



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CATEDRA MATERNO INFANTIL



PARTICIPACIÓN DEL VARÓN ADOLESCENTE EN LA ELECCIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

AUTORES:

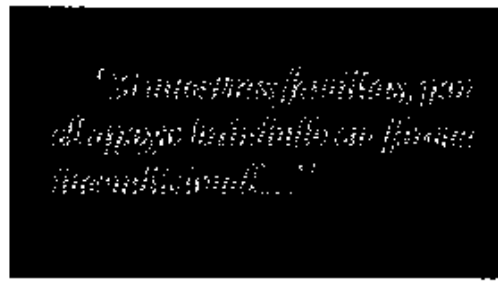
Br. Fontán, Ma. Noel
Br. Mesa, Fátima
Br. Ramos, Cristina
Br. Robaina, Adriana
Br. Rodríguez, Adriana

TUTORES:

Prof. Agda. Lic. Correa, Ana

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

Montevideo, 2008



ÍNDICE	
ÍNDICE	3
GLOSARIO DE SIGLAS	4
INTRODUCCIÓN	5
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN	6
FUNDAMENTACIÓN	7
MARCO TEÓRICO	8
OBJETIVOS	17
DISEÑO METODOLÓGICO	18
PRESENTACIÓN DE DATOS	20
ANÁLISIS	33
CONCLUSIONES	35
SUGERENCIAS	36
AGRADECIMIENTOS	37
BIBLIOGRAFÍA	38

Glosario de siglas

- D.A.L.: Dámaso Antonio Larrañaga.
- M.S.P.: Ministerio de Salud Pública.
- I.T.S.: Infecciones de Transmisión Sexual.
- O.N.U.: Organización de las Naciones Unidas.
- C.I.P.D.: Conferencia Internacional de Población y Desarrollo.
- O.M.S.: Organización Mundial de la Salud.
- O.P.S.: Organización Panamericana de la Salud.
- A.P.S.: Atención Primaria en Salud.
- U.N.I.C.E.F.: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- F.N.U.A.P.: Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en materia de Población.
- D.I.U.: Dispositivo Intra Uterino.
- S.I.U.: Sistema Intra Uterino.
- CELSAM: Centro Latinoamericano Salud y Mujer.
- UDELAR: Universidad de la República.
- M.A.C.: Método Anticonceptivo.
- A.C.O.: Anticonceptivo Oral.
- S/D: sin dato.
- I.N.E.: Instituto Nacional de Estadística.
- DDSSRR: Derechos Sexuales y Reproductivos.
- V.I.H.: Virus de Inmunodeficiencia Humana.
- CO.DI.CEN.: Consejo Directivo Central.
- ASSE: Administración de Servicios de Salud del Estado.
- O.N.G.: Organización No Gubernamental.
- RR.HH.: Recursos Humanos.

Introducción

El presente informe fue realizado por cinco estudiantes de Licenciatura de la Facultad de Enfermería, Universidad de la República, correspondiente al Trabajo Final de Investigación que forma parte del cuarto ciclo de la carrera.

Las líneas de investigación fueron proporcionadas por la Cátedra de Materno Infantil, teniendo como docente tutora a la Prof. Agda, Lic. Ana Correa.

El área temática elegida fue: "Derechos Sexuales y Reproductivos", dentro de la que seleccionamos investigar acerca de un derecho en particular, el Derecho a la *"Participación en forma libre y Responsable de la elección del Método anticonceptivo"* con un enfoque de género, optando por realizar el estudio en una población exclusivamente Masculina, por lo cual debimos tomar como referencia una sola perspectiva de esos derechos.

El trabajo fue realizado en el Instituto Dámaso Antonio Larrañaga, a una población inicial de 293 adolescentes entre 15 y 19 años del sexo masculino, en el mes de octubre del presente año; de los cuales 232 cumplieron con el criterio de inclusión al estudio.

Pretendemos que a través de este Informe en el cual se estudia "la Participación del varón adolescente en la elección de Métodos Anticonceptivos" se vea reflejado si el varón ejerce sus derechos sexuales y reproductivos.

Luego de realizar nuestra revisión bibliográfica hallamos que todos los estudios que se encontraron a nivel nacional estaban dirigidos a la mujer, y los estudios que se encontraron a nivel regional no contenían el enfoque que pretendemos abordar con nuestro trabajo de investigación.

De ahí nació nuestra inquietud de realizar el estudio a una población Masculina, la cual se ve relegada en esta temática. Las entrevistas realizadas a diferentes especialistas en cada área reafirmaron nuestra perspectiva para llevar a cabo dicho estudio.

Nuestro objetivo general es "Conocer cómo participa el varón adolescente en la elección de métodos anticonceptivos".

Para lograr el objetivo establecido se elaboró un instrumento de recolección de datos, dicho instrumento fue de carácter anónimo y con consentimiento por parte de los estudiantes.

Los criterios de inclusión fueron: estudiantes entre 15 y 19 años que estén cursando al menos una materia curricular en el liceo Dámaso Antonio Larrañaga, sexo masculino, y haberse iniciado sexualmente.

Línea de Investigación

"Derechos sexuales y reproductivos".

ÁREA TEMÁTICA: "Participación del varón adolescente en la elección de métodos anticonceptivos".

PREGUNTA PROBLEMA: "¿Cuál es la participación en la elección de métodos anticonceptivos del varón adolescente entre 15 y 19 años que cursan 4º, 5º y 6º en el liceo Dámaso Antonio Larrañaga en el mes de Octubre de 2008?"

Fundamentación

La presente investigación promueve el conocimiento científico acerca de la participación del varón adolescente en la elección de los métodos anticonceptivos.

Surge de la necesidad de conocer el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos del varón adolescente, dado que en nuestro país la participación de los mismos en los servicios de salud sexual y reproductiva es considerada relativamente reciente¹.

Incorporar a los varones a los servicios de salud sexual y reproductiva es un proceso que desborda las responsabilidades del sector salud, dado que se entiende que para ello es necesario incorporar aspectos educacionales sustentados en derechos y deberes desde una perspectiva de género que propicie cambios en la conducta de varones y mujeres.

Según la actual política planteada por el M.S.P., y plasmada en la "GUÍA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA", los servicios de salud sexual y reproductiva en general, y de anticoncepción en particular, deben formar parte de los programas brindados a la población, y deben incluir al hombre y la mujer en su población objetivo, por lo que la elección del MAC debe ser protagonizado por cada mujer u hombre, o por cada pareja debidamente informada.

Al realizar la revisión bibliográfica, encontramos escasa producción científica relacionada al tema planteado en particular, dado que dicha información se caracteriza por un enfoque predominantemente epidemiológico y de relevamiento de conocimientos sobre métodos anticonceptivos y prevención de ITS, sin describir a la participación como parte del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. No contamos entonces con otras investigaciones científicas que antecedan este trabajo con enfoque de género exclusivamente sobre varones enmarcado sobre los "Derechos Sexuales y Reproductivos". Desde el punto de vista de enfermería, el conocimiento generado será relevante en nuestra profesión, brindándonos herramientas para desarrollar actividades de promoción y prevención en salud y actualización de los programas existentes.

¹ GUÍAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA – Capítulo Anticoncepción - *Inclusión de los varones en los servicios de salud sexual y reproductiva 2007- MSP Montevideo*

Marco teórico

“... contribuyendo a una mejor calidad de vida, la expresión de las emociones y vínculos en el ejercicio de una sexualidad placentera y responsable, libre de temores y mitos, sin violencia y equitativa...”

Dr. Jorge Basso

Antes de derechos sexuales y reproductivos, deben recordarse a los derechos humanos, que son los que tienen todas las personas, sin importar su sexo, su color de piel, edad, orientación sexual, religión o partido político (entre otras características) que permiten o buscan que el ser humano pueda disfrutar de una vida digna y desarrollarse plenamente.

Los derechos sexuales y reproductivos son parte de los derechos humanos. Su cometido es que todas las personas puedan vivir libres de discriminación, riesgos, amenazas, coerción y violencia en el área de la sexualidad y la reproducción. Esto implica el poder tomar decisiones informadas sobre la propia fertilidad, la procreación, el cuidado de los hijos y la actividad sexual; así como disponer de los recursos para llevar a la práctica estas decisiones de manera eficaz y segura. Son derechos inalienables e inseparables de otros derechos básicos como el derecho a la alimentación, la vivienda, atención en salud y la educación.

Estos derechos han sido ampliamente reconocidos en las últimas décadas del siglo XX, cuando la Comunidad Internacional junto a la sociedad en general se alieron para garantizar el acceso de mujeres y parejas a una atención en salud de calidad, donde se respeten los derechos sexuales y reproductivos.

Distintos hechos marcaron este proceso para llegar en la actualidad a ésta gran área de proceso de cambio: el período 1985-1995 fue reconocido por la Naciones Unidas (ONU) como la década de la mujer; la Iniciativa por una maternidad sin riesgos en 1987, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) en el año 1994 en el Cairo y la Conferencia Internacional sobre la Mujer en Beijing en 1995.

En el Cairo los gobiernos de más de 180 países reconocieron por primera vez como derechos humanos a los dirigidos a cuidar la salud sexual y reproductiva. Se enfatizó el logro de las metas demográficas (como la disminución del crecimiento de la población a través de algo mucho más amplio que la planificación familiar: mejorar las condiciones de las mujeres en el contexto social, incluyendo así todos los ámbitos donde vive (familia, comunidad, etc.). En el área de salud se han realizado avances desde un modelo asistencialista a un modelo de atención integral con un enfoque social y de desarrollo humano, por lo que se hace fundamental la implementación de acciones en el terreno de la salud sexual y reproductiva.

La salud sexual y reproductiva encuentra en la Conferencia de el Cairo un hito fundamental ya que se adoptó una definición de salud sexual y reproductiva más amplia basándose en la definición de la OMS: “la salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos”.

Esto implica que las personas sean capaces de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear, y la libertad para decidir cuándo y con qué frecuencia hacerlo. El hombre y la mujer tienen derecho a obtener información y tener acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables a su elección para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos; así como el derecho de recibir servicios adecuados de atención a

la salud que permita embarazos y partos sin riesgo. Por su parte, y enlazada con la anterior, la salud sexual implica una vida sexual responsable, satisfactoria y segura. Para lograrla se requiere un enfoque positivo hacia la sexualidad humana y respeto mutuo entre compañeros sexuales. La OMS ha descrito a la salud sexual como "la integración positiva de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del bienestar sexual que contribuya al mejoramiento de la personalidad, la comunicación y el amor". Estas definiciones implican a la pareja y el compromiso que tienen con su compañera, además de lo relacionado a la planificación y la anticoncepción.

La salud sexual y reproductiva es un campo de investigación e intervención socio educativa trascendente en el momento de favorecer el desarrollo pleno e integral de las comunidades, en especial las mujeres y los/as adolescentes. Las Conferencias Internacionales y en especial la de el Cairo, ponen énfasis en el proceso internacional de debate en torno a los temas de población y derechos de las personas en cuanto a regulación de la fecundidad. Desde entonces las políticas de población tienen su eje en salud reproductiva y derechos reproductivos.

Se reconocen allí a los derechos reproductivos como el derecho de alcanzar el nivel más alto en salud sexual y reproductiva, el derecho de todas las personas y parejas de adoptar decisiones sin sufrir discriminación, coacción o violencia, así como decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos disponiendo de información y los medios para ello. Al ejercer estos derechos las personas deben tener en cuenta a su vez las necesidades y derechos de sus hijos nacidos o proyectados y las obligaciones correspondientes con la comunidad.

Para prevenir la violencia sexual, la coerción y la discriminación en el mundo, es necesario definir también a los derechos sexuales. Los mismos se refieren a la libertad de las personas de expresar su sexualidad en condiciones dignas, placenteras y seguras, sin sufrir violencia o abuso sexual y respetando al cuerpo humano y su integridad física. Implica que las personas puedan ejercer en forma autónoma la sexualidad acorde a sus preferencias, incluida en ésta o no la reproducción, e independiente de la edad o el estilo de pareja, sin prácticas de riesgo para la salud.

En Beijing se ratifica lo manifestado en el Cairo en relación a los derechos reproductivos y la salud sexual. En 1999 se realiza la Asamblea General de la ONU convocada para analizar y evaluar el cumplimiento del programa de Acción de el Cairo en 1999 (Cairo + 5), donde también se ratificaron estos compromisos y se compartieron los avances de la gran mayoría de los países.

En forma conjunta a estas cumbres internacionales nacieron también las sociedades civiles organizadas, que llevan un papel fundamental en la conciencia crítica, empujan al cumplimiento de los compromisos asumidos evitando que los mismos caigan en el olvido y establecen vínculos con los profesionales de la salud y con las personas públicas que asumen cargos políticos.

El tratar los derechos sexuales y reproductivos es, a su vez, atravesado por una dicotomía entre lo público y lo privado. Esto dado que la sexualidad se considera un asunto personal (privado) y la reproducción se asume como algo personal pero social, donde el Estado está presente.

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos impulsados en el Cairo en la CIPD proponen una redefinición de la relación entre lo público – privado, y esto afecta la conceptualización de la Salud y los modelos de atención. El enfoque de estos derechos se debe vincular a la transformación de todas aquellas relaciones de poder que generan situaciones de desigualdad y discriminación, por lo que debe ser concebido como un proceso de transformación de lo individual y lo colectivo.

Para ello es necesaria una perspectiva integral en salud sexual y reproductiva. La misma implica considerar al ser humano como sujeto multidimensional y su condición de género, clase social, edad y raza. Todo ello promoviendo el respeto a sus derechos, la no discriminación y la equidad; colocando a cada persona como protagonista de su propio cuidado.

La promoción de la salud sexual y reproductiva es un proceso que se construye a lo largo de la vida de las personas, ya que las demandas y necesidades de cada una son distintas según la etapa de la vida que estén cursando. La población adolescente y juvenil tiene necesidades y demandas específicas en cuanto a salud sexual y reproductiva. Existen diferencias relacionadas con su sector socio económico, con su ser mujer o varón.

