



Universidad de Valparaíso
Facultad de Medicina
Escuela de Obstetricia y Puericultura

“Características y causas que determinan la inasistencia de los adolescentes al control con el profesional matróon (a) y sus expectativas en cuanto a la calidad de la atención”

Tesis para optar al Grado de Licenciado/a en Obstetricia y Puericultura

Profesora Guía

Ingrid Vargas Stevenson

Estudiantes

Leonardo Arellano Rodríguez

Salvador González Espinoza

Nelson Matamala López

María Reinoso Cataldo

VALPARAÍSO, 2013

DEDICATORIA

Dedicamos la presente tesis a cada una de nuestras creencias espirituales, por guiarnos en este largo camino, darnos todas las fuerzas para seguir adelante, no decaer ante los obstáculos que se presentaron, enseñándonos a encarar diversas adversidades sin perder jamás la fe ni dignidad en el intento.

Además la dedicamos a nuestras familias, que gracias a ellos dimos otro gran paso en nuestras vidas; gracias por todo su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles y no tan difíciles, por ayudarnos con los recursos necesarios para estudiar y lograr ser lo que nos propusimos ser; agradecemos los valores que nos entregaron, principios, carácter, empeño, perseverancia y coraje para conseguir nuestros objetivos.

A nuestro núcleo más cercano, amigos, aquellos seres queridos que ya no están físicamente con nosotros y a todas las personas que están en nuestras memorias y corazones, quienes imprimieron motivación, inspiración y felicidad en esta investigación.

A los establecimientos educacionales que accedieron de manera cooperadora y entusiasta en nuestra investigación, ya que sin ellos esta no se podría haber llevado a cabo.

A la Universidad de Valparaíso y en especial a la Escuela de Obstetricia y Puericultura por nuestra formación académica y valórica, y a nuestra profesora guía, quien supo enfrentar junto a nosotros cada logro y fracaso durante el proceso de investigación, con excelente disposición, apoyo y comprensión tanto grupal como individualmente.

Por último, y no menos importante, dedicamos esta investigación a cada uno de nosotros, por el esfuerzo, comprensión, perseverancia y compañerismo demostrado a lo largo de este proceso, que sin duda nos entregó las armas para enfrentar adversidades y éxitos, además de unir y fortalecer aún más nuestra amistad.

“El éxito no es mágico ni misterioso, el éxito es la consecuencia natural de aplicar con firmeza los principios básicos de la superación personal”

Jim Rohn

INDICE

	Página
Resumen	1
INTRODUCCIÓN	6
MATERIAL Y MÉTODO	
Diseño de la investigación	12
Identificación de universo y muestra	13
Fuentes de información	16
Descripción y Justificación del Instrumento	17
Consideraciones éticas	19
RESULTADOS	20
DISCUSIÓN	69
AGRADECIMIENTOS	77
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
DATOS SUPLEMENTARIOS	80
Marco teórico	83
Objetivos generales y específicos	95
Operacionalización de variables	96
Instrumento	113
Consentimiento informado mayores 18 años	119
Consentimiento informado menores 18 años	120
Anexos	121

ÍNDICE DE TABLAS

	Página
Tabla N° 1. Distribución de la Población en estudio según edad	121
Tabla N° 2. Distribución de la Población en estudio según Género	121
Tabla N° 3. Distribución de la Población en estudio según orientación sexual	123
Tabla N° 4. Distribución de la población en estudio según Lugar de Residencia	122
Tabla N° 5. Distribución de la población en estudio según Actividad Remunerada	24
Tabla N° 6. Distribución de la Población en estudio según consumo de sustancias	122
Tabla N° 7. Distribución de la población en estudio según Violencia Intra Familiar	123
Tabla N° 7.1. Distribución de la población según tipo de violencia intrafamiliar	27
Tabla N° 8. Distribución de la población en estudio según personas con las que vive	123
Tabla N° 9. Distribución de la población en estudio según Nivel educacional de los padres	124
Tabla N° 10. Distribución de la población en estudio según sostenedor económico del hogar	124
Tabla N° 11. Distribución de la población en estudio según actividad de los padres	125
Tabla N° 12. Distribución de la población en estudio según actividades que realiza en el hogar	125
Tabla N° 13. Distribución de la población en estudio según hábitos nocivos	33
Tabla N° 14. Distribución de la población en estudio según tipo de previsión FONASA	126
Tabla N° 15. Distribución de la población en estudio según material de la vivienda	126
Tabla N° 16. Distribución de la población en estudio según servicios básicos presentes en el hogar	36

Tabla N° 17. Distribución de la población en estudio según ingreso per cápita	127
Tabla N°18. Distribución de la población en estudio según redes de apoyo	127
Tabla N° 19. Distribución de la población en estudio según religión	128
Tabla N° 19.1. Distribución de la población en estudio según religión que profesa	40
Tabla N° 20. Distribución de la población en estudio según artículos en el hogar	128
Tabla N° 21. Distribución de la población en estudio según presencia de familiar analfabeto	129
Tabla N° 22. Distribución de la población en estudio según sentimiento de pudor o vergüenza frente al profesional	43
Tabla N° 23. Distribución de la población en estudio según experiencias que influyan en la inasistencia	129
Tabla N° 24. Distribución de la población en estudio según experiencia anterior con profesional matrón/a	130
Tabla N° 25. Distribución de la población en estudio según Actitud del Profesional frente a la Atención	46
Tabla N° 26. Distribución de la población en estudio según características personales que influyen en la inasistencia	130
Tabla N° 27. Distribución de la población en estudio según incomodidad frente al género del profesional	131
Tabla N° 28. Distribución de la población en estudio según tiempo de espera ideal para la atención	49
Tabla N° 29. Distribución de la población en estudio según locomoción de acceso al consultorio	131
Tabla N° 30. Distribución de la población en estudio según ubicación del consultorio	51
Tabla N° 31. Distribución de la población en estudio según expectativas para conseguir una hora en el consultorio	132
Tabla N° 32. Distribución de la población en estudio según igualdad de acceso adulto/adolescente	132

Tabla N° 33. Distribución de la población en estudio según carácter de la información entregada al profesional	54
Tabla N° 34. Distribución de la población en estudio según expectativas de trato del profesional frente a diversidades sexuales	55
Tabla N° 35. Distribución de la población en estudio según expectativas del adolescente frente al profesional	133
Tabla N° 36. Distribución de la población en estudio según tipo de relación profesional/usuario	57
Tabla N° 37. Distribución de la población en estudio según presencia de señalética en el consultorio	133
Tabla N° 38. Distribución de la población en estudio según tipo de señalética en el consultorio	134
Tabla N° 39. Distribución de la población en estudio según elementos necesarios para la privacidad durante la atención	134
Tabla N° 40. Distribución de la población en estudio según expectativas en cuanto a la higiene en el box	135
Tabla N° 41. Distribución de la población en estudio según razón por la cual el adolescente no asiste al control	135
Tabla N° 42. Distribución de la población en estudio según influencia del trato del profesional en la inasistencia al control	136
Tabla N° 43. Distribución de la población en estudio según influencia del género del profesional	64
Tabla N° 44. Distribución de la población en estudio según influencia del tiempo de espera de la atención en la inasistencia	64
Tabla N° 45. Distribución de la población en estudio según influencia de la forma de obtener la hora en la inasistencia al control	66
Tabla N° 46. Distribución de la población en estudio según influencia del horario de atención del consultorio en la inasistencia	66
Tabla N° 47. Distribución de la población en estudio según influencia de la ubicación del consultorio en la inasistencia a control	136
Tabla N° 48. Distribución de la Población en estudio según Nivel Socioeconómico	137

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Página
Gráfico I. Distribución de la Población en estudio según Edad	20
Gráfico II. Distribución de la población en estudio según género	21
Gráfico III. Distribución de la población en estudio según orientación sexual.	138
Gráfico IV. Distribución de la población en estudio según lugar de residencia	23
Gráfico V. Distribución de la población en estudio según actividad remunerada	139
Gráfico VI. Distribución de la población en estudio según consumo de sustancias	25
Gráfico VII. Distribución de la población en estudio según violencia intrafamiliar	26
Gráfico VII.I. Distribución de la población en estudio según tipo de VIF	140
Gráfico VIII. Distribución de la población en estudio según personas con las que vive	28
Gráfico IX. Distribución de la población en estudio según Nivel educacional de los padres	29
Gráfico X. Distribución de la población en estudio según sostenedor económico del hogar	30
Gráfico XI. Distribución de la población en estudio según actividad de los padres	31
Gráfico XII. Distribución de la población en estudio según actividades que realiza en el hogar	32
Gráfico XIII. Distribución de la población en estudio según hábitos nocivos	141
Gráfico XIV. Distribución de la población en estudio según tipo de previsión FONASA	34
Gráfico XV. Distribución de la población en estudio según material de la vivienda	35

Gráfico XVI. Distribución de la población en estudio según servicios básicos presentes en el hogar	142
Gráfico XVII. Distribución de la población en estudio según ingreso per cápita	37
Gráfico XVIII. Distribución de la población en estudio según Redes de Apoyo	38
Gráfico XIX. Distribución de la población en estudio según religión	39
Gráfico XIX.I. Distribución de la población en estudio según religión que profesa	143
Gráfico XX. Distribución de la población en estudio según artículos en el hogar	41
Gráfico XXI. Distribución de la población en estudio según presencia de familiar analfabeto	42
Gráfico XXII. Distribución de la población en estudio según sentimiento de pudor o vergüenza frente al profesional	144
Gráfico XXIII. Distribución de la población en estudio según experiencias que influyen en la inasistencia	44
Gráfico XXIV. Distribución de la población en estudio según experiencia anterior con el profesional matrn/a	45
Gráfico XXV. Distribución de la población en estudio según actitud del profesional frente a la atención	145
Gráfico XXVI. Distribución de la población en estudio según características personales que influyen en la inasistencia	47
Gráfico XXVII. Distribución de la población en estudio según incomodidad frente al género del profesional	48
Gráfico XXVIII. Distribución de la población en estudio según expectativas de tiempo de espera para la atención.	146
Gráfico XXIX. Distribución de la población en estudio según locomoción de acceso al consultorio	50
Gráfico XXX. Distribución de la población en estudio según ubicación del consultorio	147
Gráfico XXXI. Distribución de la población en estudio según expectativas para conseguir una hora en el consultorio	52

Gráfico XXXII. Distribución de la población en estudio según igualdad de acceso adulto/adolescente	53
Gráfico XXXIII. Distribución de la población en estudio según carácter de la información entregada al profesional	148
Gráfico XXXIV. Distribución de la población en estudio según expectativas de trato del profesional frente a diversidades sexuales	149
Gráfico XXXV. Distribución de la población en estudio según expectativas del adolescente frente al profesional.	56
Gráfico XXXVI. Distribución de la población en estudio según tipo de relación profesional/usuario	150
Gráfico XXXVII. Distribución de la población en estudio según presencia de señalética en el consultorio	58
Gráfico XXXVIII. Distribución de la población en estudio según tipo de señalética en el consultorio	59
Gráfico XXXIX. Distribución de la población en estudio según elementos necesarios para la privacidad durante la atención.	60
Gráfico XL. Distribución de la población en estudio según expectativas en cuanto a la higiene dentro del box	61
Gráfico XLI. Distribución de la población en estudio según razón por la cual el adolescente no asiste al control	62
Gráfico XLII. Distribución de la población en estudio según influencia del trato del profesional en la inasistencia al control	63
Gráfico XLIII. Distribución de la población en estudio según influencia del género del profesional	151
Gráfico XLIV. Distribución de la población en estudio según influencia del tiempo de espera de la atención en la inasistencia	152
Gráfico XLV. Distribución de la población en estudio según influencia de la forma de obtener la hora en la inasistencia al control	153

Gráfico XLVI. Distribución de la población en estudio según influencia del horario de atención del consultorio en la inasistencia	154
Gráfico XLVII. Distribución de la población en estudio según influencia de la ubicación del consultorio en la inasistencia a control	67
Gráfico XLVIII. Distribución de la Población en estudio según Nivel Socioeconómico	68

RESUMEN

Autor.

