerpo).
- c) Temor por los prejuicios relacionados a tu vida sexual.
- d) Temor a no entender el lenguaje técnico del profesional y a sentirte ignorante.
- e) Temor a sentir pudor o vergüenza por desnudarte frente a otro.
- f) Temor a no contar con la privacidad adecuada.
- g) Temor a sentir dolor durante el examen ginecológico.
- h) Temor a ser atendido por un ginecólogo hombre.
- i) Otros, cuales?.....

**!!!! GRACIAS POR COLABORAR CON ESTA INVESTIGACIÓN!!!!**