La dimensión afectiva social está en la base de la identidad de los adolescentes. La autonomía sexual significa un pilar básico en el desarrollo de otras dimensiones de autonomía. Por autonomía entendemos la capacidad de las personas de generar poder sobre sí mismas, de controlar y modificar las relaciones de poder que las afectan. Se vinculan con los procesos de construcción de identidades. Esto se comprueba en el embarazo adolescente, el cual genera en la mayoría de los casos: discontinuidad o interrupción de los estudios, dificultad en el acceso al mercado laboral lo que profunde además la dependencia económica de las figuras parentales. Por ello la salud y derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes implica el desarrollo de acciones que permitan el acceso a la información sobre el cuerpo y su auto cuidado; el acceso a la educación en sexualidad sobre la base de valores de igualdad, no discriminación y respeto; acceso a espacios habilitantes de intercambio sobre sus dudas, necesidades, creencias y prejuicios en sexualidad; acceso a métodos anticonceptivos adecuados, asequibles y de calidad y a servicios integrales de salud donde se respeten sus derechos.

La población adulta también tiene sus necesidades específicas, principalmente las mujeres para quienes, por su condición de género, la maternidad ocupa un lugar central en su vida personal y su rol social, pero también la lleva a la exclusión de otros ámbitos.

En El Cairo se plantea a la salud sexual como un contribuyente al "mejoramiento de la vida y las relaciones personales, y no sólo atenciones y cuidados referidos a la reproducción y las enfermedades sexualmente transmisibles". La sexualidad abarca muchos elementos como el deseo, la comunicación y las prácticas sexuales. El ser humano tiene dimensiones que lo integran y una de ellas es ser sujeto sexuado y sexual.

La sexualidad se construye en un marco histórico y social determinado, es por eso que todas las personas poseen un saber respecto a la misma.

La familia, escuela, medios de comunicación cumplen un papel fundamental en la transmisión de valores, normas y prohibiciones en relación a la sexualidad, por ello tiene una expresión individual, pero es también producto de una sociedad y sus valores sexuales. En nuestra cultura se tiende a brindar un mayor valor a los fines reproductivos de la sexualidad que los fines placenteros. Esta misma cultura tiende a homologar la genitalidad, término último que se relaciona mayormente con el hecho de que somos seres sexuados; es una expresión de lo sexual pero no la única. La sexualidad como exclusiva del mundo adulto fue cuestionada por las postulaciones de Sigmund Freud a comienzos del siglo XX, al igual que la idea de que la única zona erógena y placentera del cuerpo era la genital.

Cuando decimos sexualidad hablamos del conjunto de prácticas sexuales y del conjunto de elementos imaginarios a ellas asociadas. Incluye que las prácticas sexuales pueden o no tener finalidad coital, y la búsqueda del placer sexual puede o no incluir a la genitalidad.

Se entiende por género al conjunto cultural específico de características que identifica el comportamiento social de las mujeres y hombres así como la relación entre ellos. El género abarca los términos de los hombres y las mujeres y también incluye su relación y la manera

Participación del varón adolescente en la elección de métodos anticonceptivos •
como esta relación se construye socialmente. Refiere a la construcción social y cultural de los atributos, roles e identidades asignadas a las personas en función de su sexo.

El origen de la conceptualización de la palabra género se remonta a la década del 50 y etimológicamente proviene del inglés "gender".

Según Scott² se define como "un elemento constitutivo de las relaciones sociales fundadas sobre las diferencias percibidas por los sexos; ésta se transforma en una diferencia de valor"....

Este autor le atribuye 4 elementos:

- 1) Los símbolos culturalmente aceptados, los que la propia sociedad fabrica como idea de lo que debe un hombre y una mujer. La cultura marca a los seres humanos con el género y el género marca a todo lo demás: lo social, lo político, lo religioso, lo cotidiano.
- 2) Los conceptos normativos que interpretan los símbolos por ejemplo las doctrinas religiosas, científicas, legales, políticas que reafirman el significado de ser varón y mujer, masculino y femenino.
- 3) Las instituciones y organizaciones sociales de las relaciones de género: el sistema de parentesco, la familia, el mercado de trabajo segregado por sexos, etc.
- 4) La construcción de la identidad subjetiva.

En líneas generales se puede entender el género como una forma de referirse a los orígenes exclusivamente sociales de las identidades subjetivas del hombre y la mujer.

Cabe destacar que la identidad de género no es estática, varía según el tiempo histórico ya que se construye históricamente y depende de lo que cada cultura y sus formas de considerar lo masculino y lo femenino.

Según la OPS: "el género abarca los términos de los hombres y las mujeres y también incluye su relación y la manera como ésta se construye socialmente."

Resulta una herramienta analítica para comprender los procesos sociales que incluyen tanto a hombres como mujeres.

Los principales componentes del enfoque de salud sexual y reproductiva son la integridad, género y derechos sexuales y reproductivos a lo largo de toda la vida.

El estudio de las masculinidades ha contribuido a confirmar que la dimensión del género contribuye a superar la visión de género asociada a la condición de la mujer. Para esto se debe intervenir socio educativamente con varones.

A esto A. Gomensoro³ llamó "reciclaje masculino", los varones no renacen a una nueva condición de existencia como lo han hecho las mujeres; sino que se limitan a reciclarse que es la mejor manera de cambiar algo, para que todo quede prácticamente como estaba.

En el papel que la cultura les asigna a los varones en los procesos reproductivos, la construcción social de las ausencias masculinas resulta evidente.

Los servicios de salud y salud reproductiva son el mejor lugar para analizar las relaciones de género, específicamente en lo relacionado con la consolidación de masculinidades

² Scott Coltrane. "The Micropolitics of Gender in Nonindustrial Societies", Gender & Society

³ Educador y Sexo terapeuta Uruguayo. Gomensoro, A., Guida, C., Corsino, D., Lutz, E. (1995) – La nueva condición del varón, ¿renacimiento o reciclaje?- Editorial Fin de Siglo. Uruguay

hegemónicas. Los varones aparecen como agente potenciador de la salud reproductiva de las mujeres, en la medida que se potencia el empoderamiento de los mismos.

Según el texto de El Cairo, ser hombre y ser joven equivale a ser irresponsable mientras que las mujeres reciben una sobrevaloración positiva consideradas como sobrecargadas de tareas en su vida reproductiva. En el contexto de nuestro país, la denominación de Hospital de la Mujer como servicios de salud donde se abordan exclusivamente los procesos que, relacionados con el sistema reproductor, define el lugar de mujer en cuanto a su condición de madre y a su capacidad reproductiva mientras que otros problemas de salud de las mujeres son tratados en los diferentes hospitales.

Lo antes dicho, lejos de promover cambios, contribuye a sedimentar el estereotipo de que los hombres y los jóvenes de ambos sexos son irresponsables debiendo ser captados por políticas especiales y educados para que se tornen responsables.

Es necesario problematizar el llamado a la responsabilidad masculina. El nuevo "deber ser" de los varones implicaría más que un mero cambio actitudinal, una compleja deconstrucción de los modelos educativos y socializantes que generan formas de sentir, pensar, interpretar, amar, enfermar y morir de los varones.

En el área de la anticoncepción el número de consultas de varones en orientación y asistencia anticonceptiva es menor al 1% del total de consultas efectuadas. La ausencia de espacios específicos para la consulta de varones lleva implícito un claro mensaje: el cuidado en torno a la regulación de la fecundidad "es un tema de mujeres." Este concepto se reafirma si pensamos que la oferta de métodos anticonceptivos exclusivamente masculinos es escasa (preservativos y vasectomía). Pensar en la posibilidad de realizar una consulta masculina en el área de la salud reproductiva implicaría rediseñar los programas existentes además y no menos importante un cambio actitudinal y de capacitación de los equipos de salud.

A pesar de existir algunas iniciativas con respecto a la participación del varón en el proceso reproductivo como por ejemplo la ley de acompañamiento durante el parto, aún éste no aparece como un posible actor en este sentido.

Un derecho reproductivo de los varones, desde una perspectiva de género consolidaría el lugar de "cada cual" en los procesos reproductivos.

Además del segundo nivel de atención, también la participación comunitaria desde la atención primaria de salud (APS) como herramienta estratégica ha contribuido a vehicular y consolidar las inequidades de género; promoviendo la instrumentalización del trabajo honorario femenino como vecinas-promotoras ejerciendo "el maternaje comunitario".

Se deben crear condiciones para que los varones puedan transformarse en sujetos de su propia historia, siendo agentes reguladores de su propia sexualidad, cuestionando y construyendo sus posturas de forma más consciente y comprometida, percibiendo el contexto sociocultural en el que están insertos, discutiendo y respetando las diversidades sociopolíticas, culturales y sexuales. Deconstruir los modelos de búsqueda de superioridad ante los pares o de afirmación de la heterosexualidad, romper con la omnipotencia y la desconfianza es necesario para superar la presión del grupo de pares y acceder a la afectividad, enfrentar los miedos, las dudas y las inseguridades.

La Organización Mundial de la Salud, define adolescencia como el período de la vida en el cual el individuo adquiere madurez reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y establece su independencia socio económica.

En una declaración conjunta, realizada en 1998 por la OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población (FNUAP), se declaró que el término "adolescencia" se refiere a personas que tienen entre 10 y 19 años.

Si bien existe, entonces, una definición aceptada de este periodo, el término *adolescencia* suele emplearse para denominar la etapa de transición entre la infancia y la edad adulta.

El grupo de población con edades comprendidas entre los 15 y los 24 años es definido como *juventud*, con un criterio eminentemente psicosocial y de inserción en la comunidad de pertenencia. La tendencia actual es considerarlo juntamente con el grupo de *adolescencia*, dado que el proceso de finalización de ésta guarda marcadas diferencias socio-culturales según las regiones, pero sus necesidades para el desarrollo son básicamente las mismas.

Sin embargo, considerar la *adolescencia* sólo como etapa preparatoria para la *adulthood* constituye una visión reduccionista, que obstaculiza el respeto por sus derechos como actores sociales, incrementando la dependencia infantil y aumentando la brecha entre menores y adultos⁴. De esta forma aparecen representaciones sociales polarizadas que tienden a la idealización o demonización de la etapa adolescente. A partir de ello se tiende a sobrevalorar esta etapa de la vida como modelo corporal, ideal de potencia y capacidad vital o, por el contrario, a patologizarla (Nirenberg, O., 2006).

A pesar de la definición que plantea la OMS, los pensadores especializados en el tema, no encuentran aún acuerdo para delimitar este período y las subetapas que se presentan. Esto se debe a que la *adolescencia*, según nuestra conceptualización, es un constructo⁵ y por lo tanto varía histórica, social y culturalmente. Además, la *adolescencia* como constructo aparece a fines del siglo XIX y principios del XX en respuesta a la lucha contra el trabajo infantil y al intento de prolongación de la permanencia dentro del sistema educativo (Triskier, F., Wahlberg, E., 2006, p413).⁶

La *adolescencia* es una categoría resultante de una construcción social que es aceptada tácitamente y a partir de la cual los actores actúan en función de los roles que a través de la misma se le asignan. Por este motivo, y a los efectos del trabajo que se prevé luego de la presente investigación, no podemos referirnos a "la *adolescencia*" más que considerando a "cada adolescente" en su espacio, tiempo e historia vivencial.

En general, en todas las culturas tradicionales se encuentra algún tipo de rito iniciático que marca la salida de la niñez (Gruber, SA, Yurgelun-Todd, DA, 2006; Nirenberg, 2006; Triskier, 2006). En estas sociedades el período entre la infancia y la *adulthood* no supera los dos años en la mujer y los cuatro para los varones (Schlegel, A., Barry, H., 1991). Por otro lado, en las sociedades occidentales contemporáneas, la *pubertad* se ha adelantado, en el caso de las mujeres, al menos dos años en los últimos cien años (Gaete, V, Corner, E., 2006, Triskier, 2006). Paralelamente, se ha prolongado el período de aparición de aquellos eventos que marcarían lo que la OMS señala como independencia socioeconómica (casamiento, elección vocacional, etc.) y que posibilitarían que el adolescente ingrese a la *adulthood*. Esta prolongación ofrece la posibilidad de que el joven desarrolle mayores recursos para afrontar los desafíos de la vida adulta. Sin embargo, esta repetición de conductas adolescentes los cierra en un círculo que aletarga la toma de decisiones que marca la salida de la misma.

Además de las diferencias en las diversas culturas existen tres aspectos generales de la *adolescencia* que hay que considerar para poder comprender los cambios que sufre la

⁴ Krauskopf, D. (1989) Participación social y desarrollo en la adolescencia. UNFPA. San José, Costa Rica.

⁵ Considera al período adolescente como un constructo ya que el mismo es un concepto que sobrepasa la observación empírica y expresa un supuesto teórico (Bunge, 1973; Cortada de Kohan, N., 2001).

⁶ Triskier, F., Wahlberg, E. (coord) (2006) *Adolescencia*. Vertex Revista Argentina de Psiquiatría Vol. XVII:413-415

personalidad de los jóvenes en esta etapa. Estos aspectos son: físicos, psíquicos y socio cognitivos. Si bien, son aspectos que para su estudio debemos diferenciarlos, en la realidad se presentan simultáneamente, influyéndose unos a otros.

El desarrollo del adolescente se caracteriza por los cambios que se relacionan con los procesos que conducen a la construcción de la conciencia de sí mismo a partir del desarrollo de la identidad del yo corporal, del yo psíquico y del yo social (Mas Colombo, 1999, 2004)⁷.

Generalmente se distinguen dos etapas: a) la pubertad, que se caracteriza por los cambios fisiológicos que se operan en el joven (Steinberg, 1996, citado en Figgs, 2001) y su impacto psicológico y b) la adolescencia propiamente dicha, en donde cobran mayor relevancia los aspectos ligados a los cambios psicosociales.

Las consecuencias psíquicas de los cambios fisiológicos se relacionan con la conciencia e interés creciente por las cuestiones relacionadas con el cuerpo. Por este motivo, esta es una etapa de enorme importancia a los efectos de implementar intervenciones tendientes a la promoción de conductas saludables que partan del conocimiento del propio cuerpo, que posibilite, la construcción de un proyecto con sentido existencial e ideales sociales (Mas Colombo, Risueño, Motta, 2002).