Vargas Stevenson, Ingrid. ¹

Co –Autores.

Arellano, Leonardo²;González, Salvador²;Matamala, Nelson²,Reinoso, María. ²

¹ Matrona docente, Magister en Salud Pública, Escuela Obstetricia y Puericultura, Universidad de Valparaíso.

²Universidad de Valparaíso, Facultad de Medicina, Casa Central, Escuela de Obstetricia y Puericultura, Valparaíso, Chile.

La importancia fundamental del presente seminario de título fue determinar las características y causas de los adolescentes entre los grupos etarios de 15 y 19 años, beneficiarios FONASA, inasistentes al control de salud sexual y reproductiva en un tiempo mayor a un año. Además evidenció las expectativas de los adolescentes frente al sistema de salud en Chile, quienes constituyen el grupo etario más vulnerable, y son quienes requieren de mayor información en cuanto a las conductas psicosociales de manera orientadora para poder enfrentar este período, en el cual las actitudes que los adolescentes adoptan son determinantes para su vida futura.

El motivo de esta investigación se basó en la baja adherencia de los adolescentes a la asistencia a los controles con el profesional matrn (a), los cuales en ese período de la vida son determinantes ya que prevalecen conductas de riesgo de diversa índole, las cuales repercuten en la vida adulta futura. Es por esto que se considera importante tener en conocimiento las causas que inciden en la baja asistencia para poder actuar frente a ellas con un equipo multidisciplinario de salud, quienes deberán entregar las herramientas necesarias para que los

adolescentes puedan vivir una sexualidad plena y con esto, una buena salud sexual.

El presente estudio fue de diseño descriptivo, tipo transversal, ya que buscó describir las cualidades de un fenómeno que en este caso son las características del porque los adolescente no asisten al sistema sanitario. Fue transversal, por ser un estudio estadístico y demográfico de tipo observacional y descriptivo que buscó medir la prevalencia de un efecto en una muestra determinada en un espacio y tiempo definidos. Esta investigación por su carácter fue inductiva y tuvo una perspectiva holística considerando al fenómeno como un todo. A través de este enfoque el estudio no pretendió medir ninguna teoría o hipótesis sino más bien un levantamiento de datos y en función a estos su respectiva discusión; ya que este estudio cuantitativo identificó la naturaleza profunda de las realidades, su sistema de relaciones y su estructura dinámica influyendo en el ámbito de la salud sexual y reproductiva del adolescente y del fenómeno que se estudió.

Dentro de las consideraciones éticas, se solicitó primero que todo, autorización a la Dirección y a la UTP de cada uno de los establecimientos de manera personalizada, y así se obtuvo la respuesta de que si el establecimiento consideró prudente entregar la autorización al grupo de tesis para la realización y aplicación de la encuesta.

Se formularon dos consentimientos informados, uno para menores de edad (adolescentes entre 15 y 17 años) y otro para mayores de edad (adolescentes entre 18 y 19 años). Cada uno se entregó según grupo etario oportunamente previo a la realización de la encuesta.

El instrumento utilizado para la recolección de datos fue la aplicación de una encuesta la cual constó de 47 preguntas que se desarrollaron en un lenguaje simple y entendible por todos. Al momento de la aplicación de la encuesta, se presentó el grupo de tesis, el objetivo del estudio, y se informó sobre la confidencialidad de los datos obtenidos y se aclaró cualquier inquietud individual referente a las preguntas del cuestionario.

En relación a los resultados obtenidos de mayor relevancia en conjunto con su respectiva discusión se establece que las sustancias con mayor índice de consumo entre la población de estudio son el tabaco (41%), alcohol (39%) y marihuana (38%).

Considerando otros aspectos del entorno de los adolescentes, el 7% de los encuestados señaló la existencia de violencia intrafamiliar en su hogar. De este 7% de adolescentes, el 78% ha sufrido violencia psicológica, 19% señaló que ha sufrido ambos tipos de violencia y el 3% señaló haber sufrido violencia física.

El núcleo familiar es de gran importancia como red de apoyo para los adolescentes, los cuales señalaron que sus mayores redes de apoyo son familia, amigos, establecimiento educacional e iglesia, estos grupos son los que generan mayor influencia en el ámbito psicosocial de los adolescentes. Del grupo de estudio solo el 10% correspondiente a 48 adolescentes señalaron vivir con otra persona que no son sus padres.

En relación a la dinámica familiar y la comunicación dentro de esta, se arrojó que las actividades familiares que más se practican para generar instancias de interacción son las comidas en familia y los paseos familiares. Dentro de otras actividades que se realizan en el grupo familiar y que son consideradas factores de riesgo para el desarrollo del grupo familiar y así para el adolescente, se encontraron el tabaquismo (26%), alcoholismo (10%) y la drogadicción (4%).

Dentro de las características personales de los adolescentes que influyeron en la inasistencia a los controles de salud se encuentran:

- El sentimiento de pudor o vergüenza frente al profesional con un 39%.
- Experiencias cercanas de amigos y/o familiares dentro de este contexto (22%).
- Experiencias personales que hayan enmarcado al adolescente en este contexto de inasistentes a los controles de salud (12%).
- Timidez (34%) y vergüenza (47%).

- Incomodidad frente al género del profesional: Masculino 49% - Femenino 4%- No siente incomodidad 38%.

De acuerdo a la experiencia que tuvo el adolescente en algún control de salud anterior, que gatilló en la inasistencia a los controles de salud posteriores, en su mayoría los encuestados refirieron que la actitud del profesional no generó relación de confianza.

Considerando la equidad en el acceso al servicio de salud la población en estudio señaló que es igualitaria la accesibilidad entre los adultos y los adolescentes, lo que reflejó que los encuestados están en conocimiento de que los tiempos de espera para todas las personas son iguales para acceder a todo tipo de profesional en el servicio de salud.

En cuanto al trato del profesional frente a las diversidades sexuales, aún cuando una amplia mayoría de los encuestados definió su orientación sexual como heterosexual, consideraron que el trato a usuarios con una orientación sexual distinta debe ser orientador, sin emitir juicios y dando prioridad a la salud sexual del adolescente que es lo fundamental en el proceso de atención con el profesional matrn/a, más allá de la condición sexual del paciente.

Las expectativas del adolescente frente a la actitud del profesional durante la atención señalaron, como la más importante, la demostración de interés por parte del matrn/a, esto se debe a que el adolescente que asiste al consultorio especialmente a recibir atención de salud sexual y reproductiva es porque está pasando por un problema de salud o bien necesita orientación en este ámbito fundamental determinante durante este periodo de su vida, por lo tanto, una escucha interesada y orientadora por parte del profesional refleja una actitud receptiva, con ello entrega confianza y esto dará mayor información con lo que resulta una atención eficaz y por sobre todo una solución ante las dudas y problemas de salud de la población en estudio.

Considerando el tipo de relación con el profesional la población en estudio señaló que ésta debe ser asimétrica, es decir, se deben delimitar de manera efectiva los

límites en la interacción profesional – usuario. Aún así, la actitud del profesional debe ser receptiva pero siempre considerando la asimetría que existe entre las personas que están interactuando durante la atención. Los adolescentes necesitan que el profesional se demuestre como tal, siendo una figura creíble y orientadora ante su problema de salud o ante su necesidad de orientación frente a su salud sexual.

En cuanto a la higiene dentro del box, lo más importante para la población en estudio es que el servicio de salud posea los insumos necesarios para la mantención de la limpieza, posicionando a la higiene como una expectativa fundamental para los adolescentes quienes esperan que el espacio de atención con el profesional esté con las condiciones de limpieza adecuadas para lograr una óptima atención.

En relación a las causas de por qué el adolescente no asiste a los controles de salud sexual el 28% señaló no tener interés en asistir y el 16% refirió no asistir a los controles por causas que tienen relación con el profesional, como la poca empatía, incompreensión frente al usuario, la incomodidad frente al género del profesional; y en relación al consultorio los adolescente refirieron que, tiempos de espera para conseguir hora y tramitación excesiva son una de las principales causas por las que ellos no asisten a los controles de salud con profesional matrón/a.

INTRODUCCIÓN

El sistema de Salud en Chile se encuentra bajo una nueva reforma según el plan de acción 2012 – 2020 del Ministerio de Salud, el cual apunta hacia el mejoramiento de la atención mediante la implementación de nuevos programas, ejemplo claro de esto son el Programa de Salud para Adolescentes y el Programa de Espacios Amigables para Adolescentes.

Los adolescentes comprenden una parte importantísima de la población, se sabe que gran número de las enfermedades y patologías en la adultez son producto de lo que suceda durante esta etapa trascendental de la vida.

Es por esto que la importancia de los controles de salud sexual y reproductiva de los adolescentes es fundamental para contribuir a la promoción de estilos de vida saludable y prevención de factores de riesgo aumentando la calidad de vida y mejorando la salud sexual y reproductiva del adolescente. Para ello, la asistencia del adolescente al sistema sanitario surge como prioridad para abordar lo anteriormente mencionado.

La población en estudio (adolescentes entre 15 y 19 años) es un grupo de edad importante, que comprende aproximadamente el 30% de la población en América Latina y el Caribe. Se considera un sector de la población relativamente “saludable” y, por ello, a menudo se pasan por alto sus necesidades en salud. Sin embargo, la inversión en la salud y la educación de los adolescentes y jóvenes y el alineamiento de las políticas económicas facilitan la productividad y crecimiento económico. Adicionalmente, la inversión en la salud de la población joven es fundamental para proteger las inversiones efectuadas en la niñez (por ejemplo, la inversión significativa en vacunas y programas de alimentación) y para velar por la salud de la futura población adulta. La mayoría de los hábitos perjudiciales para la salud se adquieren durante la adolescencia y la juventud, y se manifiestan como problemas de salud durante la edad adulta (por ejemplo, cáncer al pulmón a causa del consumo de tabaco) que agregan una carga económica evitable para los sistemas de salud. (1)

Los problemas que la juventud enfrenta hoy en día en relación con su salud sexual y reproductiva son variados y complejos. Estos se conocen y están documentados, e incluyen conductas sexuales de riesgo, embarazos no deseados y la adquisición de infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH. Además, los jóvenes deben lidiar con barreras culturales que son resultado de políticas y leyes discriminatorias y opresivas que limitan, por ejemplo, las opciones reproductivas de las mujeres, y también deben encarar la falta de infraestructura física, que les ofrezca espacios seguros y saludables para su desarrollo.(2)

Aproximadamente entre los 14 y 16 años las preocupaciones psicológicas giran prioritariamente en torno a la afirmación personal - social y afloran las vivencias del amor. La búsqueda de canalización de los emergentes impulsos sexuales, la exploración de las capacidades sociales, y el apoyo en la aceptación por el grupo de pares dinamizan la afirmación personal y social en la adolescencia.