Vivir la sexualidad sin finalidad reproductiva no es un privilegio de las sociedades modernas contemporáneas. Controlar la fecundidad es una práctica que acompaña la historia de la civilización humana. Desde las recetas de los griegos antiguos hasta los métodos anticonceptivos modernos, las sociedades humanas han buscado limitar el número de sus descendientes intentando separar la reproducción de la dimensión placentera, afectiva y comunicacional de la sexualidad.

Entendemos por **método anticonceptivo** todo mecanismo sea físico, químico-farmacológico o quirúrgico -reversibles o irreversibles- que se utilizan en forma previa inmediata o conjunta al acto sexual con el fin de evitar la concepción.

Nos detendremos a analizar los principales métodos utilizados en nuestro medio y aquellos que otros estudios han demostrado ser de preferencia en poblaciones similares a la de nuestro trabajo científico.

Dentro de los **anticonceptivos hormonales**: las **pastillas anticonceptivas (A.C.O)** son el método más usado y uno de los más seguros. Existen varios tipos de pastillas, cuyo contenido hormonal ha ido disminuyendo a lo largo de los años. Los anticonceptivos orales modernos (combinados) están hechos con dosis muy bajas de estrógeno y progestágenos sintéticos. Son muy eficaces para prevenir el embarazo si se toman sistemáticamente y de manera correcta (todos los días a la misma hora). El uso de algunos medicamentos como antibióticos y/o anticonvulsivantes, disminuyen la eficacia de los métodos hormonales, por lo que se recomienda adoptar medidas complementarias. La diarrea y los vómitos son otra causa común que disminuye su eficacia. En todos estos casos se recomienda consultar a profesionales de la salud. Su uso no interfiere en la relación sexual y son seguros para la mayoría de las mujeres. Salvo en aquellas mujeres que tienen afecciones cardiovasculares, enfermedades crónicas así como las fumadoras, sobre todo si son mayores de 35 años, deben descartar el uso de este método. En cuanto a los **anticonceptivos inyectables**, los mismos contienen un estrógeno natural y un gestágeno, se administran por medio de una inyección intramuscular profunda, una vez al mes.

El **dispositivo intrauterino (D.I.U.)** es un elemento pequeño y flexible hecho de metal y/o plástico que previene el embarazo al insertarse en el útero a través de la vagina (T de Cobre 380 A, T de Cobre 200B). Para la mayoría de las mujeres, son seguros, eficaces y reversibles de

⁷ Mas Colombo, E. (2001). Conciencia de libertad.

efecto a largo plazo. No afectan la lactancia, no interfieren en las relaciones sexuales ni tienen efectos hormonales secundarios. Pueden colocarse inmediatamente después de un parto, aborto o cesárea. Sólo algunas afecciones obstétricas y ginecológicas y ciertas infecciones impiden su uso.

Actualmente, se disponen del sistema intrauterino liberador de levonogestrel (S.I.U) Mirena®, el cual libera en forma controlada una dosis diaria de 20 microgramos.

Dentro de sus principales ventajas además de la anticoncepción se encuentra la reducción del sangrado menstrual, por lo que resulta ventajoso para quienes padecen por causa de una menstruación excesiva.

Es un método que exige cierta asiduidad en la consulta por parte de la mujer para realizar controles periódicos y el recambio del mismo cuando este sea indicado por el médico tratante. El anticonceptivo oral de emergencia se trata del único método anticonceptivo hormonal post coital, que las mujeres pueden usar hasta dentro de 3 días posteriores a una relación sexual sin protección anticonceptiva, con el fin de evitar un embarazo no deseado. Son especialmente recomendadas en situaciones de emergencia: fallo del preservativo, no uso de método anticonceptivo regular, relación sexual forzada o violación sexual.

La anticoncepción de emergencia no interrumpe un embarazo establecido.

El cuadro siguiente refiere a la píldora anticonceptiva de emergencia de gestágenos exclusivos, la cual está disponible en nuestro país de venta libre en las farmacias y en centros públicos de salud. (Ver anexo)

Los métodos de barrera son para las mujeres métodos anticonceptivos que se colocan en la vagina antes de tener relaciones sexuales. Incluye el diafragma, el capuchón cervical y el condón femenino. En Uruguay, ninguno de los tres se encuentra ampliamente disponible. Para su uso se debe conocer la técnica de su correcta utilización y contar con la privacidad para colocar y extraer el método, además de sentirse cómoda con su uso. Para los varones, incluye el preservativo masculino que se trata de una funda de látex delgada diseñada para ser colocada en el pene erecto del hombre.

La ventaja por excelencia de este método (el preservativo) es que es el único método que previene la transmisión de ITS.

Además, su accesibilidad económica, su disponibilidad en el mercado, su venta en diversos negocios y su adquisición prácticamente sin intermediarios (desde hace unos años contamos en el Uruguay con máquinas dispensadoras en locales y eventos ampliamente concurridos) lo convierten en el método anticonceptivo más accesible seguro y difundido; ya que además se desarrollan campañas Informativas en pro de su utilización.

Los métodos de abstinencia parcial son aquellos que requieren que la pareja evite tener relaciones sexuales coitales durante el período fértil del ciclo menstrual de la mujer. Incluye el método del calendario o de Ogino, el método del moco cervical, el método de humedad o Billings, coitus interruptus, entre otros.

En cuanto a métodos irreversibles o permanentes, son de tipo quirúrgico para mujeres y varones que no desean tener hijos o más hijos. La esterilización femenina es también conocida como ligadura tubaria o de trompas. La esterilización masculina es conocida como vasectomía.

Con respecto a la anticoncepción en el Uruguay destacamos que nuestro país no participó de los estudios internacionales de Demografía y Salud y de Prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos. La última Encuesta Nacional de Fecundidad disponible data del año 1986.

Participación del varón adolescente en la elección de métodos anticonceptivos •

Los datos más recientes los aporta el informe del Proyecto Género y Generaciones. Reproducción biológica y social de la población uruguaya (2005)⁸, el cual señala que:

- El uso de métodos anticonceptivos en las relaciones sexuales recientes mostró una frecuencia de 65 % en varones y 62% en mujeres.

- Los métodos más utilizados por la población en pareja fueron preservativos masculinos (40,6%), pastillas anticonceptivas (30,5%) y dispositivos intrauterinos DIU (16,5%). La ligadura de trompas fue señalada como el método utilizado por el 7,1% de las encuestadas.

- El conocimiento del preservativo ascendió al 99% entre los varones y al 95% entre las mujeres. Más del 90% de los encuestados de ambos sexos, manifestaron saber donde conseguir preservativos, en mayor proporción que el 81% observado entre las mujeres en el año 86. Los antecedentes de uso del condón fueron del 86% en el sexo masculino y llegaron al 68% entre las mujeres, duplicando los niveles de uso de la década del 80 (34%).

- Con relación a las pastillas anticonceptivas el 96% de las mujeres tenían conocimiento de este método, el 92% manifestó saber dónde conseguirlo y los antecedentes de uso ascendieron al 75%.

- El conocimiento del Dispositivo Intrauterino (DIU) alcanzó el 77% de las mujeres. El conocimiento sobre dónde conseguirlo fue del 72% y su uso fue del 21%.

- Las mujeres conocían más la anticoncepción de emergencia (72%) que los varones (67%), si bien su uso alcanzó proporciones ligeramente superiores entre los varones (16%).

Entre los adolescentes de ambos sexos, el conocimiento de esta modalidad anticonceptiva fue mayor que en la población general (sexo femenino 81%) pero su uso no fue mayor al 10%.

- Estos resultados presentaron similitudes y diferencias con los arrojados por otros estudios. El Centro Latinoamericano Salud y Mujer (CELSAM, 2001) encontró que el método anticonceptivo usado con más frecuencia eran las pastillas anticonceptivas (54%), seguido del preservativo masculino (30%) y el DIU (16%).

Otro estudio realizado por la Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género (Facultad de Psicología, Udelar) y el MSP (2002) sobre usuarias de servicios del Primer Nivel del MSP en Montevideo mostró que el 78% de las mujeres usaban algún método anticonceptivo, con una preferencia similar entre preservativos (35,8%), DIU (32,8%) y anticonceptivos orales (30%).

- La población con pareja, manifestó que sus principales lugares de obtención de métodos anticonceptivos eran las farmacias y comercios, tanto en Montevideo (61,8%) como en el Interior (60,3%). En segundo lugar se ubicaron los servicios de salud públicos, ligeramente más relevantes en Montevideo (17,4%).⁹

⁸ Proyecto Género y Generaciones: Reproducción Biológica y Social de la Población Uruguaya (MSP, INE, UDELAR, IMM, MYSU, UNFPA, PNUD, 2005)

⁹ Fuente: Cuaderno de Divulgación sobre Derechos y Salud Sexual y Reproductiva-Época 1 N°2-Montevideo- 25 de Junio 2007- MYSU- Mujer y Salud en Uruguay

Objetivos

Objetivo general

CONOCER CÓMO PARTICIPA EL VARÓN ADOLESCENTE EN LA ELECCIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

Objetivos específicos

- DESCRIBIR PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LA POBLACIÓN OBJETIVO.
- CONOCER SI EL ADOLESCENTE VARÓN PARTICIPA DE FORMA ACTIVA O PASIVA EN LA ELECCIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.
- CONOCER DE QUÉ FUENTE OBTIENEN LA INFORMACIÓN QUE MANEJAN LOS VARONES ADOLESCENTES EN RELACIÓN A LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

Diseño metodológico

TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo Cuantitativo Transversal.

UNIVERSO

Todos los estudiantes de sexo masculino, que cursan al menos una materia curricular en el liceo D.A.L., comprendida en el programa de 4tos, 5tos y 6tos años de los turnos: matutino, intermedio y vespertino, contando con una población de 997 estudiantes

MUESTRA

Se tomó una muestra probabilística, utilizando el sistema Informático "Statcalc" para determinar el tamaño muestral con un error estándar menor a 0.05.

MUESTREO

Selección de elementos muestrales por conveniencia.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se tomaron estudiantes de sexo masculino, de 15 a 19 años de edad, sexualmente activos; que a la fecha del estudio se encontraban cursando al menos una materia curricular perteneciente al programa de 4to, 5to y 6to años en el liceo D.A.L

MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN E INSTRUMENTO

Se utilizó un formulario auto administrado, individual y de carácter anónimo como instrumento de recolección de datos.

La semana previa a la etapa de recolección de datos se realizó una prueba piloto a una población total de 30 alumnos del Liceo DAL, cuya finalidad fue ajustar el instrumento al objetivo que nos planteamos.

El mismo fue proporcionado a los estudiantes del Liceo en horarios de recreo, y fueron explicados verbalmente tanto la manera como debía ser completado así como la necesidad de firmar el consentimiento informado.

En base a esa herramienta se procedió a clasificar y analizar los datos obtenidos.

NORMAS ÉTICAS

Se utilizó como norma ética el consentimiento informado por escrito para cada individuo, adosado a cada una de las entrevistas realizadas. Este fue explicado en forma oral (ver anexo1).

Se cuenta además con la autorización escrita de parte de la dirección de la Institución para realizar la recolección de datos.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se realizó un plan de análisis estadístico y tabulación de los datos correspondientes a cada variable, presentándose éstas en función de tablas, gráficos y medidas de resumen.

VARIABLES

Fueron analizadas variables cuantitativas y cualitativas, a las que se les otorgó una definición conceptual, operativa y se les asignó categorías mutuamente excluyente.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CLASIFICACIÓN DE VARIABLE
EDAD	Período de tiempo transcurrido desde el nacimiento del individuo hasta el momento actual.	Edad en años según lo aportado por el participante	Tipo: Cuantitativa continua, ordinal. Categorías: 15 a 19 años.
OCUAPCIÓN	Actividad personal, de carácter remunerado o no, a la cual se dedica.	Actividad que desempeña el participante según dato que aporta	Tipo: Cualitativa nominal. Categoría: estudiante, trabajador dependiente; trabajador independiente y sin dato (s/d)
INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES	Edad que tenía el individuo cuando mantuvo su primera relación sexual.	Edad en que inició sus relaciones sexuales según datos que aporta el participante.	Tipo: Cuantitativa discreta ordinal. Categorías: 9-11 años; 12-14 años; 15-17 años; >18 años
UTILIZACIÓN DE M.A.C.	Uso de uno o más elementos físicos, químicos, farmacológicos o naturales, con el fin de evitar el embarazo y/o la transmisión de I.T.S.	Método anticonceptivo según dato que aporta el participante.	Tipo: cualitativa nominal. Categorías: A.C.O.; A.C.O. de emergencia; preservativo masculino; D.I.U.; otros, s/d.
PARTICIPACIÓN EN LA ELECCIÓN DE M.A.C.	Forma en la que interviene el varón en la elección del M.A.C.	Participación ACTIVA: el varón interviene en la elección, suministro o búsqueda de información y asesoramiento acerca del M.A.C. Participación PASIVA: el varón acepta lo que su pareja decida.	Tipo: cualitativa nominal. Categorías: a) elección de M.A.C.; b) compra/suministro de M.A.C.; c) búsqueda de información o y/o asesoramiento; y d) aceptación de lo que su pareja decida.
FUENTE DE INFORMACIÓN SOBRE M.A.C.	Medio por el cual se obtiene la información acerca de M.A.C.	Medio por el cual el participante obtiene la información sobre M.A.C según dato que aporta.	Tipo: cualitativa nominal. Categorías: a) padres; b) médicos; c) enfermera; d) docente; e) pareja; f) amigos; g) otros.

Presentación de Datos

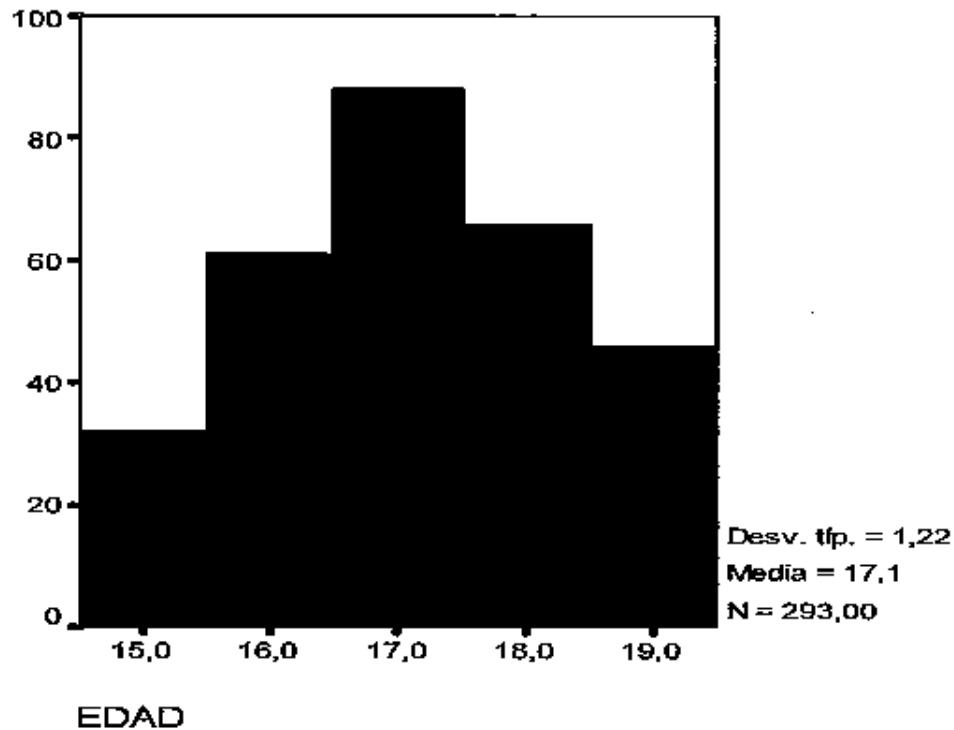
Caracterización de la población estudiada: Varones adolescentes alumnos del Liceo Dámaso A. Larrañaga - Octubre 2008

Tabla N° 1: Distribución de los varones adolescentes de 15 a 19 años que cursan estudios secundarios en el Liceo "Dámaso A. Larrañaga" según la variable Edad

EDAD	F.A.	F.R%
15	32	10.9
16	61	21.0
17	88	30.0
18	66	22.5
19	46	15,7
Total	293	100

FUENTE: formularios de recolección de datos aplicados a los alumnos del Liceo Dámaso Antonio Larrañaga; Octubre 2008

Gráfico N°1: Distribución de los varones adolescentes de 15 a 19 años que cursan estudios secundarios en el Liceo "Dámaso A. Larrañaga" según la variable Edad



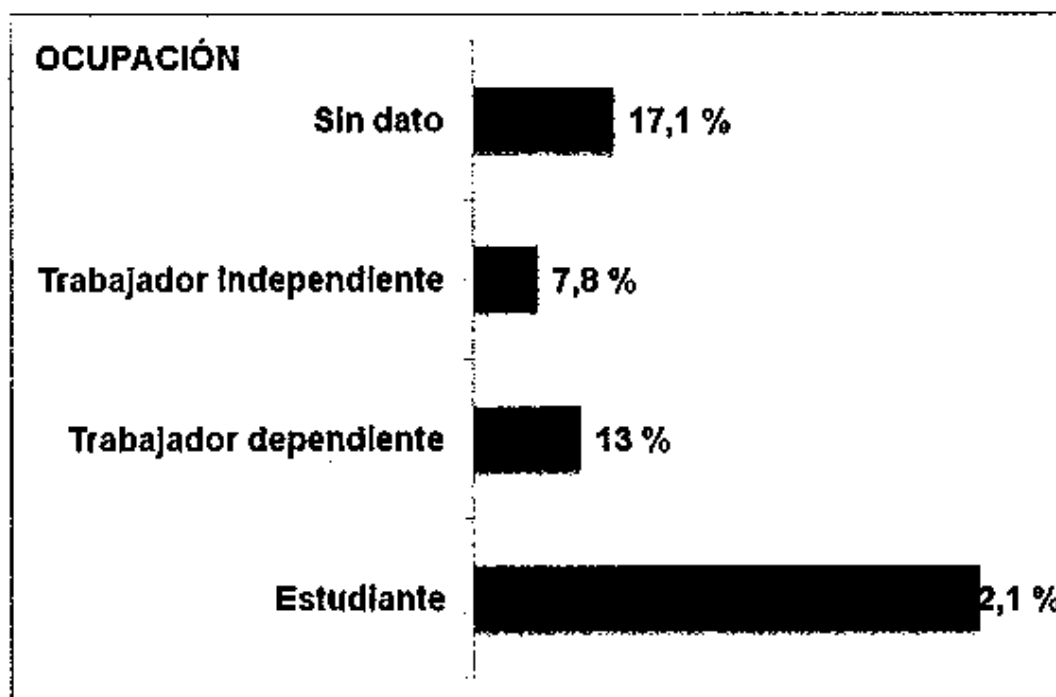
NOTA: La media de edad de los 293 estudiantes del D.A.L. que participaron del estudio fue de 17,1 años.

Tabla N° 2: Distribución de los varones adolescentes de 15 a 19 años que cursan estudios secundarios en el Liceo "Dámaso A. Larrañaga" según la variable Ocupación

OCUPACIÓN	F.A.	F.R.%
Estudiante	182	62.1
Trabajador dependiente	38	13
Trabajador independiente	23	7.8
Sin dato	50	17.1
Total	293	100

FUENTE: formularios de recolección de datos aplicados a los alumnos del Liceo Dámaso Antonio Larrañaga; Octubre 2008

Gráfico N°2: Distribución de los varones adolescentes de 15 a 19 años que cursan estudios secundarios en el Liceo "Dámaso A. Larrañaga" según la variable Ocupación



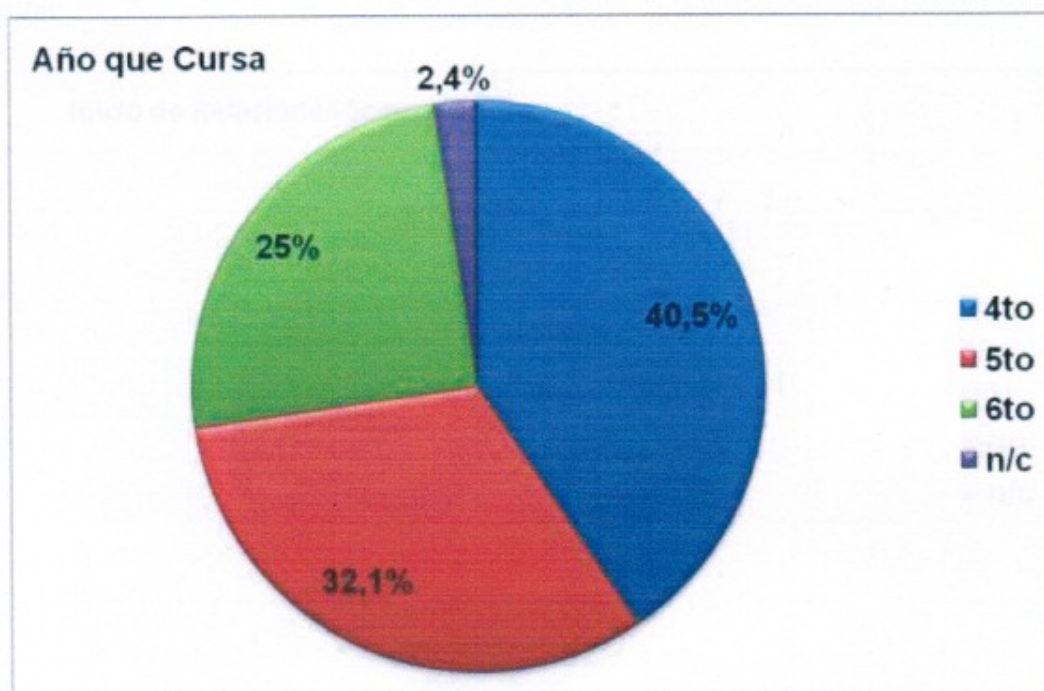
NOTA: El 62,1% son exclusivamente estudiantes, y se destaca que el 20,8% de los estudiantes también trabajan.

Tabla N°3: Distribución de los varones adolescentes de 15 a 19 años que cursan estudios secundarios en el Liceo "Dámaso A. Larrañaga" según la variable Año que Cursa

Año que cursa	F.A.	F.R%
4to	119	40.5
5to	94	32.1
6to	73	25.0
n/c	7	2.4
Total	293	100

FUENTE: formularios de recolección de datos aplicados a los alumnos del Liceo Dámaso Antonio Larrañaga; Octubre 2008

Grafico N°3: Distribución de los varones adolescentes de 15 a 19 años que cursan estudios secundarios en el Liceo "Dámaso A. Larrañaga" según la variable Año que Cursa



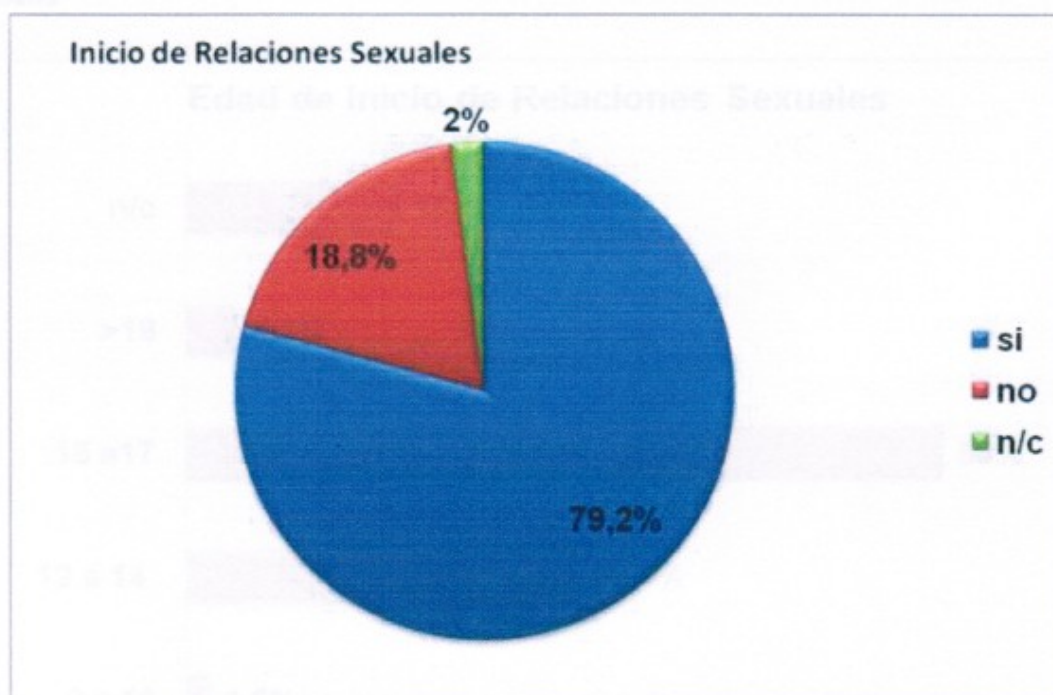
NOTA: El mayor porcentaje de estudiantes se encuentra cursando cuarto año de liceo.

Tabla N° 4: Distribución de los varones adolescentes de 15 a 19 años que cursan estudios secundarios en el Liceo "Dámaso A. Larrañaga" según la variable inicio de relaciones Sexuales

I.R.S.	F.A.	F.R.%
si	232	79.2
no	55	18.8
s/d	6	2.0
Total	293	100

FUENTE: formularios de recolección de datos aplicados a los alumnos del Liceo Dámaso Antonio Larrañaga; Octubre 2008

Gráfico N°4: Distribución de los varones adolescentes de 15 a 19 años que cursan estudios secundarios en el Liceo "Dámaso A. Larrañaga" según la variable inicio de relaciones Sexuales



NOTA: Un 79,2% de la población estudiada refiere haberse iniciado sexualmente. Esto representa un número de 232 estudiantes.

Los datos que se presentarán a continuación y hasta el final del estudio corresponden a un N= 232 estudiantes del liceo D.A.L. que ya se habían iniciado sexualmente (criterio de inclusión).

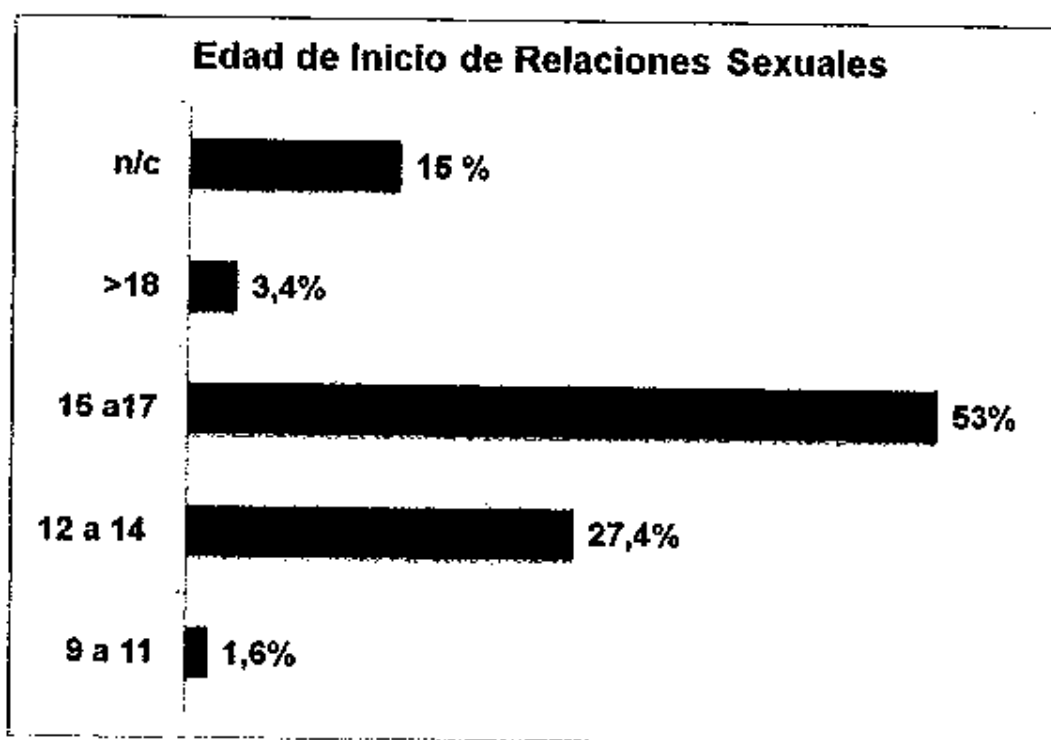
Participación del varón adolescente en la elección de métodos anticonceptivos •

Tabla N°5: Distribución de los varones adolescentes de 15 a 19 años que cursan estudios secundarios en el Liceo "Dámaso A. Larrañaga" según la variable Edad de Inicio de Relaciones Sexuales

EDAD IRS	F.A.	F.R%
9-11	4	1.6
12-14	63	27.4
15-17	123	53
>18	8	3.4
s/d	34	15
Total	232	100

FUENTE: formularios de recolección de datos aplicados a los alumnos del Liceo Dámaso Antonio Larrañaga; Octubre 2008

Gráfico N°5: Distribución de los varones adolescentes de 15 a 19 años que cursan estudios secundarios en el Liceo "Dámaso A. Larrañaga" según la variable Edad de Inicio de Relaciones Sexuales



NOTA: el 53% de los participantes se inició sexualmente entre los 15 y 17 años, coincidiendo este dato con los citados en el "Programa Nacional de Adolescente del M.S.P. en el año 1995 - 2004".