La familia ha dejado de ser el espacio privilegiado para confirmar las habilidades y autoestima adolescente, lo que genera para las figuras parentales el difícil desafío de lograr la capacidad de mantener y expresar, en estas nuevas condiciones, la aceptación de sus hijos adolescentes, lo que es siempre fundamental para su desarrollo. La sexualidad adolescente debe ser vivida fuera de la familia y los nuevos roles son ensayados y comprobados en grupos de pares y ámbitos de la sociedad más amplia. Esto conforma nuevas condiciones para el desarrollo social que contribuyen a la diferenciación del grupo familiar y a la autonomía.

Es importante reconocer que para las y los adolescentes el amor, el goce y la amistad son preocupaciones muy valiosas que tienden a suprimirse por los adultos cuando enfocan su sexualidad desde el ángulo exclusivo de la moral o la salud reproductiva. No es infrecuente que para las muchachas los novios sean la figura de mayor confianza para compartir afectos y preocupaciones. Las relaciones sentimentales sirven a muchachos y muchachas como oportunidades para ampliar experiencias e intereses y enriquecer la identidad y no son, generalmente, noviazgos orientados a la unión conyugal, salvo en zonas rurales.

En la adolescencia se procura explorar las fuentes posibles de reconocimiento sensorial, emocional, social. Los sistemas de ideas congruentes, aunque parciales, van procurando zonas de seguridad. La posibilidad de ponerlas en práctica y acompañarlas de reflexión y asesoría permite enriquecer sus conceptualizaciones. De lo contrario, como lo plantea Aberastury, al adolescente "...se le priva de la capacidad de acción, se le mantiene en la impotencia y, por lo tanto, en la omnipotencia del pensamiento." (3)

El desarrollo intelectual es parte del empuje de insertarse en el mundo de una nueva forma. Existe interés por nuevas actividades, emerge la preocupación por lo social y la exploración de capacidades personales en la búsqueda de la autonomía.

Las capacidades de autocuidado y cuidado mutuo tienen la posibilidad de despegarse eficazmente, en la medida que los y las adolescentes hayan contado con la asesoría y atribuciones requeridas. Las parejas dejan de cumplir el rol de exploración y descubrimiento de mundos emocionales y sexuales, para introducir como vivencia central, la apertura a la intimidad que emerge entre personas con identidades más diferenciadas que se enriquecen con el acompañamiento afectivo y el establecimiento de vínculos profundos.

Algunas características que definen al grupo etario en estudio son:

- Deseo de afirmar el atractivo sexual y social
- Emergentes impulsos sexuales
- Exploración de capacidades personales
- Capacidad de situarse frente al mundo y a si mismo
- Cuestionamiento de aspectos comportamentales y posiciones previas
- Preocupación por lo social
- Interés por nuevas actividades
- La pareja como extensión del yo
- Búsqueda de autonomía
- Reestructuración de las relaciones familiares

- Exploración de opciones sociales
- Avance en la elaboración de la identidad
- Duelo parental por la separación física
- Grupos afines en lo laboral, educacional, comunitario
- Relaciones de pareja con diferenciación e intimidad
- Capacidad de autocuidado y cuidado mutuo(3)

Chile cuenta con indicadores de salud y socioeconómicos, que demuestran que las personas gozan de una mejor salud, disponen de más recursos económicos y viven más que hace 30 años, pero al desagregar la información por edad, sexo, niveles socioeconómicos y zonas geográficas, aún persisten en el país diferencias marcadas en la naturaleza y magnitud del daño en salud en los distintos grupos poblacionales, así como, en el acceso y equidad en el uso de los recursos disponibles, desventajas relacionadas en su mayoría con determinantes sociales estructurales o intermedias de la salud.

En relación a estas determinantes, el grupo de adolescentes y jóvenes (10-24 años), corresponden al 25,03% del total de la población y ocupan el mayor porcentaje de población en situación de pobreza por lo que no es ajeno a la realidad nacional.(5)

Las principales causas de enfermedad y de riesgo, están vinculadas a comportamientos y conductas, factores psicosociales y condiciones de vida. La evidencia indica que muchos de los hábitos perjudiciales para la salud que provocarán morbilidad o mortalidad durante la edad adulta, se adquieren en el período de la adolescencia.

Fundamentado en lo anterior, y apoyados en el marco conceptual de los determinantes sociales de salud de la población, que vincula la emergencia de los problemas de salud que afectan a adolescentes y jóvenes con factores sociales; el MINSAL, como ente rector y regulador, convocó a diversos actores institucionales para iniciar un proceso de construcción y formulación del Programa Nacional de

Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes y de su Plan de Acción Estratégico, cuyo propósito es mejorar la salud y las condiciones de vida de adolescentes y jóvenes chilenos. El Programa propone una estrategia a 10 años, cuyo plan de acción tiene como propósito responder a las necesidades y demandas de salud de hombres y mujeres adolescentes y jóvenes del país, y contribuir al máximo estado de bienestar bio-psicosocial de esta población contribuyendo a mejorar su calidad de vida.

En la Comuna de Valparaíso el Centro de Salud “Jean y Marie Thierry” de atención primaria en salud con orientación familiar, fue inaugurado en octubre de 2004 y actualmente se encuentra en vías de conversión en Centro de Salud Familiar. Es uno de los 14 Centros de Salud de la comuna de Valparaíso, siendo, junto al CES Plaza Justicia, los dos centros dependientes del Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio y que son pioneros en la Comuna en la puesta en marcha del Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes. Una vez asumido este desafío del Programa se detectó que las principales problemáticas que afectaban a los adolescentes del CESFAM eran la baja asistencia a controles preventivos de salud de parte de los adolescentes inscritos y la ausencia de actividades dirigidas a promover el acercamiento de los adolescentes al centro de salud. Basado en estas problemáticas, se plantea como objetivo principal del Programa Adolescente la implementación de una nueva modalidad de atención “amigable” hacia el adolescente, dirigida a atraer a este grupo etario, logrando que se sintieran parte de su CES.

En conjunto con otras organizaciones sociales que contribuyen al desarrollo de la investigación, se obtendrán los datos respectivos, ellas son la Corporación Municipal de Valparaíso, el SSVSA, y entrevistas con expertos a modo de obtener estadísticas y con ellas determinar la muestra en estudio.

Se considera que la realización de este estudio podría generar algunas directrices que orientarán a la razón por la cual los adolescentes no asisten al sistema sanitario y así, poder generar políticas públicas aplicables a todos los sistemas tanto educacionales como de salud, para generar un conocimiento de la salud

sexual y reproductiva que les entregue a los adolescentes todas las opciones que poseen, y así puedan vivir una vida y sexualidad informada e integral.

La inasistencia de los adolescentes y el manejo de fuentes de información erróneas sigue siendo una barrera que obstaculiza el actuar de los profesionales de la salud para impactar sobre la vida y la salud de este adolescente. Es por esto que es de fundamental importancia identificar las causas que inciden en la inasistencia de los jóvenes asociado a múltiples factores que causarán la inasistencia. Las fuentes de información para estudiar dichos factores son escasas con respecto a la realidad local por lo cual surge el motivo de este estudio, formulando la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las características psicosociales y causas de los adolescentes entre 15 y 19 años beneficiarios FONASA inasistentes a los controles de Salud sexual y Reproductiva en la comuna de Valparaíso año 2013 y sus expectativas en cuanto a la calidad de la atención en salud?

MATERIAL Y MÉTODO

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

A modo de introducción los estudios descriptivos se caracterizan por estudiar situaciones que ocurren en condiciones naturales, más que aquellos que se basan en situaciones experimentales, y por definición los estudios descriptivos conciernen y son diseñados para describir la distribución de variables, sin considerar hipótesis causales o de otro tipo.

La metodología de esta investigación será de enfoque cuantitativo en el cual se apreciará la magnitud y distribución de un grupo de adolescentes, describiendo las características de este grupo de estudio en función a la inasistencia de ellos a los controles de salud sexual y reproductiva, no obstante no se buscará establecer el vínculo entre causa y efecto. Asimismo, se describirán las expectativas de los adolescentes en cuanto a la calidad de la atención en APS.

El presente estudio será de diseño descriptivo, tipo transversal, ya que buscará describir las cualidades de un fenómeno que en este caso son las características del porqué los adolescente no asisten al sistema sanitario. Será transversal, ya que es un estudio estadístico y demográfico de tipo observacional y descriptivo que buscará medir la prevalencia de un efecto en una muestra determinada en un espacio y tiempo definidos. Esta investigación por su carácter será inductiva y tendrá una perspectiva holística considerando al fenómeno como un todo. A través de este enfoque el estudio no pretenderá medir ninguna teoría o hipótesis sino más bien un levantamiento de datos y en función a estos su respectiva discusión; ya que este estudio cuantitativo identificará la naturaleza profunda de las realidades, su sistema de relaciones y su estructura dinámica influyendo en el ámbito de la salud sexual y reproductiva del adolescente y del fenómeno que se estudia.

IDENTIFICACIÓN DEL UNIVERSO Y MUESTRA

Universo.

Entendiéndose como universo de estudio al conjunto de donde provienen las unidades de observación o de análisis y del cual se extraerá la información y hacia el que se generalizarán las conclusiones obtenidas; en esta investigación el universo de estudio serán los adolescentes entre 15 y 19 años beneficiarios FONASA inasistentes al control de salud sexual y reproductiva.

Muestra.

La muestra es el subconjunto del universo de estudio a partir de la cual se extraerán las conclusiones; en la presente investigación la muestra corresponderá a los adolescentes entre 15 y 19 años beneficiarios FONASA inasistentes al control en salud sexual y reproductiva en la comuna de Valparaíso año 2012.

Cabe señalar que el tamaño muestral se calculará con el total de adolescentes en Valparaíso y no realizando diferenciación por sexo.

Tamaño de la Población Hombres (adolescentes) en Valparaíso pertenecientes a FONASA = 11.957

Tamaño de la Población Mujeres (adolescentes) en Valparaíso pertenecientes a FONASA = 10.650

Total adolescentes en Valparaíso pertenecientes a FONASA = 22.607

Cálculo tamaño muestral.

Fórmula.

$$\frac{k^2 N p q}{e^2 (N - 1) + k^2 p q}$$

N: es el tamaño de la población o universo (número total de posibles encuestados).

k: es una constante que depende del nivel de confianza que se asigne. El nivel de confianza indica la probabilidad de que los resultados de la investigación sean ciertos: un 95 % de confianza es lo mismo que decir que puede existir error con una probabilidad del 5%.

Los valores de k y sus niveles de confianza:

Valor de k	1,15	1,28	1,44	1,65	1,96	2,24	2,58
Nivel de confianza	75%	80%	85%	90%	95%	97,5%	99%

e: es el error muestral deseado. El error muestral es la diferencia que puede haber entre el resultado que se obtiene preguntando a una muestra de la población y el que se obtendría si se pregunta al total de ella.

p: es la proporción de individuos que poseen en la población la característica de estudio. Este dato es generalmente desconocido y se suele suponer que $p=q=0.5$ que es la opción más segura.

q: es la proporción de individuos que no poseen esa característica, es decir, es $1-p$.

Tamaño de la Muestra adolescentes FONASA en Valparaíso.