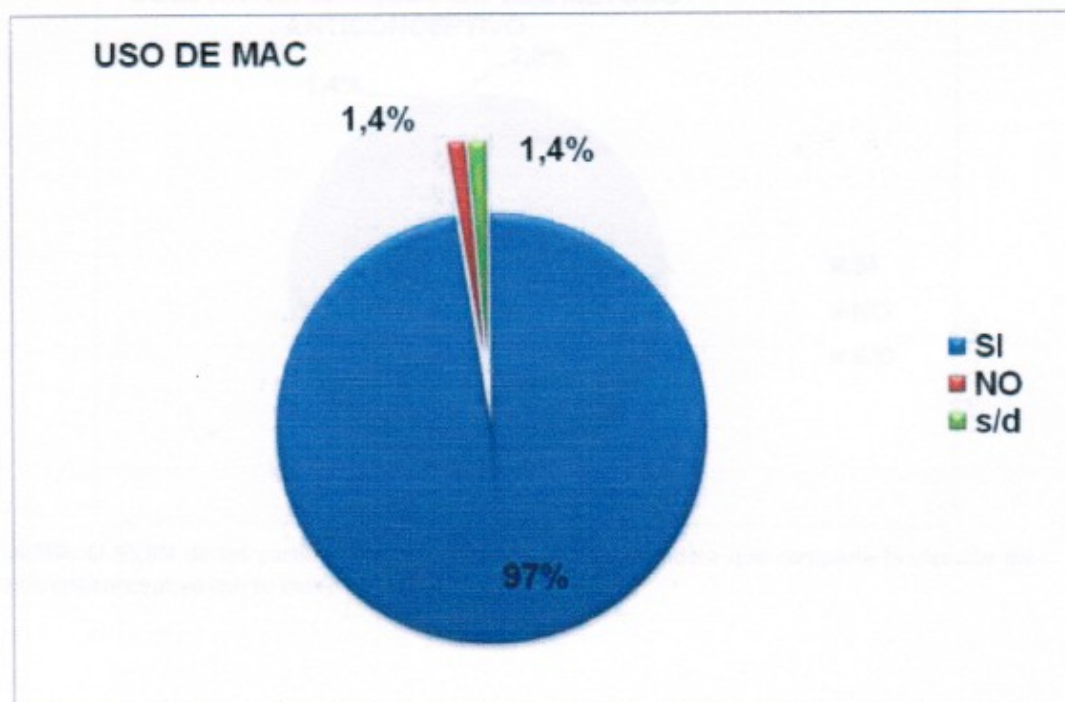
Tabla Nº 6: Distribución de los varones adolescentes de 15 a 19 años que cursan estudios secundarios en el Liceo "Dámaso A. Larrañaga" según la variable Uso de Método Anticonceptivo

Uso MAC	F.A.	F.R. %
SI	226	97.2
NO	3	1.4
s/d	3	1.4
Total	232	100

FUENTE: formularios de recolección de datos aplicados a los alumnos del Liceo Dámaso Antonio Larrañaga; Octubre 2008

Tabla Nº 7: Distribución de los varones adolescentes de 15 a 19 años que cursan estudios secundarios en el Liceo "Dámaso A. Larrañaga" según la variable Uso de Método Anticonceptivo

Grafico Nº6: Distribución de los varones adolescentes de 15 a 19 años que cursan estudios secundarios en el Liceo "Dámaso A. Larrañaga" según la variable Uso de Método Anticonceptivo



NOTA: el I.N.E. define el uso de M.A.C. como un indicador de salud reproductiva. Se destaca que el 97% de los adolescentes sexualmente activos de nuestra población refieren utilizar algún tipo de método anticonceptivo.

Tabla N° 7: Distribución de los varones adolescentes de 15 a 19 años que cursan estudios secundarios en el Liceo "Dámaso A. Larrañaga" según la variable elección del método anticonceptivo compartida con su pareja

Comparte elección MAC	F.A.	F.R.%
SI	222	95,8
NO	3	1,4
S/D	7	2,8
Total	232	100

FUENTE: formularios de recolección de datos aplicados a los alumnos del Liceo Dámaso Antonio Larrañaga; Octubre 2008

Grafico N°7: Distribución de los varones adolescentes de 15 a 19 años que cursan estudios secundarios en el Liceo "Dámaso A. Larrañaga" según la variable elección del método anticonceptivo compartida con su pareja



NOTA: El 95,8% de los participantes sexualmente activos considera que comparte la elección del método anticonceptivo con su pareja.

Participación del varón adolescente en la elección de métodos anticonceptivos •

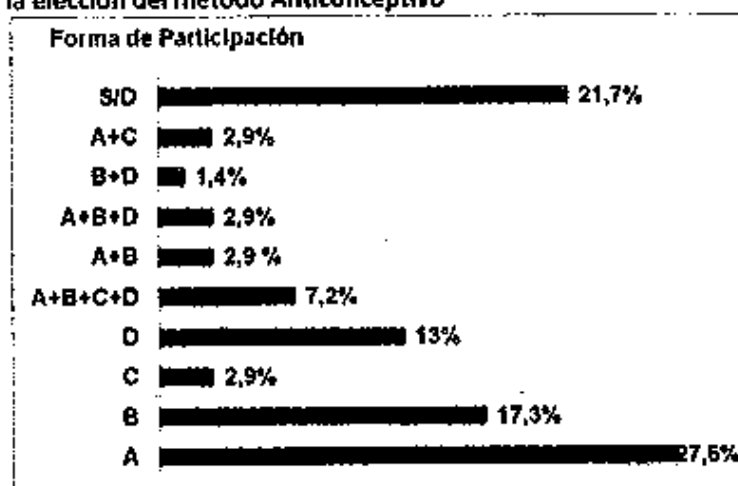
Tabla N° 8: Distribución de los varones adolescentes de 15 a 19 años que cursan estudios secundarios en el Liceo "Dámaso A. Larrañaga" según la variable Forma de Participación en la elección del método Anticonceptivo

Forma Participación	F.A.	F.R%
A	64	27.5
B	40	17.3
C	7	2.9
D	30	13.0
A+B+C+D	17	7.2
A+B	7	2.9
A+B+D	7	2.9
B+D	3	1.4
A+C	7	2.9
S/D	50	21.7
Total	232	100

FUENTE: formularios de recolección de datos aplicados a los alumnos del Liceo Dámaso Antonio Larrañaga; Octubre 2008

REFERENCIA: a) elección de métodos anticonceptivos, b) compra/suministro del método anticonceptivo, c) búsqueda de información y/o asesoramiento y d) acepta lo que su pareja decida.

Gráfico N°8: Distribución de los varones adolescentes de 15 a 19 años que cursan estudios secundarios en el Liceo "Dámaso A. Larrañaga" según la variable Forma de Participación en la elección del método Anticonceptivo



REFERENCIA: A) elección de métodos anticonceptivos, B) compra/suministro del método anticonceptivo, C) búsqueda de información y/o asesoramiento y D) acepta lo que su pareja decida.

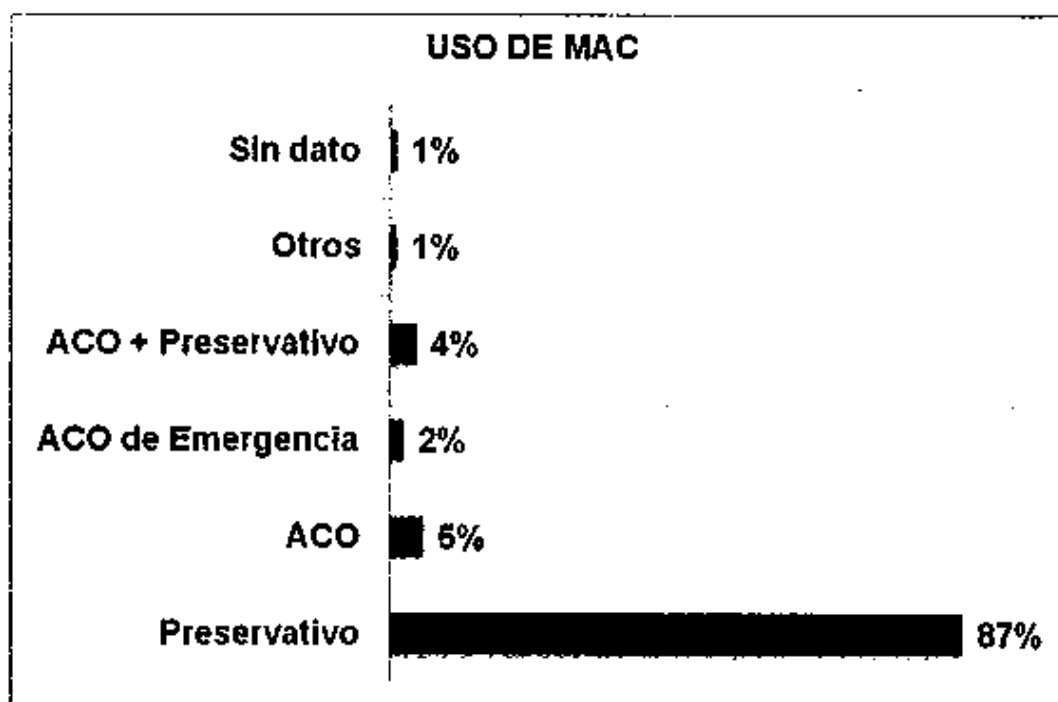
NOTA: se destaca que el 65% de los participantes sexualmente activos manifiesta participar en forma activa en la elección de M.AC. según lo establecido en el protocolo de investigación.

Tabla 9: Distribución de los varones adolescentes de 15 a 19 años que cursan estudios secundarios en el Liceo "Dámaso A. Larrañaga" según la variable uso de método anticonceptivo

Uso de MAC	FA	FR%
Preservativo	201	87
ACO	11	5
ACO de Emergencia	5	2
ACO + Preservativo	9	4
Otros	3	1
Sin dato	3	1
Total	232	100

FUENTE: formularios de recolección de datos aplicados a los alumnos del Liceo Dámaso Antonio Larrañaga; Octubre 2008

Grafico 9: Distribución de los varones adolescentes de 15 a 19 años que cursan estudios secundarios en el Liceo "Dámaso A. Larrañaga" según la variable uso de método anticonceptivo



NOTA: el 87% de los participantes refieren utilizar como MAC el preservativo. Dicha cifra se corresponde con los datos de referencia que constan en el Marco Teórico.

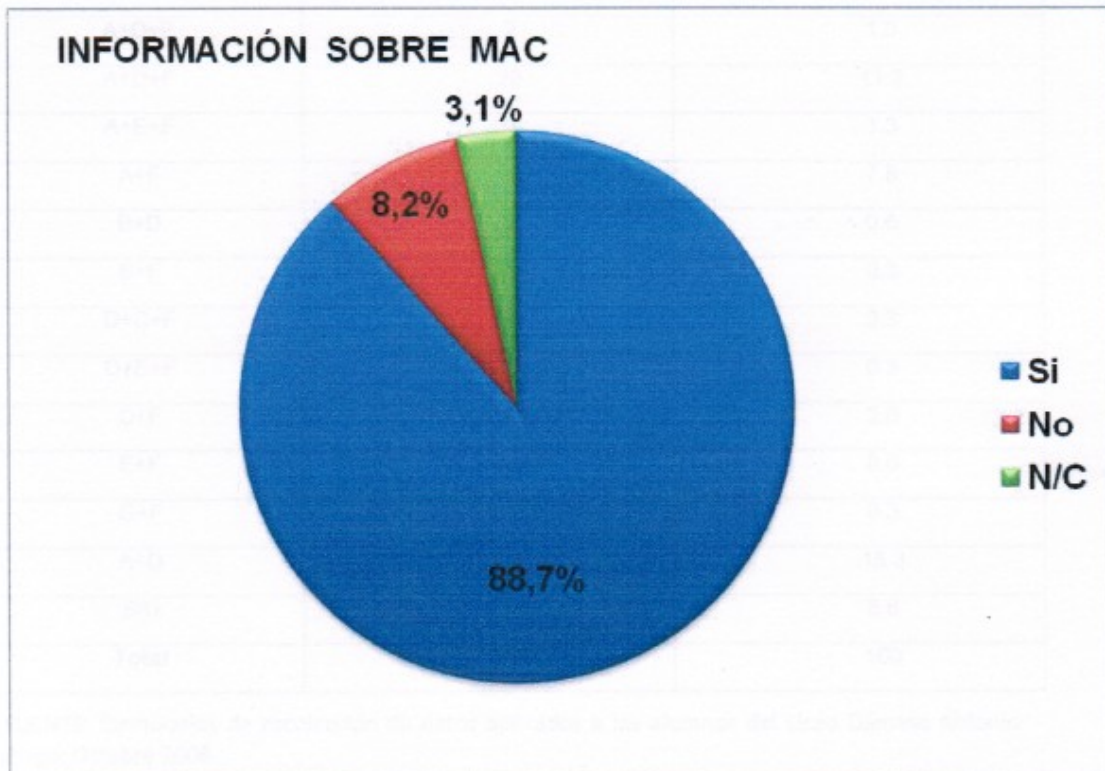
Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
 Hospital de Clínicas
 Av. Italia s/n 3er. Piso
 Montevideo - Uruguay

Tabla Nº10: Distribución de los varones adolescentes de 15 a 19 años que cursan estudios secundarios en el Liceo "Dámaso A. Larrañaga" según la variable Información sobre método anticonceptivo

Información MAC	F.A.	F.R%
Si	205	88.7
No	19	8.2
s/d	8	3.1
Total	232	100

FUENTE: formularios de recolección de datos aplicados a los alumnos del Liceo Dámaso Antonio Larrañaga; Octubre 2008

Grafico Nº10: Distribución de los varones adolescentes de 15 a 19 años que cursan estudios secundarios en el Liceo "Dámaso A. Larrañaga" según la variable Información sobre método anticonceptivo



NOTA: el 88,7 % refiere haber recibido información sobre métodos anticonceptivos. Aquí no se evidencia la fuente de información.