- Tamaño de la Población= 22.607
- Nivel de Confianza deseado en el estudio = 95%
- K: 1.96

- Porcentaje de error a aceptar en el estudio= 5%
- p: 0.5
- q:1-p = 1- 0.5 = 0.5

$$\frac{k^2 N p q}{e^2 (N - 1) + k^2 p q}$$

$$\frac{(1.96)^2 * 22.607 * 0.5 * 0.5}{(0.05)^2 * (22.607-1) + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5} = 377,75 = 378$$

- Por lo tanto la muestra obtenida será de 378 adolescentes de la comuna de Valparaíso.

Criterios de inclusión.

- Adolescentes entre 15 y 19 años.
- Adolescentes beneficiarios FONASA.
- Adolescentes inasistentes al control de salud sexual y reproductiva durante un año.
- Adolescentes pertenecientes a la comuna de Valparaíso.

Criterios de exclusión.

- Adolescentes de 15 a 17 años sin el consentimiento informado firmado por el tutor legal que autorice la realización de la encuesta.
- Adolescentes con imposibilidad física y/o mental para realizar la encuesta.
- Adolescentes que por decisión propia no desean realizar la encuesta.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Unidad de estudio.

- Adolescentes entre 15 y 19 años inasistentes al control de salud sexual y reproductiva.

Unidad informante.

- Adolescentes entre 15 y 19 años inasistentes al control de salud sexual y reproductiva.

Unidad Referencial.

- CORMUVAL (Departamento de Educación de la Corporación Municipal de Valparaíso)
- Establecimientos educacionales particular subvencionado y municipales de la comuna de Valparaíso.

DESCRIPCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

El instrumento para la recolección de datos fue un cuestionario, ya que es menos compleja su ejecución, económica y es menos sensible a la influencia del entrevistador. Por ello se obtuvieron respuestas precisas pudiendo abarcar con mayor objetividad el tema de investigación.

El cuestionario fue realizado con lenguaje sencillo y con algunos tecnicismos, los cuales fueron esclarecidos al momento de la aplicación del instrumento por parte de los investigadores. Cabe destacar que se informó a los adolescentes de la confidencialidad de sus respuestas.

La validación del instrumento se realizó en el establecimiento educacional St. Paul School, en el mes de Abril según la carta Gantt utilizada como guía para la realización de esta investigación. Fueron encuestados 40 adolescentes entre 15 y 19 años, previa aplicación de consentimiento informado. Además fueron encuestados de manera individual, 20 adolescentes entre 15 y 19 años de la comuna de Valparaíso pertenecientes a agrupaciones sociales, igualmente previo consentimiento informado. De esta forma se obtuvieron 60 encuestas que validaron la encuesta como instrumento de investigación.

Procedimiento para la aplicación de instrumentos de recolección de datos.

La recolección de datos se realizó mediante la aplicación del instrumento previo consentimiento informado (explicitado en consideraciones éticas), en el cual se expusieron los criterios de inclusión de la investigación. Cada uno de los establecimientos educacionales que accedió a colaborar con el estudio fue informado de manera personalizada mediante cartas dirigidas a la dirección del establecimiento y a la Unidad Técnico Pedagógica, ésta última fue quien evaluó el instrumento a aplicar y aceptó la realización de éste. Cabe señalar que en cada institución educacional en donde se realizó el cuestionario, se informó a los apoderados mediante reuniones que fueron realizadas mensualmente en los establecimientos entre los meses de Abril y Mayo del presente año. Avalados por

la UTP, se explicó el objetivo del estudio y el uso de los resultados como material de importancia para obtener datos y realizar futuras mejoras en el sistema de salud.

Los establecimientos en donde fueron aplicadas las encuestas son:

Particular Subvencionado: Colegio Leonardo Murialdo.

Municipales: Liceo Técnico Femenino de Valparaíso, Liceo Barón, Liceo Eduardo de la Barra.

El instrumento utilizado para la recolección de datos fue la aplicación de una encuesta la cual constó de 47 preguntas que se desarrollaron en un lenguaje simple y entendible por todos. Al momento de la aplicación de la encuesta, se presentó el grupo de tesis, el objetivo del estudio, se informó sobre la confidencialidad de los datos a obtener y fue aclarada cualquier inquietud individual referente a las preguntas del cuestionario. Las instrucciones fueron las siguientes:

- Responda esta encuesta en un máximo de 40 minutos marcando claramente su preferencia.
- Se asegura la confidencialidad de la encuesta.
- Cualquier duda o consulta, manifestarla a cualquiera de los investigadores presentes encargados del estudio.

Estas encuestas fueron realizadas entre los meses de Junio, Julio y Agosto del año 2013.

El instrumento fue aplicado por los estudiantes co autores pertenecientes al estudio, quienes divididos por curso, realizaron el cuestionario y aclararon las dudas de los estudiantes frente a la encuesta.

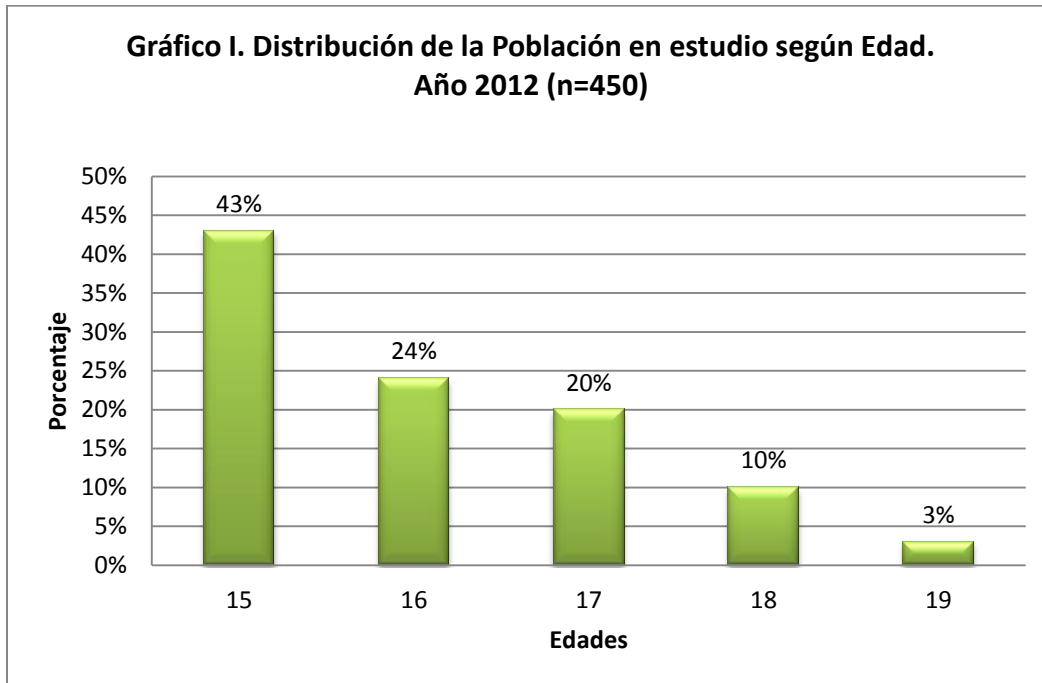
Los resultados, posteriormente completada la muestra, fueron tabulados en una planilla de Excel a partir de la cual se obtuvieron los resultados del presente estudio.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se solicitó primero que todo, autorización a la Dirección y a la UTP de cada uno de los establecimientos de manera personalizada, fueron enviadas cartas de presentación, información sobre el estudio, ambos consentimientos informados y la encuesta para que fuera evaluada y así se obtuvo la respuesta del establecimiento el cual consideró prudente entregar la autorización al grupo de tesis para la futura realización y aplicación de la encuesta.

Se formularon dos consentimientos informados, uno para menores de edad (adolescentes entre 15 y 17 años) y otro para mayores de edad (adolescentes entre 18 y 19 años). Cada uno fue entregado según grupo etario oportunamente previo a la realización de la encuesta. Las copias de estos consentimientos fueron entregadas en las reuniones de apoderados o se hicieron llegar a la UTP quienes entregaron los consentimientos a los alumnos, los que respectivamente hicieron llegar a sus padres la autorización y debieron asistir con el consentimiento firmado antes de realizar el cuestionario.

RESULTADOS

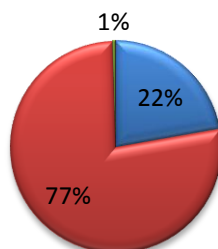


Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 43% de encuestados corresponde a jóvenes de 15 años. La distribución restante es la siguiente: 24% para encuestados de 16 años, 20% para 17 años, 10% para 18 años y finalmente 3% para 19 años.

**Gráfico II. Distribución de la población en estudio según género. Año 2012.
(n=450)**

■ Masculino ■ Femenino ■ No Responde



Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: Del total de los encuestados, el 22% son adolescentes del género masculino, el 77% de género femenino y el 1% que no señaló su género.

**Tabla N° 3. Distribución de la Población en estudio según orientación sexual.
Año 2012.(n=450)**

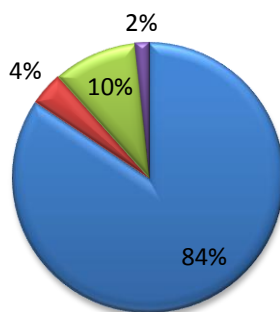
Orientación	Encuestados	Porcentaje
Heterosexual	407	91%
Homosexual	13	3%
Bisexual	24	5%
No Responde	6	1%
Total	450	100%

Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 91% de los encuestados señala ser heterosexual, el 3% señaló ser homosexual, 5% bisexual y el 1% no responde.

Gráfico IV. Distribución de la población en estudio según lugar de residencia. Año 2012 (n=450)

■ Urbano ■ Rural ■ Urbano-Marginal ■ No Responde



Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

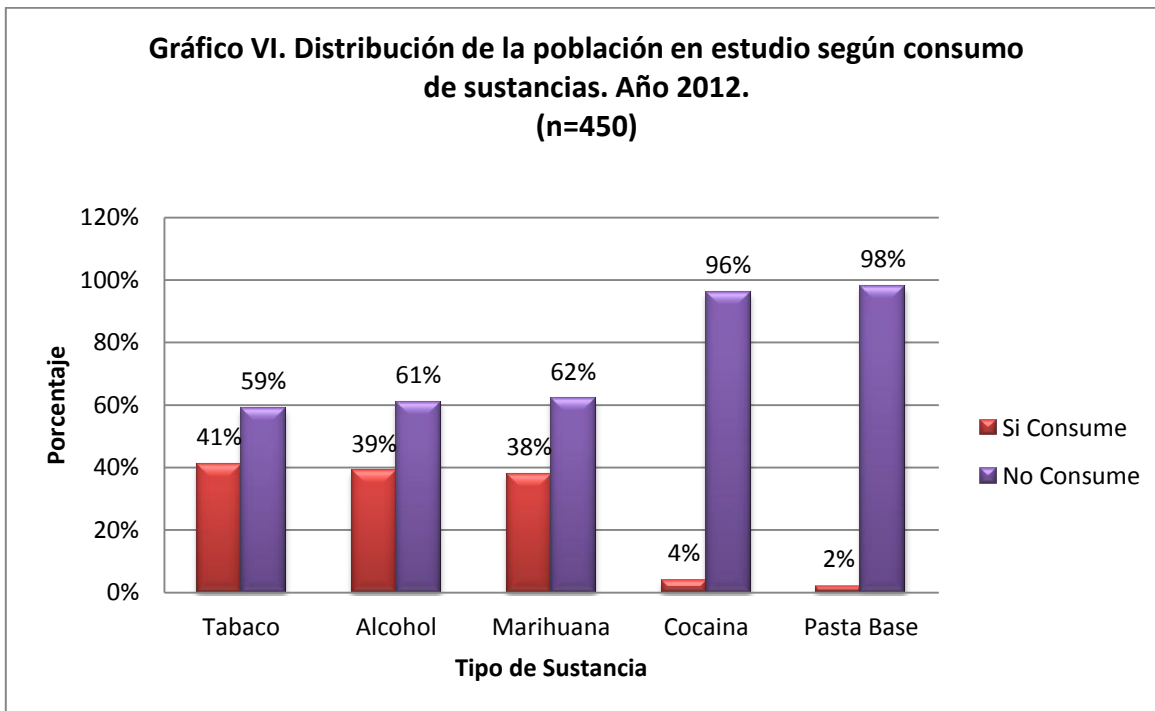
Comentario: El 84% de los adolescentes señala vivir en una zona urbana.

Tabla N° 5. Distribución de la población en estudio según Actividad Remunerada. Año 2012.(n=450)

Trabaja	Encuestados	Porcentajes
Si	35	8%
No	398	88%
No Responde	17	4%
Total	450	100%

Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

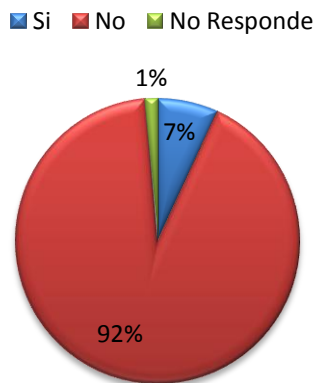
Comentarios: El 88% de los encuestados refiere no trabajar de forma remunerada.



Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentarios: De las sustancias consumidas, el 41% refiere consumir tabaco, el 39% consume alcohol y el 38% marihuana.

Gráfico VII. Distribución de la población en estudio según violencia intrafamiliar. Año 2012 (n=450)



Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 92% de los adolescentes encuestados señala que no sufre Violencia Intra Familiar en su hogar.

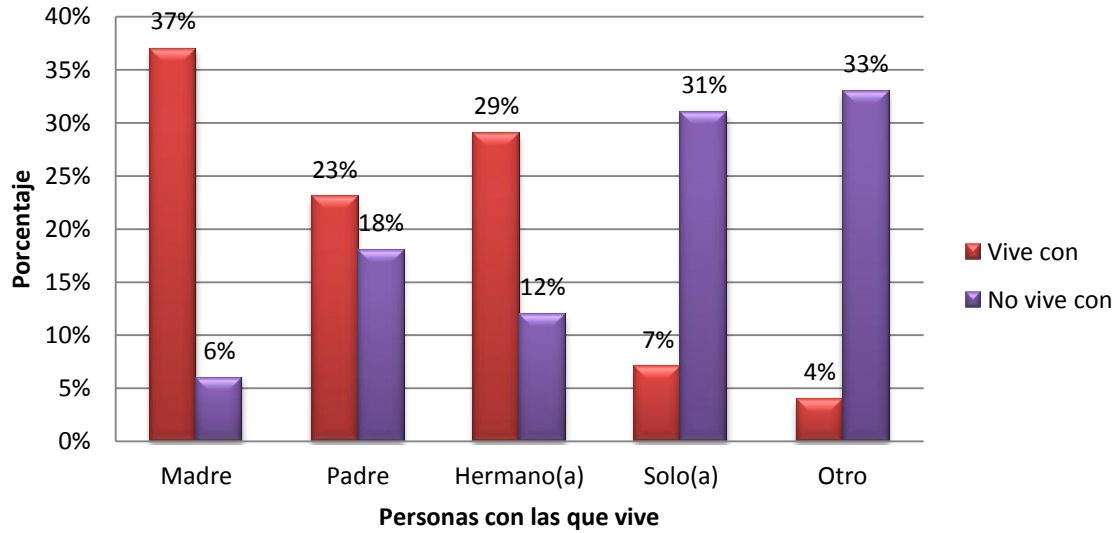
Tabla N° 7.1. Distribución de la población según tipo de violencia intrafamiliar. Año 2012(n=31)

Tipo	Número	Porcentaje
Física	1	3%
Psicológica	24	78%
Ambas	6	19%
Total	31	100%

Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: De los adolescentes que señalan sufrir VIF en el hogar, el 78% sufre violencia psicológica, 19% señala sufrir ambos tipos de violencia y el 3% señala sufrir violencia física.

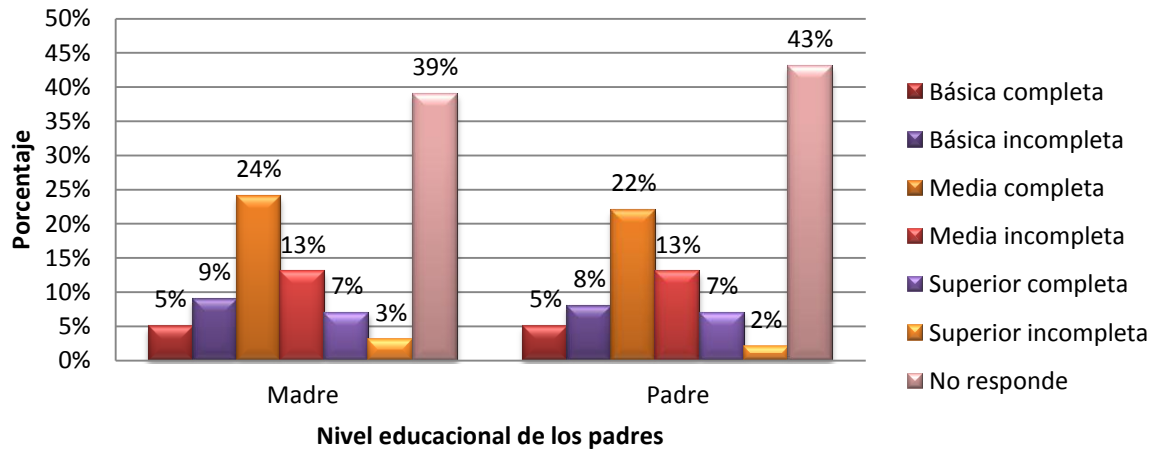
**Gráfico VIII. Distribución de la población en estudio según personas con las que vive. Año 2012.
(n=450)**



Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 37% de los encuestados señala vivir con la madre.

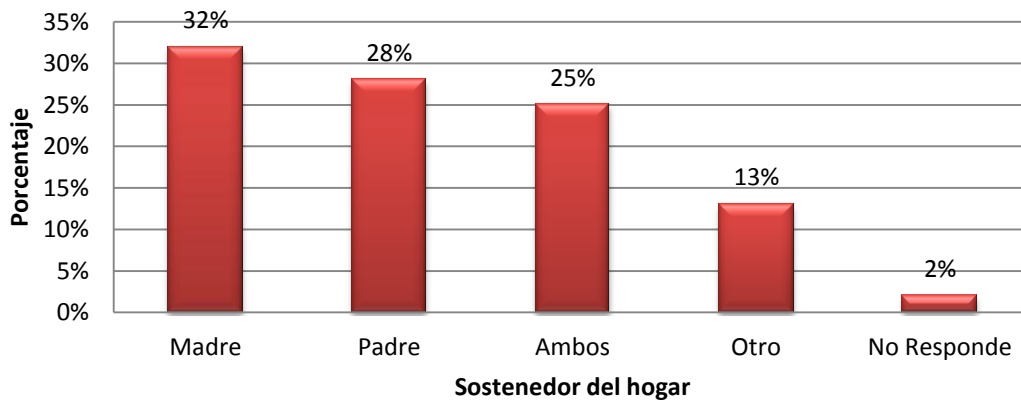
Gráfico IX.
Distribución de la población en estudio según Nivel
educacional de los padres. Año 2012 (n=450)



Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

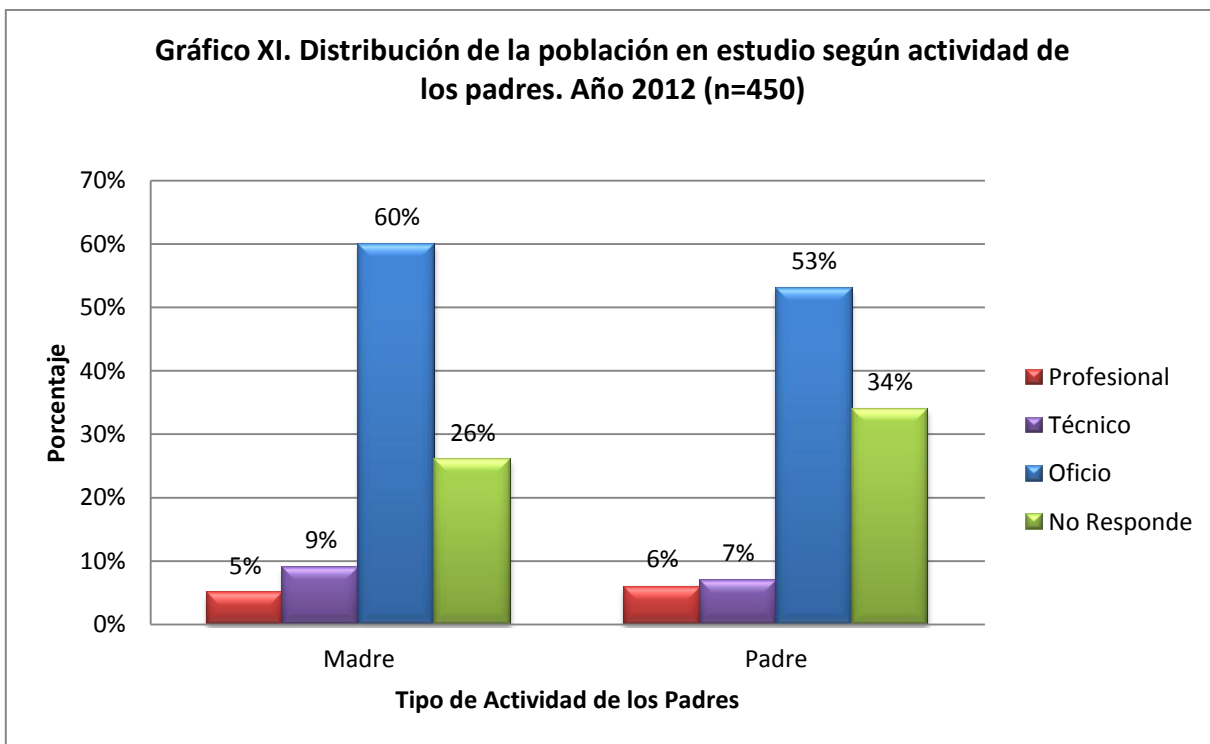
Comentario: El 39% de los encuestados desconoce el nivel educacional de la madre y el 43% de los encuestados desconoce el nivel educacional del padre.