Tabla N°11: Distribución de los varones adolescentes de 15 a 19 años que cursan estudios secundarios en el Liceo "Dámaso A. Larrañaga" según la variable fuente de información o asesoramiento

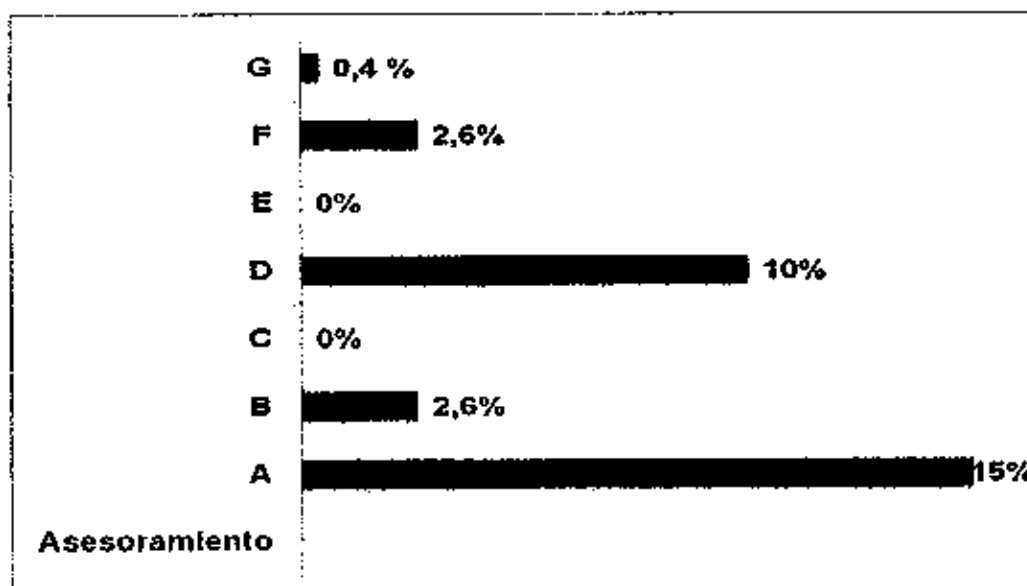
Asesoramiento	F.A.	F.R%
A	35	15
B	6	2.7
C	0	0
D	23	9.8
E	0	0
F	6	2.7
G	1	0.3
A+B+C	6	2.7
A+B+D	10	4.4
A+B+F	8	3.4
A+B+C+D+E+F	28	12.2
A+D+E	2	1.0
A+D+F	26	11.2
A+E+F	3	1.3
A+F	18	7.8
B+D	2	0.6
B+F	1	0.3
D+C+F	1	0.3
D+E+F	1	0.3
D+F	4	2.0
E+F	2	0.6
G+F	1	0.3
A+D	35	15.3
S/D	13	5.8
Total	232	100

FUENTE: formularios de recolección de datos aplicados a los alumnos del Liceo Dámaso Antonio Larrañaga; Octubre 2008

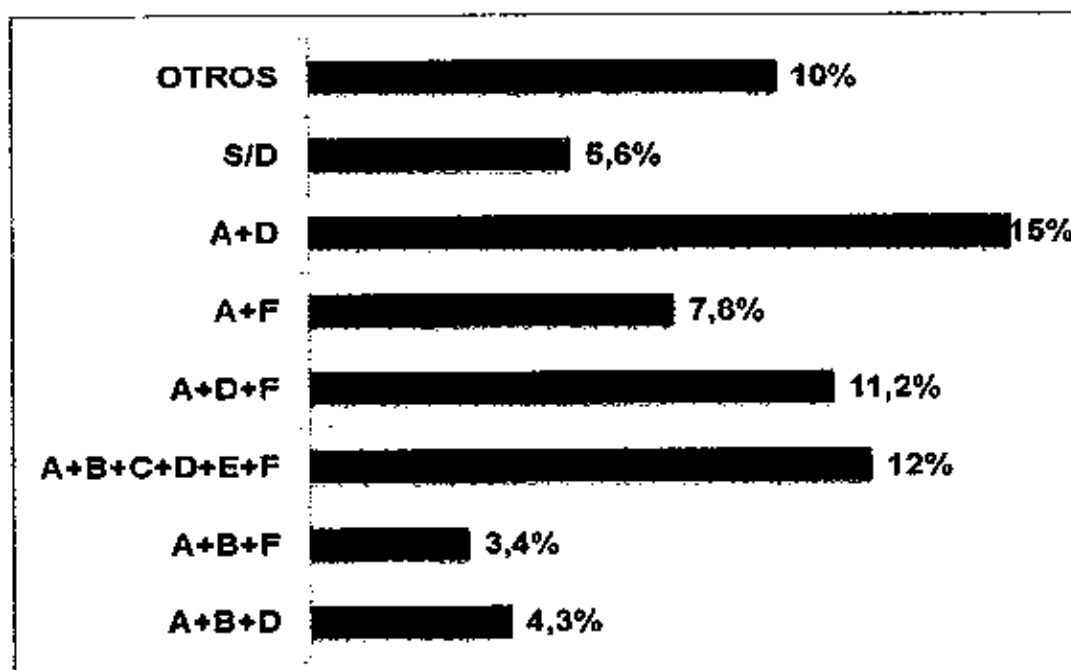
REFERENCIA: a) padres, b) médicos, c) enfermera, d) docente, e) pareja, f) amigo y g) otros.

En el formulario de recolección de datos se otorgaban varias opciones como respuesta a este ítem, con posibilidad de elegir más de una opción. Como resultado en nuestro estudio se obtuvieron diversas combinaciones, que en algunos casos no resultaron de relevancia y se presentan en los gráficos agrupadas como "otros".

Grafico Nº11: Distribución de los varones adolescentes de 15 a 19 años que cursan estudios secundarios en el Liceo "Dámaso A. Larrafiaga" según la variable fuente de información o asesoramiento



REFERENCIA: a) padres, b) médicos, c) enfermera, d) docente, e) pareja, f) amigo y g) otros.



REFERENCIA: a) padres, b) médicos, c) enfermera, d) docente, e) pareja, f) amigo y g) otros.

NOTA: se graficaron los datos más relevantes, realizando la sumatoria de respuestas combinadas con menor FA representadas en "OTROS".

Análisis

Al recoger los datos de 293 estudiantes de nivel secundario que asisten al liceo "Dámaso Antonio Larrañaga" obtuvimos los siguientes resultados:

- En relación a la edad de los adolescentes se refleja que el promedio de edad de los participantes (media) fue de 17,1 años, la edad que más se repite (moda) fue de 17 años y la mediana fue de 17 años.
- Con respecto a la Ocupación; 62,1% son exclusivamente estudiantes y un 20,8% estudian y trabajan. De estos últimos 13% son trabajadores dependientes y un 7,8% son trabajadores independientes.
- En lo que refiere a Año que Cursa; 40,5% cursa cuarto año, 32,1% quinto año, 25% sexto año y 2,4% no contestan.
- En relación a la edad de Inicio de Relaciones Sexuales el promedio de edad (media) fue de 15 años, la edad que más se repite (moda) fue de 16 años y la mediana fue de 15 años. Estos datos coinciden con los del estudio de Investigación "Adolescentes y Sexualidad", 1995-2004 (citado en el Programa Nacional del Adolescente del MSP) donde se destaca que el promedio de edad de inicio de relaciones sexuales era de 15 años con un 59,2% para todo el país.
- En lo que refiere al Inicio de Relaciones Sexuales; 79,2% ya se habían iniciado sexualmente, 18,8 % no se iniciaron y 2% no contestan. Este dato resulta relevante ya que planteamos como criterio de inclusión en nuestro estudio el haberse iniciado sexualmente. Por lo cual se continúa el análisis en base a el 79,2% que representa un N=232.
- En relación a la utilización de métodos anticonceptivos, 97,2% de los adolescentes que iniciaron sus relaciones sexuales refieren utilizar algún tipo de MAC.
- En concordancia con datos obtenidos en estudios nacionales como el "Proyecto género y generaciones: reproducción biológica y social de la población uruguaya" en el año 2004, ya mostraban para el varón una frecuencia de uso de métodos anticonceptivos en sus relaciones sexuales de un 65%. Esta información resulta de cabal importancia ya que el uso de métodos anticonceptivos es un Indicador de Salud Reproductiva. Además la utilización de métodos anticonceptivos genera la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria sin riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual y/o de procrear cuando no se lo desea.
- Para la variable participación en la elección del MAC, refieren participar con su pareja en la elección del método un 95,8% de los adolescentes; no participar un 1,4% y el restante 2,8% no contesta.
- En lo que refiere a la "Forma de Participación", obtuvimos respuestas positivas para las diferentes formas de participación ACTIVA (en un 47,9% de los casos); mientras que en un 13% corresponde a participación PASIVA (aceptando lo que su pareja decida).
- En cuanto a forma de participación ACTIVA, participan en la elección del método un 27,7%; en la compra o suministro del mismo un 17,3%; buscando información o asesoramiento un 2,9%. El 21,7% no contestaron (este corresponde a 15 estudiantes).
- A partir de los datos analizados (con respecto a lo que en principio fue el eje de nuestro estudio), destacamos tres pilares fundamentales en el ejercicio del derecho "Participación

Participación del varón adolescente en la elección de métodos anticonceptivos ▪

en forma libre y Responsable de la elección del Método anticonceptivo", ya que se demuestra que existe participación activa en la elección; que un 97% utiliza MAC y acceden a fuentes de información en relación a los mismos un 94,2%.

- Se presentó un alto porcentaje de uso del preservativo como método anticonceptivo (87%); hecho que se viene reflejando en estudios nacionales como en el ya citado "Proyecto género y generaciones: reproducción biológica y social de la población uruguaya", en el año 2004, donde un 86% de los varones utilizaban este método. Además es el método de mayor accesibilidad económica, mayor disponibilidad en el mercado de consumo y más difundido. Es destacable este dato dado que es el método anticonceptivo que previene las infecciones de transmisión sexual por excelencia.
- En relación a "Asesoramiento" destacamos los datos más relevantes que surgieron de las respuestas únicas así como las combinadas: refieren a sus padres como fuente exclusiva de información el 15%; el 2,6% refiere haber sido informado por personal médico; el 10% obtuvo información brindada exclusivamente por personal docente; e información brindada exclusivamente por amigos: 2,6 %.
- Ningún participante manifestó haber recibido información brindada por enfermería, tampoco por parte de su pareja, ni nombró "otros" (web, medios de comunicación) como opción de asesoramiento.
- Dentro de ésta variable existieron respuestas que combinaban varias de las opciones propuestas, que se detallan a continuación: padres y docentes 15%; 12% nombraron a todas las opciones citadas en la encuesta; a padres, docentes y amigos 11,2%; padres y amigos 7,8%; padres, médicos y docentes 4,3%; padres médicos y amigos 3,4%; En este aspecto la información obtenida también guarda relación con la presentada en el primer informe de investigación en el año 2004 del "Proyecto género y generaciones: reproducción biológica y social de la población uruguaya" donde los varones elegían a los padres con un 85,2% como principal fuente de información en aspectos ligados a la sexualidad y en segundo lugar a los docentes con un 57,8%.

Conclusiones

Para llevar a cabo nuestra investigación, nos planteamos objetivos que pudimos cumplir a través de este estudio, dado que se logró una descripción del perfil socio demográfico de la población, el acercamiento a las fuentes de información que manejan los adolescentes y demostrar las formas de participación de los varones en la elección de métodos anticonceptivos junto a su pareja, como indicador del ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

La población que trabajamos fueron 293 adolescentes, que asisten a un centro de estudio de nivel secundario de Montevideo a la cual se le aplicó un instrumento de recolección de datos.

Obtuvimos un perfil socio demográfico donde la media de edad se encuentra en 17 años, 62,1% son exclusivamente estudiantes y el 40,5% cursa cuarto año.

Un 79,2% habían iniciado sus relaciones sexuales, siendo la media de edad de inicio 16 años, coincidiendo con los cifras presentadas por el MSP en el año 2007 en el "Programa Nacional de Salud Adolescente". Éstos últimos (N=232) fueron analizados hasta el final por cumplir con el criterio de inclusión.

Del análisis se desprende que el mayor porcentaje de asesoramiento corresponde al brindado por parte de padres y docentes; siendo el personal sanitario el que posee un menor porcentaje de participación. Este dato no es menor dado que, en la actualidad los derechos sexuales y reproductivos están en continuo avance y la enfermería profesional debería repositionarse como actor social ante estos cambios, con un nuevo enfoque al primer nivel de atención, buscando ser una fuente de información accesible para esta población.