Gráfico X.
Distribución de la población en estudio
según sostenedor económico del hogar.
Año 2012. (n=450)



Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

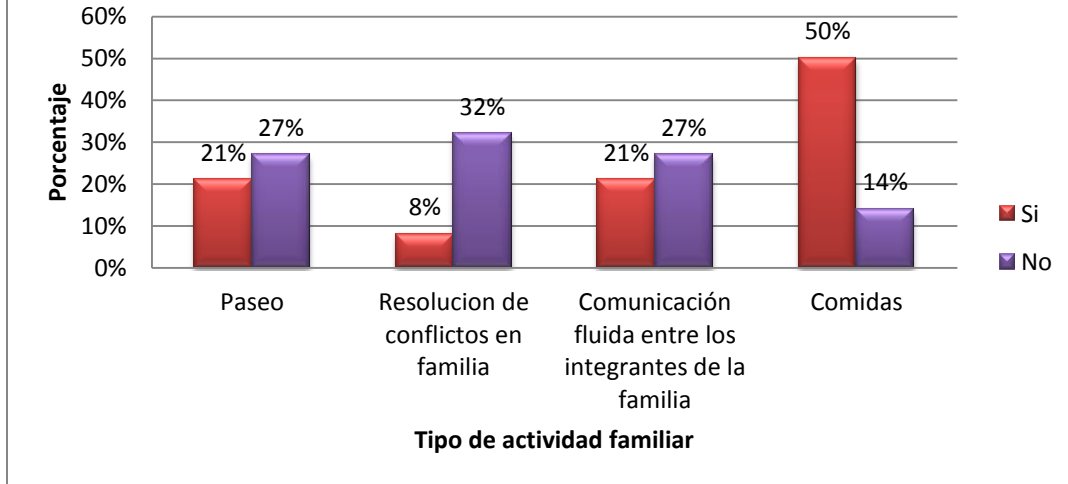
Comentario: El 32% de los encuestados señaló que la madre es el sostenedor del hogar.



Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 60% de adolescentes señalan que su madre realiza un oficio como actividad remunerada y el 53% de los encuestados refiere que su padre realiza un oficio como actividad remunerada.

Gráfico XII. Distribución de la población en estudio según actividades que realiza en el hogar. Año 2012 (n=450)



Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 50% de los adolescentes encuestados refiere que las comidas son la actividad más común en sus familias.

**Tabla N° 13. Distribución de la población en estudio según hábitos nocivos.
Año 2012 (n=450)**

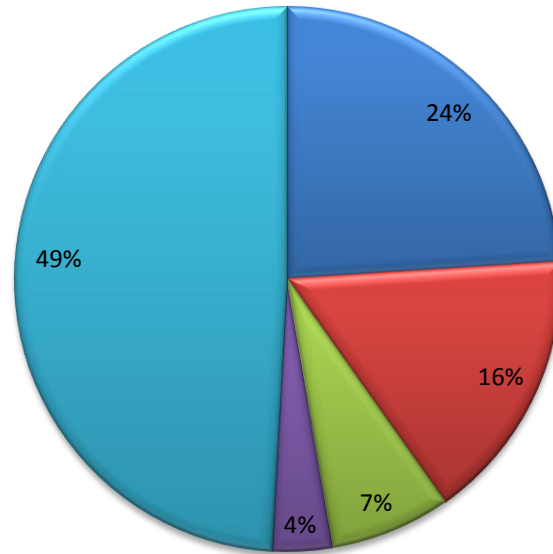
Actividad	Si	%	No	%	Total	% Total
Alcoholismo	46	10%	404	90%	450	100%
Tabaquismo	115	26%	335	74%	450	100%
Drogadicción	17	4%	433	96%	450	100%

Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 96% de los encuestados refiere que no hay actividades de drogadicción en sus familias.

Gráfico XIV. Distribución de la población en estudio según tipo de previsión FONASA. Año 2012 (n=450)

■ A ■ B ■ C ■ D ■ No Sabe

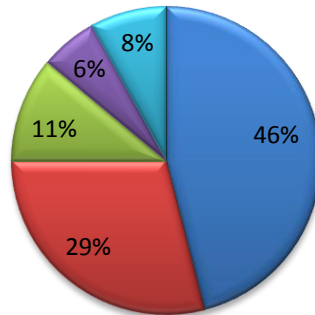


Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 49% de los adolescentes no sabe a qué categoría de FONASA pertenece y el 24% de los encuestados señala pertenecer al tramo A.

Gráfico XV. Distribución de la población en estudio según material de la vivienda. Año 2012 (n=450)

■ Madera ■ Cemento ■ Ladrillo ■ Adobe ■ No Responde



Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 46% de los encuestados señala que su hogar está construido mayoritariamente por madera.

Tabla N° 16. Distribución de la población en estudio según servicios básicos presentes en el hogar. Año 2012. (n=450)

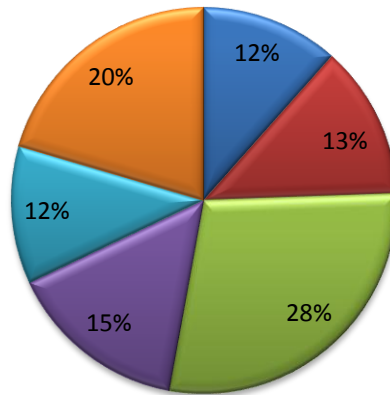
Servicio	Si	%	No	%	No Responde	%	Total	Porcentaje
Alcantarillado	387	86%	55	12%	8	2%	450	100%
Luz	434	96%	8	2%	8	2%	450	100%
Agua	431	95%	11	3%	8	2%	450	100%

Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 96% de los encuestados posee luz eléctrica en su hogar, el 95% servicio de agua potable y el 86% alcantarillado. De los que no lo presentan, el alcantarillado es el servicio básico más carente en la vivienda (12%).

Gráfico XVII. Distribución de la población en estudio según ingreso per cápita. Año 2012 (n=450)

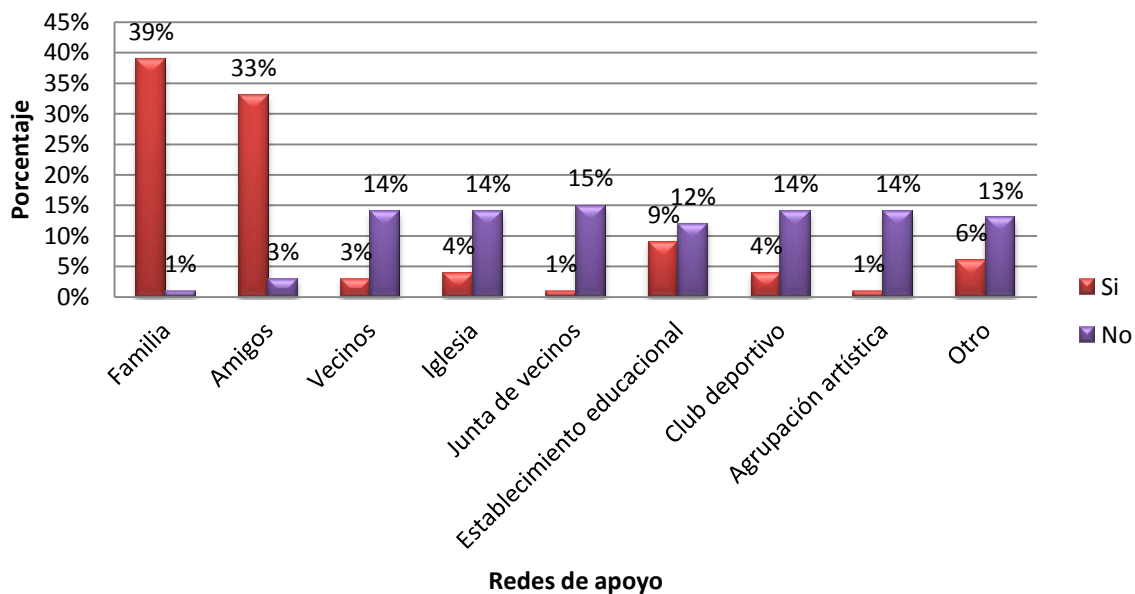
■ Igual o menor a \$53.000 ■ Igual o menor a \$90.067 ■ Igual o menor a \$140.665
■ Igual o menor a \$254.627 ■ Mayor a \$254.627 ■ No Responde



Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: De los adolescentes encuestados, el 28% señala que el ingreso per cápita de su hogar es igual o menos a \$140.665 (tercer quintil de ingreso), en tanto el 20% no responde a esta pregunta.

Gráfico XVIII. Distribución de la población en estudio según Redes de Apoyo. Año 2012 (n=450)

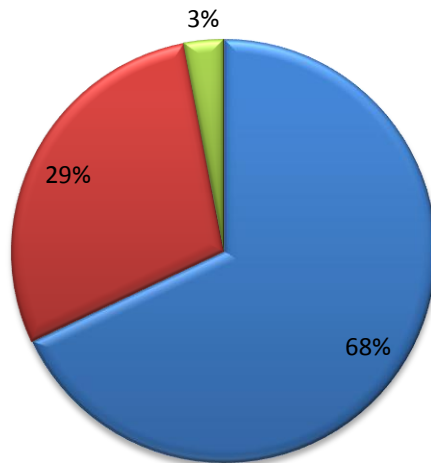


Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: Las principales redes de apoyo son familia (39%), amigos (33%) y establecimiento educacional (9%), estos grupos son los que generan mayor influencia en el ámbito psicosocial de los adolescentes.

Gráfico XIX. Distribución de la población en estudio según religión. Año 2012 (n=450)

■ Si ■ No ■ No Responde



Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 68% de los encuestados señalan que sí profesan alguna religión.

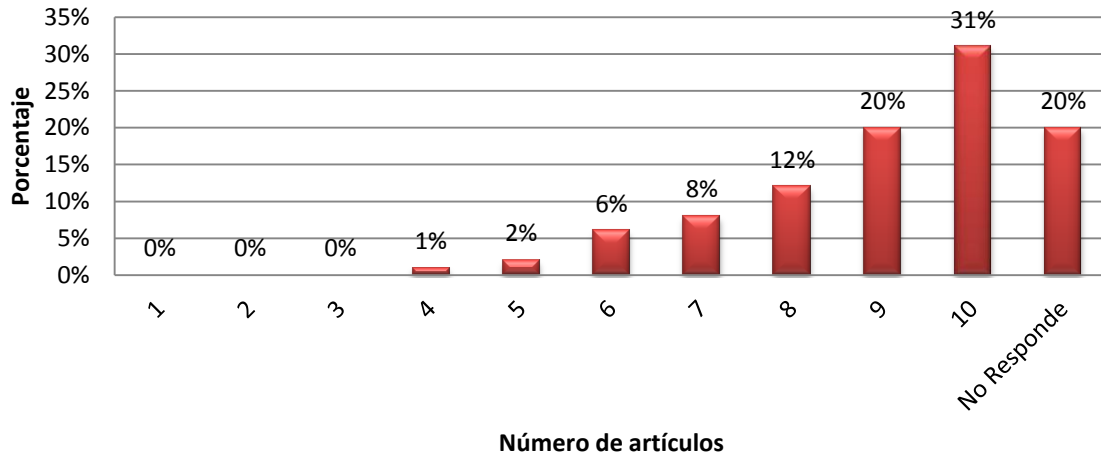
Tabla N° 19.1. Distribución de la población en estudio según religión que profesa. Año 2012(n=306)

Religión	Católica	Evangélica	Cristiana	Otra	No Responde	Total
Frecuencia	206	53	31	12	4	306
Porcentaje	68%	17%	10%	4%	1%	100%

Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 68% de los encuestados que señaló sí profesar una religión, profesa la religión católica.

Gráfico XX. Distribución de la población en estudio según artículos en el hogar. Año 2012 (n=450)

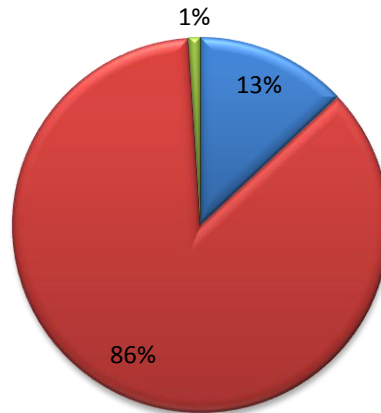


Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 31% de los encuestados señalan que de la lista de artículos presentada, posee 10 en su hogar y que utiliza en su vida cotidiana. Es importante considerar que esta información es necesaria para levantar los datos de la variable socioeconómica.

Gráfico XXI. Distribución de la población en estudio según presencia de familiar analfabeto. Año 2012 (n=450)

■ Si ■ No ■ No Responde



Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 86% de los encuestados señala que no tiene ningún familiar cercano analfabeto, contrariamente un 13% señala que sí lo tiene.

Tabla N° 22. Distribución de la población en estudio según sentimiento de pudor o vergüenza frente al profesional. Año 2012 (n=450)

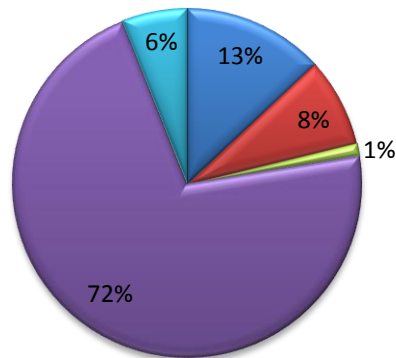
Sentimiento	Si	No	No Responde	Total
Frecuencia	173	263	14	450
Porcentaje	39%	58%	3%	100%

Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 58% de los adolescentes refiere no sentir pudor o vergüenza al asistir a los controles de salud sexual y reproductiva con el profesional matró(n)a.

Gráfico XXIII. Distribución de la población en estudio según experiencias que influyen en la inasistencia. Año 2012 (n=450)

■ Amigos ■ Familiar ■ Otro ■ No tuvo ■ No Responde

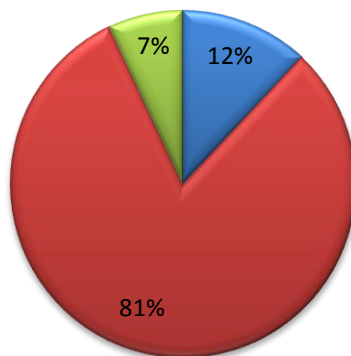


Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 72% de los adolescentes señala que no ha tenido una experiencia cercana que ha influido en la inasistencia a los controles de salud sexual y reproductiva.

Gráfico XXIV. Distribución de la población en estudio según experiencia anterior con el profesional matró/a. Año 2012 (n=450)

■ Si ■ No ■ No Responde



Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 81% de los adolescentes no ha tenido una experiencia anterior que ha influido en su inasistencia a los controles posteriores.

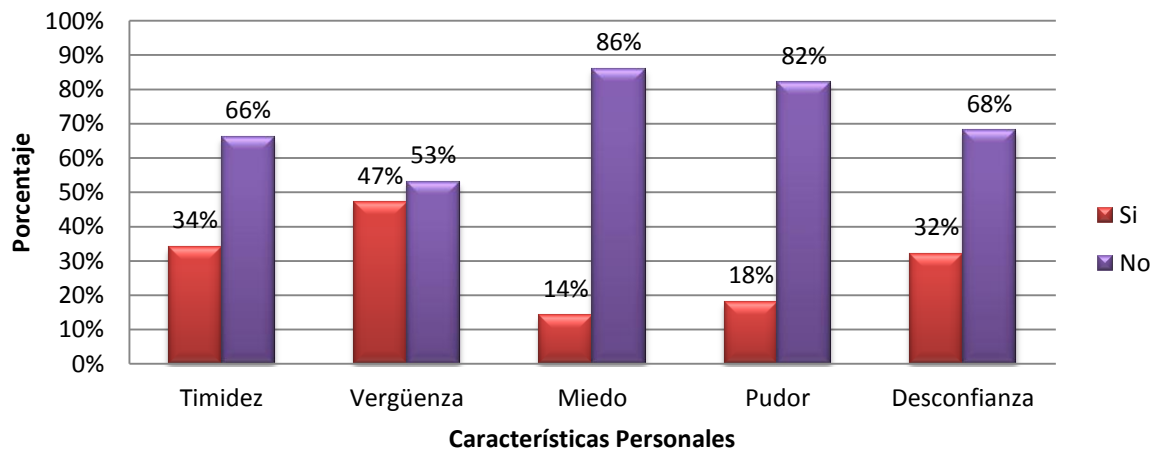
Tabla N° 25. Distribución de la población en estudio según Actitud del Profesional frente a la Atención. Año 2012(n=450)

Actitud	Si	%	No	%	No Responde	Total	%
Indiferencia	16	4%	433	96%	1	450	100%
Mal Trato	3	1%	446	99%	1	450	100%
Juicio del Profesional	18	4%	431	96%	1	450	100%
Poca Empatía	15	3%	434	97%	1	450	100%
No genera relación de confianza	30	7%	419	93%	1	450	100%
No respeta	7	1%	442	99%	1	450	100%
Atención no confidencial	12	3%	437	97%	1	450	100%

Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: De los encuestados, sobre el 93% refiere que la actitud del profesional no influyó en su inasistencia a los controles posteriores. La actitud del profesional que generó mayor inasistencia fue que éste no generó una relación de confianza (7%)

**Gráfico XXVI. Distribución de la población en estudio según características personales que influyen en la inasistencia.
Año 2012 (n=450)**

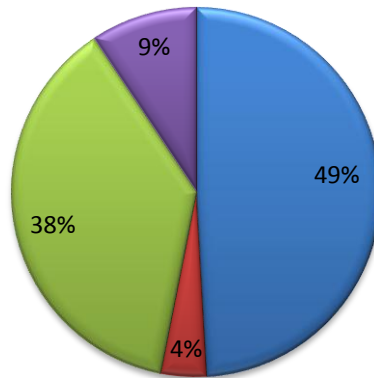


Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: Los encuestados señalaron que la timidez (66%) y la vergüenza (47%) son características personales de gran influencia en su inasistencia a los controles de salud sexual y reproductiva.

Gráfico XXVII. Distribución de la población en estudio según incomodidad frente al género del profesional. Año 2012 (n=450)

■ Género Masculino ■ Género Femenino ■ No siente incomodidad ■ No Responde



Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 49% de los encuestados señala que siente incomodidad frente al género masculino.

Tabla N° 28. Distribución de la población en estudio según tiempo de espera ideal para la atención. Año 2012 (n=450)

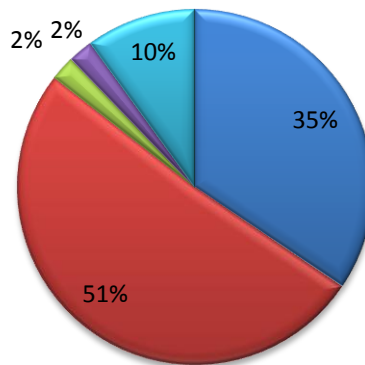
Tiempo de Espera	Encuestados	Porcentaje
0-15 minutos	269	60%
15-30 minutos	119	26%
30-45 minutos	19	4%
45-60 minutos	9	2%
No Responde	34	8%
Total	450	100%

Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 60% de los encuestados señala que el tiempo de espera ideal para la atención sería entre 0 y 15 minutos.

**Gráfico XXIX. Distribución de la población en estudio según locomoción de acceso al consultorio.
Año 2012 (n=450)**

■ Colectivos ■ Micros ■ Buses de acercamiento ■ Taxi ■ No Responde



Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 51% de los encuestados tiene por expectativa la locomoción colectiva de micros como movilización de acercamiento al consultorio correspondiente.

Tabla N° 30. Distribución de la población en estudio según ubicación del consultorio. Año 2012(n=450)

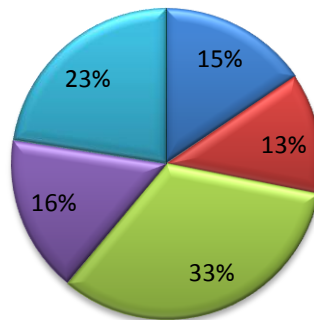
Consultorio	Encuestados	Porcentaje
Cerca del hogar	353	78%
Lejos del hogar	30	7%
Cerca del establecimiento educacional	23	5%
Lejos del establecimiento educacional	4	1%
No Responde	40	9%
Total	450	100%

Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 78% de los encuestados señala como expectativa, que el consultorio se encontrara cercano al hogar.

Gráfico XXXI. Distribución de la población en estudio según expectativas para conseguir una hora en el consultorio. Año 2012 (n=450)

- Tramitación apropiada
- Proceso expedito
- Filas cortas/Sin filas
- Toma de hora vía internet
- Toma de hora en lugar para adolescentes

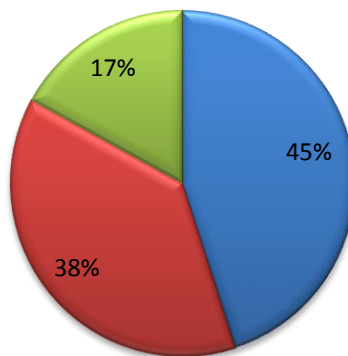


Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 33% de los adolescentes presenta como expectativa de la atención en salud que haya filas cortas o no hayan filas para poder acceder a una hora.

Gráfico XXXII. Distribución de la población en estudio según igualdad de acceso adulto/adolescente. Año 2012 (n=450)

■ Si ■ No ■ No Responde



Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 45% de los adolescentes señala que el acceso del adolescente en comparación con el adulto, al sistema de salud, es equitativo, contra un 38% que señala que el acceso no es igualitario.

Tabla N° 33. Distribución de la población en estudio según carácter de la información entregada al profesional. Año 2012 (n=450)

Información	Encuestados	Porcentaje
Confidencial	367	81%
Compartida con el equipo multidisciplinario de salud	40	9%
Pública	13	3%
No Responde	30	7%
Total	450	100%

Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 81% de los encuestados, señala que la información entregada al profesional matrn/a debe ser confidencial estrictamente y lo que se hable dentro del box no sea comentado a ningún otro profesional de no ser necesario.

Tabla N° 34. Distribución de la población en estudio según expectativas de trato del profesional frente a diversidades sexuales. Año 2012 (n=450)

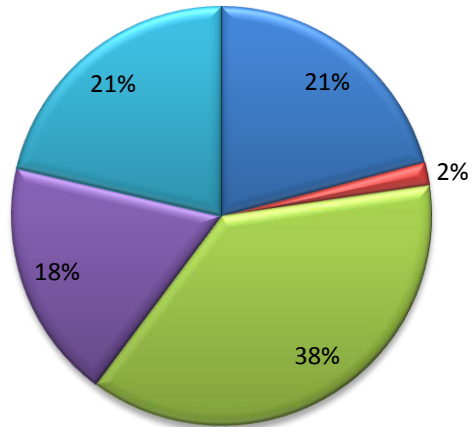
Trato	Encuestados	Porcentaje
Indiferente	65	15%
Orientador frente a su sexualidad	316	70%
No Responde	69	15%
Total	450	100%

Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: 70% de los encuestados refieren que el trato a las diversidades sexuales debe ser de carácter orientador, no emitiendo juicios y velando primeramente por la salud del adolescente.