En cuanto al tipo de participación que tiene el varón al momento de elegir un método anticonceptivo podemos concluir que la misma estuvo reflejada mayoritariamente mediante las formas activas de participación, siendo escasas las conductas pasivas ante la toma de tal decisión.

Cabe señalar que la mayoría de los adolescentes utilizan el preservativo como MAC, y refirieron haber recibido asesoramiento.

A partir de los datos analizados, se destacan tres pilares fundamentales en el ejercicio del derecho "*Participación en forma libre y Responsable de la elección del Método anticonceptivo*", estos son: participación activa, utilización y acceso a fuentes de información sobre MAC.

Sugerencias

- Dado que el presente estudio demostró que ésta población no considera a Enfermería como fuente de información protagonista al momento de pedir asesoramiento, consideramos que deberíamos reforzar actividades en el marco del Primer nivel de Atención, creando una nueva perspectiva de abordaje a esta población.
- Si bien la Facultad de Enfermería cumple con tareas de Extensión en este establecimiento, realizando actividades educativas con el grupo de adolescentes; cabe destacar la importancia de la existencia del Profesional de Enfermería trabajando en forma directa con esta población, dado que cuenta con el perfil profesional para hacerlo y existen antecedentes a cerca de este rol a nivel internacional, que demuestran que es oportuno y necesario contar con al menos un Licenciado de Enfermería en los establecimientos educativos.
- Sugerimos para futuras investigaciones contrastar esta prueba con otro tipo de población adolescente (liceos del interior, medio rural, grupos de rezagados por dificultad de aprendizaje, aulas comunitarias; etc.) para determinar si en realidad estos resultados se pueden extrapolar a la población general o se han dado en el contexto de un liceo público con el perfil socio demográfico encontrado.

Agradecimientos

A la Prof. Agda. Lic. Ana Correa por haber sido guía y apoyo constante en la elaboración durante las instancias que condujeron al presente trabajo.

A la Cátedra de Atención a la Salud del Niño y Adolescente, que nos orientó en las funciones que cumple la Facultad de Enfermería a través de su labor de extensión en el liceo Dámaso Antonio Larrañaga.

A la Dirección, profesores, adscritos y alumnos del liceo DAL que facilitaron el desarrollo de nuestro proyecto de investigación.

A la Lic. Psic. Alejandra López Gómez; al Lic. Sociología Horacio Pérez y a los Dres. Carlos Guida y Susana Grumban, por aportarnos de diferentes formas su vasta experiencia en el campo de los derechos sexuales y reproductivos, el enfoque de género, los roles del varón en nuestra sociedad y adolescencia.

Sin su colaboración no lo habríamos logrado.

¡Muchas Gracias!

Bibliografía

1. Aguirre R, Bonino M, Espino A, Sapriza G. Diagnóstico de situación sobre género y salud en Uruguay. Uruguay: Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. MSP-OPS-UNFPA; 2006.
2. Arias A, Morales M. En la esquina...trampas y desafíos. Adolescencia en situación de esquina. En: Adolescencia y Educación Social: un compromiso con los más jóvenes. Montevideo: INAU-Cenfores; 2005.
3. Birraux A, Frioni M, Ghés A y otros. Adolescentes hoy. En la frontera entre lo psíquico y lo social. Montevideo Uruguay Ed. Trilce. 2005
4. De Rosa R y cols. Adolescencia. Buenos Aires: Ed. FADA; 2002.
5. Duarte J C (Juez de la Familia de 1ª Instancia de 1er Turno); Conferencia: "El derecho de niñas, niños y adolescentes a ser oídos" 5ª Jornada de Adolescencia del Comité de Adolescencia de la Sociedad Uruguaya de Pediatría. Sindicato Médico del Uruguay. Montevideo. 29 de noviembre 2006.
6. Dulanto Gutiérrez E. El Adolescente. Méjico: Ed. Mac Graw-Hill; 2000.
7. El marco conceptual de la Salud Integral del Adolescente y de su cuidado. Washington DC: OPS; 1990.
8. López Gómez A, compiladora. Adolescentes y sexualidad. Significados, discursos y acciones en Uruguay. Un estudio retrospectivo (1995-2004). Montevideo: UDELAR. Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género. (Facultad de Psicología). UNFPA; 2005.
9. Méndez Ribas J y cols. Enfoque actual de la adolescencia por el ginecólogo. Una visión latinoamericana. Argentina. Ed. Ascune 2005.
10. Molina R, Sandoval J, González E. Salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Chile Ed. Mediterráneo. 2004.
11. MSP. Normas de atención integral de salud de la adolescencia. Uruguay: Ministerio de Salud Pública; 2003.
12. MSP. Dirección Nacional de Atención Materno Infantil y Planificación Familiar. Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de Adolescencia. Cuba: Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Atención Materno Infantil y Planificación Familiar; 2000.
13. MSP. Dirección General de la Salud. Programa Nacional de Salud de la Mujer y Género. "Guías en salud sexual y reproductiva", capítulo anticoncepción (métodos reversibles).
14. Rodríguez de la Parra S, Carbelo Baquero B. auto cuidado en el adolescente. *Tej ROL. Enf* 1999; 22(7-8): 497-505.
15. Santi E y otros. Adolescencia. Salud integral y embarazo precoz. Documento especial N°3. MSP-UNICEF. Uruguay: 1994.
16. Schutt-Aine J, Maddaleno M. Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas. Implicaciones en programas y políticas. Washington DC: OPS; 2003.
17. Tassel A. Calle del Tag. En: Pensar la adolescencia de Aubert A, Birraux A, Caule E y otros. Montevideo Uruguay: Ed. Trilce; 2004.
18. UNICEF. Observatorio de los derechos de la infancia y la adolescencia en Uruguay 2005. Montevideo: Tradinco S A; 2006.
19. UNICEF. Observatorio de los derechos de la infancia y la adolescencia en Uruguay 2006. Montevideo: Tradinco S A; 2006.

Participación del varón adolescente en la elección de métodos anticonceptivos •

20. Comisión de Educación Sexual de ANEP-CODICEN. La incorporación de la Educación Sexual en el sistema educativo formal: una propuesta de trabajo. Montevideo: CES; 2007. Se consigue en URL: <http://www.ces.edu.uy>
21. Mides. Informe: La situación de la infancia y la adolescencia en Uruguay. Se consigue en URL: <http://www.joveneslac.org>
22. Scott Coltrane. "The Micropolitics of Gender in Nonindustrial Societies", *Gender & Society* núm. 6, 1992, p. 88.
23. Gomensoro, A., Güida, C., Corsino, D., Lutz, E. (1995) – La nueva condición del varón, ¿renacimiento o reciclaje?- Editorial Fin de Siglo. Uruguay
24. Metodología de la investigación. Hernández Sampieri, Fernández Collazo, Baptista Lucio. 2 da edición. editorial Mc Graw Hill

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA DE REALIZACIÓN: ____/____/____

ENCUESTA N° _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Me han explicado el alcance de la investigación y de las preguntas que contestaré y estoy de acuerdo en participar en la investigación sabiendo que no serán publicadas las informaciones particulares y que no figurará mi identificación.

FIRMA DEL ENTREVISTADO

FORMULARIO RECOLECCION DE DATOS INSTRUCTIVO

El presente formulario es de carácter anónimo y semi cerrado, se entregará en forma personal y la información que de él se desprenda será confidencial.

Deberá completar los espacios en blanco o marcar con una cruz la opción que considere.

EDAD _____

OCUPACIÓN

Estudiante _____

Trabajador Dependiente _____

Trabajador Independiente _____

Sin Datos _____

AÑO DE LICEO QUE CURSA

4º _____

5º _____

6º _____

1) HA TENIDO RELACIONES SEXUALES?

SI _____

NO _____

(Si la respuesta es NO, no conteste las preguntas que siguen a continuación)

2) ¿A QUÉ EDAD MANTUVO SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL?

_____ años.

3) UTILIZA ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO?

SI _____

NO _____

4) COMPARTE LA ELECCIÓN DEL METODO ANTICONCEPTIVO CON SU PAREJA?

SI _____

NO _____

5) DE QUÉ FORMA PARTICIPA ?

- a) en la elección del método _____
- b) en la compra/ suministro del mismo _____
- c) busca información y asesoramiento _____
- d) acepta lo que su pareja decida _____

7) QUÉ MÉTODO ANTICONCEPTIVO UTILIZA USTED O SU PAREJA?

- a) PRESERVATIVO MASCULINO
- b) ANTICONCEPTIVOS ORALES (PASTILLAS)
- c) ANTICONCEPTIVOS DE EMERGENCIA
- d) D.I.U. (T de Cobre)
- e) OTROS.....cuáles?

8) ¿RECIBIÓ ORIENTACIÓN/ INFORMACIÓN SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS?

SI _____

NO _____

9) QUIÉN LE BRINDÓ ASESORAMIENTO ?

- A) PADRES _____
- B) MÉDICO _____
- C) ENFERMERA _____
- D) DOCENTE _____
- E) PAREJA _____
- F) AMIGO _____
- G) OTROS _____

Montevideo, 6 de octubre de 2008.

Dirección del Liceo N° 3

"Dámaso Antonio Larrañaga"

Sra. Prof. Cristina Marchesano.

Por la presente;

Nos dirigimos a usted con el propósito de solicitar autorización para realizar un trabajo de investigación en el citado establecimiento educativo así como la presentación de los datos obtenidos.

El equipo de investigación esta conformado por cinco bachilleres estudiantes de la carrera de Licenciatura en Enfermería actualmente elaborando el trabajo de investigación final.

El mismo se basa en el área temática "Derechos Sexuales y Reproductivos", y se desarrollara mediante la aplicación de un instrumento de recolección de datos (encuesta semicerrada) a los alumnos de terceros, cuartos y quintos años cuyo rango de edad este comprendido entre 15 y 19 años.

Adjuntamos una copia del protocolo de investigación.

Sin otro particular y en espera de una pronta y favorable respuesta, le saludan atentamente:

María Noel Fontán

Fátima Mesa

Cristina Ramos

Adriana Robalna

Adriana Rodríguez


Prof. Cristina Marchesano
DIRECTORA

ENTREVISTA AL DR. CARLOS GÜIDA

- 1) DESDE CUANDO VIENE TRABAJANDO CONTENIDOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA ENFOCADOS A POBLACIÓN MASCULINA?
- 2) CUANDO SURGE ESTA NECESIDAD?
- 3) COMO ESTÁ POSICIONADA ESTA POBLACIÓN CON RESPECTO A LA FEMENINA EN CUANTO A NIVEL DE INFORMACIÓN QUE MANEJA, EL GRADO DE INTERÉS QUE DESARROLLA POR ESTA TEMÁTICA, EL COMPROMISO QUE ASUME?
- 4) QUE DESAFÍOS SUPONE LA REEDUCACION DE ESTOS JÓVENES EN SALUD SEXUAL?
- 5) CREE USTED QUE SE LES BRINDA LA INFORMACIÓN SUFICIENTE A LOS ADOLESCENTES A CERCA DE SUS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS?
- 6) EN CASO DE SER MUY DISPARES: ¿A QUE CREE QUE SE DEBE?
- 7) EN QUE CREE QUE ESTAN FALLANDO LAS POLÍTICAS DE LA ACTUAL ADMINISTRACIÓN EN CUANTO A PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE Y TRANSMISIÓN DE ETS? SIENDO QUE NOS ENCONTRAMOS ANTE CIFRAS REALMENTE PREOCUPANTES TANTO DE EMBARAZOS ADOLESCENTES COMO DE PREVALENCIA DE ETS?
- 8) QUE OPINA SOBRE LA LEY DE DESPENALIZACION DEL ABORTO EN NUESTRO PAIS?
- 9) QUE POLÍTICAS CREE CONVENDRÍAN DESARROLLAR PARA REGULAR LAS CONDICIONES EN QUE ESTOS SE REALIZAN?
- 10) CREE QUE UN CAMBIO EN LA CANTIDAD Y CALIDAD DE LA INFORMACIÓN QUE SE LES BRINDA A LOS ADOLESCENTES PODRIA GENERAR UNA DISMINUCIÓN A LARGO O MEDIANO PLAZO DE LOS INDICES ELEVADOS DE CONTAGIO DE ETS-HIV, EMBARAZO ADOLESCENTE Y ABORTOS PRODUCIDOS EN CONDICIONES INSEGURAS?

1) Vengo trabajando desde el año 1992. En ese momento estaba Arnaldo Gomensoro como director departamento de AUPF. Y él se preguntaba ¿dónde están los compañeros feministas? Se hicieron varios llamados hasta que me reuní con un grupo integrado por 5 o 6 personas y se realizó la primera actividad pública llamado "Grupo de reflexión de la condición masculina" Fue una mesa en la sociedad uruguaya de sexología.

2) La necesidad surge en el momento que yo me estaba por recibir de médico; al ir pasando por los diferentes campos de práctica, podía ir viendo como no se respetaban los derechos humanos. Lo pude ver en mi cuando pase por el Hospital Vilardebó las violaciones que había dentro de la institución, la relación de poder y seducción que ejercían los médicos frente a sus pacientes, como los pacientes eran con capacidades

diferentes no se les brindaba ni la información ni la protección con respecto a sus conductas sexuales, no accedían los preservativos. Violando sus DDSSRR. Cuando pase por las salas de maternidad, pasando visita exponiendo a todas las mujeres a que mostraran sus cuerpos y sus genitales a todos los estudiantes no preguntando si querían o no y examinando sus genitales por todos los estudiantes violando sus derechos. En las consultas si se sabía que la mujer era una prostituta se la tomaba como una mujer pública dando por hecho que todos podían examinar y tocar , violando sus derechos.

En las intervenciones quirúrgicas cuando x ejemplo esta programado extirpa el útero y sin necesidad también se extirpan los anexos ya de paso y por decisión del médico que se cree el que tiene el poder y el que puede decidir violando los derechos .

Cuando pase por urología y puntualmente un señor de 50 años planteo su disfunción eréctil y el médico le contesta ¿Ud. ya tiene hijos! .Otra vez pude ver la violación de los derechos.

Yo soy un doctor anti médico anti modelo médico hegemónico.

La formación médica regular normatiza, en la consulta ginecológica se abusa de la mujer.

En 1994 trabaje como: Coordinador médico en la Policlínica Paulina Lisi en Melo. Tuve un programa con Ignacio Álvarez hasta el año 1997 "Historia de Piel" y realicé el 1º estudio "La nueva condición del varón".

3) La información que maneja la obtiene por medios informales, por medio de los medios de comunicación y por charlas informales entre amigos.

Entran a paginas pornográficas donde encuentran información que lo que hace es humillar a las mujeres

4, 5,6) Tiene que ver con varias cosas, el grado de interés que presentan, a que la salud esta dirigida a las mujeres no a los varones. El enfoque es "materno infantil" .Los varones evitan daños colaterales, ante un embarazo dudan y desconfían y también rechazan.

No hay masculinidad hay producción de masculinidad. Pediatras feminizan a los varones.

Mundo esta hecho de hombres, hombres son el cuadro grande las mujeres el cuadro chico. Sirven los hombres jóvenes deportistas, no como antes que el hombre maduro y jefe de familia era el ideal, se ven afectados los derechos de los varones si no cumplen con el modelo hegemónico y se vulneran los derechos. La sociedad avala todo para el hombre . tu vas por la calle y te entregan folletos para ir a mantener relaciones, y la sociedad lo acepta, para el varón todo es permitido Las mujeres están subordinadas y los varones si no se ajustan al modelo hay injusticia para ellos y se violan sus derechos.

7) Hay problemas de coordinación, a) Programa Adolescencia no tiene publicado el plan, b)Terrenos especialistas son ciencias médicas y no dan cabida a otras disciplinas, c)Poca participación política juvenil en estos temas, d)Integran la

resiliencia en los discursos y luego las políticas son focalizadas, e) Medicalización adolescente.

Es difícil de hablar de autonomía ¿que lugar tiene los jóvenes? Si no hay políticas de trabajo que respondan, se siguen heredando discursos parciales.

Los médicos siguen conduciendo con la cabeza recortada, los médicos siguen trabajando en salud siendo que lo que ellos saben es trabajar la enfermedad.

El programa in familia, seguimiento socioeducativo, seguimiento no hacia el varón para responsabilizarlo, para que tenga contacto con su hijo, Para que haga valer sus derechos de ver a su hijo de identificarlo, queda todo en la nada, programa se focalizar a adolescentes pobres.

Faltan recursos, viejos políticos, jóvenes funcionales, todo se maneja

8) Estoy de acuerdo fue al parlamento, y estoy de acuerdo con Victor Giorgi si se cumple con todos los términos, esto es parte del problema

Hay mucha injusticia y con políticas de pobreza no se puede

9) Se debe regularizar calidad de atención basada en la dignidad de atención, se tiene que crear otros indicadores de calidad no los que se están utilizando actualmente

Ver todo que te traten bien, no humillarte no censurarte por la cantidad de hijos que tenés.

10) Creo que los conocimientos cambian actitudes, las actitudes cambian con las prácticas.

Las cosas cambian por el contexto, hay varias cosas para ver hay estudios hechos en Francia sobre VIH Sida hay un marco ideológico, hay subjetividad, pueden tener mucha información pero es todo lo que influye

Les doy un ejemplo yo se que si me como una milanesa con mayonesa me va a subir el colesterol, me puede subir la presión pero por otro lado esta el placer que me causa comer una milanesa y no una fría ensalada. Son muchas cosas las que influyen, yo tengo la información pero según el contexto lo tomo o no

Con respecto el programa del CO.DI.CEN. es solo una estrategia no tiene financiamiento propio, no hay recursos y se presenta mucha resistencia

ENTREVISTA A DRA. SUSANA GRUNBAUM

1) DESDE CUANDO ESTA AL FRENTE DEL PROGRAMA?

2) QUE ACCIONES SE LLEVAN A CABO CON POBLACION ADOLESCENTE Y MEDIANTE QUE PROGRAMAS?

3) QUIENES SON LOS RESPONDABLES?

4) COMO SE FINANCIA CADA PROGRAMA?

1) EN MATERIA DE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, QUE SE ESTA TRABAJANDO ACTUWALMENTE?

2) SE REALIZARAN CAMBIOS QUE ACOMPAÑEN LA NUEVA PROPUESTA DE IMPLEMENTAR EDUCACION SEXUAL EN SECUNDARIA?

3) SE ESTA TRABAJANDO INTERSECTORIALMENTE DE EDUCACION SECUNDARIA?

EN CASO DE NO: ¿CONSIDERA NECESARIOA LA INTERACCION ENTRE ESTE PROGRAMA Y EDUCACION SECUNDARIA?

4) EN CASO DE SI: QUE OBJETIVOS COMPARTEN?

5) QUE CONTENIDOS SE DESARROLLAN Y COMO SE TRABAJA CON LA POBLACIÓN ESTUDIANTIL?

11) CONSIDERA NECESARIO UN ABORDAJE QUE CONTENGA UNA PERSPECTIVA DE GENERO?

12) COMO SE TRABAJA ESTA PERSPECTIVA DE GENERO?

13) UD, OBSERVA QUE EL URUGUAY LE ESTA DANDO LA OPORTUNIDAD A LOS ADOLESCENTES PARA DESARROLLAR UN ESPACIO PROPIO Y PODER CRECER Y DESARROLLARSE?

1) Desde junio del 2005.

2) Las acciones que lleva a cabo son: programas, políticas, normas y protocolos de atención.

3) Toma dos grandes áreas; Ministerio de Salud Publica que se encarga de la normativa y de la epidemiología y ASSE que es la efectora de servicios de salud la cual tiene como función influir y sensibilizar los programas haciendo que sean efectores trabajando en vías de los servicios de salud públicos y privados.

4) Los programas son financiados por ONG y apoyos internacionales abalados por el MSP.

5) Se esta terminando de elaborar el programa adolescente el cual esta a punto de ser corregido y aprobado el mismo tiene tres ejes. a) Todos los adolescentes, hombres y mujeres, deben de tener un examen de salud anual. b) Deben recibir consejería en salud sexual y reproductiva. c) Acceder a información y métodos anticonceptivos. Todo esto debe mantener la confidencialidad brindando un espacio privado para que hablen

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA MATERNO – INFANTIL

PARTICIPACIÓN DEL VARÓN ADOLESCENTE EN LA ELECCIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

TUTORA: Prof. Agdo. Lic. Ana Correa.

Montevideo, Diciembre 2008.

ÍNDICE

Planteamiento del problema.....	13
Objetivos.....	14
Fundamentación.....	15
Diseño Metodológico.....	16
Categorización de Variables.....	17
Plan de Tabulación.....	18

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: "Derechos sexuales y reproductivos".

ÁREA TEMÁTICA: "Participación del varón adolescente en la elección de métodos anticonceptivos".

PROBLEMA: "Cuál es la participación en la elección de métodos anticonceptivos del varón adolescente entre 15 y 19 años que cursan 4º,5º y 6º en el liceo Dámaso Antonio Larrañaga en el mes de octubre de 2008"

Objetivos

Objetivo general

- **CONOCER CÓMO PARTICIPA EL VARÓN ADOLESCENTE EN LA ELECCIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.**

Objetivos específicos

- **DESCRIBIR PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LA POBLACIÓN OBJETIVO.**
- **CONOCER SI EL ADOLESCENTE VARÓN PARTICIPA DE FORMA ACTIVA O PASIVA EN LA ELECCIÓN DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO.**
- **CONOCER DE QUÉ FUENTE OBTIENEN LA INFORMACIÓN QUE MANEJAN LOS VARONES ADOLESCENTES EN RELACION A LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.**

FUNDAMENTACIÓN

La presente investigación promueve el conocimiento científico acerca de la participación del varón adolescente en la elección de los métodos anticonceptivos.

Surge de la necesidad de conocer el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos del varón adolescente, dado que en nuestro país la participación de los mismos en los servicios de salud sexual y reproductiva es considerada relativamente reciente¹.

Incorporar a los varones a los servicios de salud sexual y reproductiva es un proceso que desborda las responsabilidades del sector salud, dado que se entiende que para ello es necesario incorporar aspectos educacionales sustentados en derechos y deberes desde una perspectiva de género que propicie cambios en la conducta de varones y mujeres.

Según la actual política planteada por el M.S.P., y plasmada en la "GUÍA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA", los servicios de salud sexual y reproductivos en general, y de anticoncepción en particular, deben formar parte de los programas brindados a la población, y deben integrar la inclusión del hombre y la mujer en su población objetivo, por lo que la elección del MAC debe ser protagonizado por cada mujer u hombre, o por cada pareja debidamente informada.

Al realizar la revisión bibliográfica, encontramos escasa producción científica relacionada al tema planteado en particular, dado que dicha información se caracteriza por un enfoque predominantemente epidemiológico y de relevamiento de conocimientos sobre métodos anticonceptivos y prevención de ITS, pero no describen el ejercicio de la participación como parte de los derechos sexuales y reproductivos. Desde el punto de vista de enfermería, el conocimiento generado será relevante en nuestra profesión, brindándonos herramientas para desarrollar actividades de promoción y prevención en salud y actualización de los programas existentes.

¹ GUÍAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA – Capítulo Anticoncepción - *Inclusión de los varones en los servicios de salud sexual y reproductiva*

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo Cuantitativo Transversal.

UNIVERSO

Todos los estudiantes de sexo masculino, que cursan al menos una materia curricular en el liceo D.A.L., comprendida en el programa de, 4tos, 5tos y 6tos años.

MUESTRA

Se tomará una muestra probabilística, utilizando el sistema informático "Statcalc" para determinar el tamaño muestral con un error estándar menor a 0.05.

MUESTREO

Por selección de elementos muestrales por conveniencia.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se tomarán estudiantes de 15 a 19 años que a la fecha del estudio se hayan iniciado sexualmente y estén cursando al menos una materia curricular, perteneciente al programa de 4tos, 5tos y 6tos año, en el liceo D.A.L.

PROCEDIMIENTO RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN E INSTRUMENTO

Se diseñará un formulario autoadministrado, individual y de carácter anónimo

Se realizara una prueba piloto, cuya finalidad será ajustar el instrumento a los objetivos planteados.

NORMAS ÉTICAS

Se utilizará como norma ética el consentimiento informado por escrito para cada individuo que esté incluido en el estudio, adosado a cada uno de los instrumentos. Este se explicará en forma verbal (ver anexo1).

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se realizará un plan de análisis estadístico y tabulación de las variables presentando estas en función de tablas, gráficos y medidas de resumen.

VARIABLES

Serán analizadas variables cuantitativas y cualitativas, a las que se les otorga una definición conceptual, operativa y se les asignará categorías mutuamente excluyentes.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CLASIFICACIÓN DE VARIABLE
EDAD	Período de tiempo transcurrido desde el nacimiento del individuo hasta el momento actual.	Edad en años según lo aportado por el participante	Tipo: Cuantitativa continua, ordinal. Categorías: 15 a 19 años.
OCCUPACIÓN	Actividad personal, de carácter remunerado o no, a la cual se dedica.	Actividad que desempeña el participante según dato que aporta	Tipo: Cualitativa nominal. Categoría: estudiante, trabajador dependiente; trabajador independiente y sin dato (s/d)
INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES	Edad que tenía el individuo cuando mantuvo su primera relación sexual.	Edad en que inició sus relaciones sexuales según datos que aporta el participante.	Tipo: Cuantitativa discreta ordinal. Categorías: 9-11 años; 12-14 años; 15-17 años; >18 años
UTILIZACIÓN DE M.A.C.	Uso de uno o más elementos físicos, químicos, farmacológicos o naturales, con el fin de evitar el embarazo y/o la transmisión de I.T.S.	Método anticonceptivo según dato que aporta el participante.	Tipo: cualitativa nominal. Categorías: A.C.O.; A.C.O. de emergencia; preservativo masculino; D.I.U.; otros, s/d.
PARTICIPACIÓN EN LA ELECCIÓN DE M.A.C.	Forma en la que interviene el varón en la elección del M.A.C.	Participación ACTIVA: el varón interviene en la elección, suministro o búsqueda de información y asesoramiento acerca del M.A.C. Participación PASIVA: el varón acepta lo que su pareja decida.	Tipo: cualitativa nominal. Categorías: a) elección de M.A.C.; b) compra/suministro de M.A.C.; c) búsqueda de información o y/o asesoramiento; y d) aceptación de lo que su pareja decida.
FUENTE DE INFORMACIÓN SOBRE M.A.C.	Medio por el cual se obtiene la información acerca de M.A.C.	Medio por el cual el participante obtiene la información sobre M.A.C según dato que aporta.	Tipo: cualitativa nominal. Categorías: a) padres; b) médicos; c) enfermera; d) docente; e) pareja; f) amigos; g) otros.

PLAN DE TABULACIÓN

EDAD	F.A.	F.R.%
15		
16		
17		
18		
19		

OCUPACION	F.A.	F.R.%
Estudiante		
Trabajador dependiente		
Trabajador independiente		
Sin dato		

I.R.S.	F.A.	F.R.%
SI		
NO		
s/d		

I.R.S.	F.A.	F.R.%
9 a 11		
12 a 14		
15 a 17		
>18		

USO DE MAC	F.A.	F.R.%
Si		
No		

COMPARTO LA ELECCIÓN	F.A.	F.R.%
SI		
NO		

FORMA DE PARTICIPACIÓN	F.A.	F.R.%
Elección del método		

Compra/ suministro del mismo		
Búsqueda de información y/o asesoramiento		
Acepta lo que su pareja decida		

USO DE M.A.C.	F.A.	F.R%
A.C.O.		
A.C.O. emergencia		
Preservativo masculino		
D.I.U.		
Otros		
Sin datos		

INFORMACIÓN MAC	F.A	F.R%
Si		
NO		

ASESORAMIENTO	F.A	F.R%
a) padres		
b) médico		
c) enfermera		
d) docente		
e) pareja		
f) amigo		
g) otro		