Gráfico XXXV. Distribución de la población en estudio según expectativas del adolescente frente al profesional. Año 2012 (n=450)

■ Escucha activa ■ Contacto visual ■ Demostración de interés
■ Lenguaje adecuado ■ No Responde



Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 38% de los adolescentes señala que su mayor expectativa por parte del profesional es la demostración de interés frente a sus inquietudes o a su problema de salud.

Tabla N° 36. Distribución de la población en estudio según tipo de relación profesional/usuario. Año 2012 (n=450)

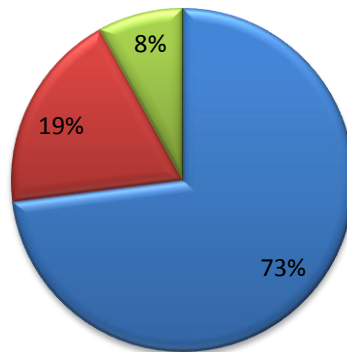
Relación	Encuestados	Porcentaje
Relación de pares	191	42%
Relación asimétrica	216	48%
No Responde	43	10%
Total	450	100%

Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 48% de los encuestados tienen como expectativa que la relación profesional/usuario sea de carácter asimétrica, dejando bien delimitados los roles.

Gráfico XXXVII. Distribución de la población en estudio según presencia de señalética en el consultorio. Año 2012 (n=450)

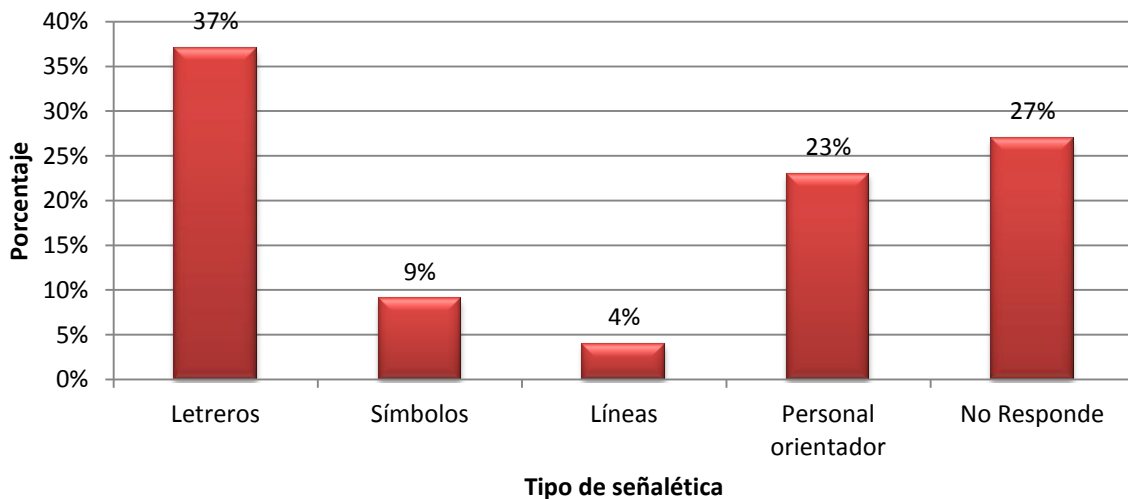
■ Si ■ No ■ No Responde



Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 73% de los encuestados señala como expectativa que el consultorio sí debería poseer señaléticas para una mejor ubicación.

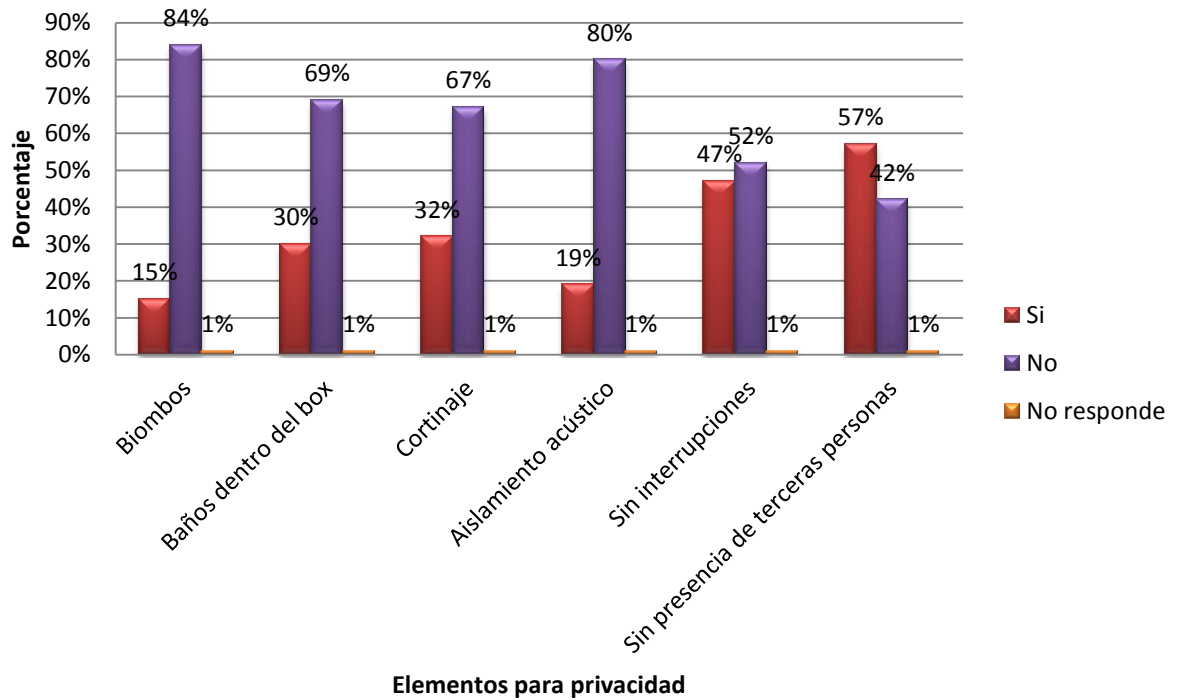
**Gráfico XXXVIII. Distribución de la población en estudio según tipo de señalética en el consultorio.
Año 2012 (n=450)**



Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 37% de los encuestados preferiría los letreros como señalética en el consultorio para mejor ubicación dentro de éste.

**Gráfico XXXIX. Distribución de la población en estudio según elementos necesarios para la privacidad durante la atención.
Año 2012 (n=450)**

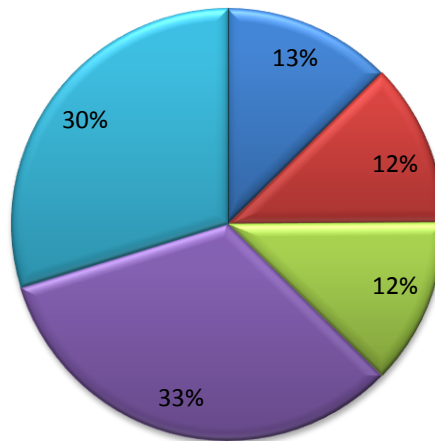


Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: Los adolescentes señalan como fundamental dentro de las expectativas en privacidad que no hayan terceras personas durante la atención (57%) , es decir, que sólo estén presentes el usuario y el profesional.

Gráfico XL. Distribución de la población en estudio según expectativas en cuanto a la higiene dentro del box. Año 2012 (n=450)

- Buen aroma en el ambiente
- Murallas y pisos limpios
- Baños limpios
- Insumos necesarios para mantencion de higiene
- No Responde

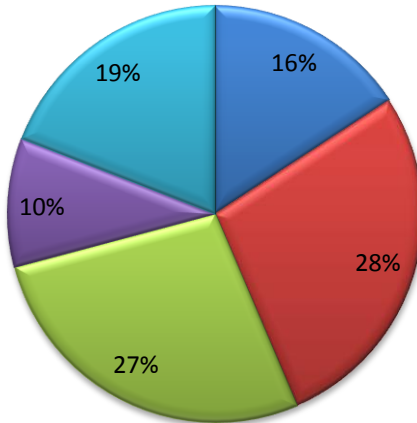


Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: Un 33% de los encuestados señala que según las expectativas de higiene lo más importante es que el consultorio posea los insumos necesarios para la mantención de la limpieza, frente a un 30% que es la segunda mayoría, quienes no respondieron a esta pregunta.

Gráfico XLI. Distribución de la población en estudio según razón por la cual el adolescente no asiste al control. Año 2012 (n=450)

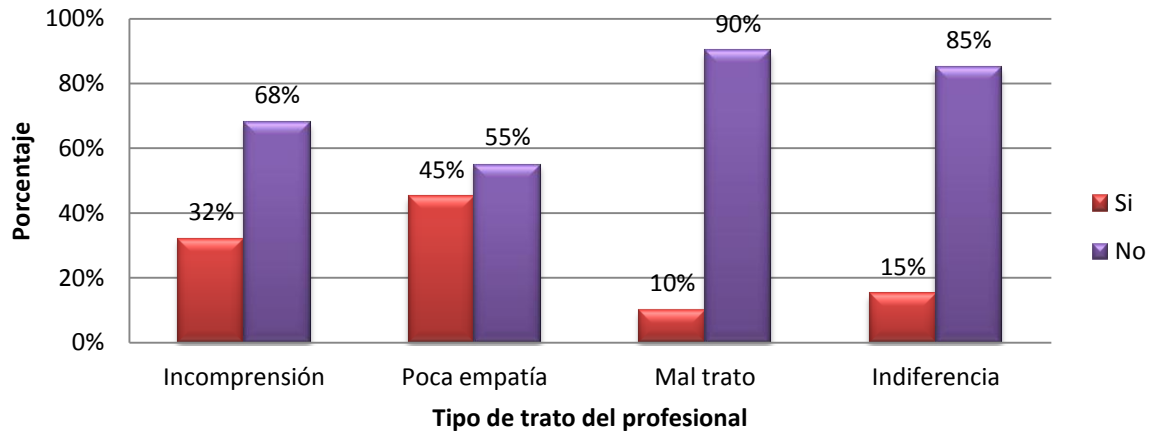
■ Diferentes causas ■ Sin Interes ■ Sin necesidad de controles ■ Sin información ■ No Responde



Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 28% de los adolescentes señala no asistir a los controles por no tener interés, mientras que el 27% señala no asistir por no necesitar los controles.

**Gráfico XLII. Distribución de la población en estudio según influencia del trato del profesional en la inasistencia al control.
Año 2012 (n=71)**



Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentarios: El 45% de los encuestados señala que la poca empatía por parte del profesional genera un distanciamiento y con ello la inasistencia a los controles en el sistema sanitario.

Tabla N° 43. Distribución de la población en estudio según influencia del género del profesional. Año 2012 (n=71)

Género del Profesional	Encuestados	Porcentaje
Incomodidad con el sexo opuesto	50	70%
Incomodidad con el mismo sexo	7	10%
No Responde	14	20%
Total	71	100%

Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 70% de los encuestados señala tener incomodidad de atenderse con un profesional del sexo opuesto.

Tabla N° 44. Distribución de la población en estudio según influencia del tiempo de espera de la atención en la inasistencia. Año 2012 (n=71)

Tiempo de Espera	Encuestados	Porcentaje
Tiempo de espera extenso	50	70%
Lista de espera extensa	7	10%
No Responde	14	20%
Total	71	100%

Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: Un 70% de los encuestados señalan que la principal causa en relación al tiempo son las largas esperas previas a la atención con el profesional en el consultorio.

Tabla N° 45. Distribución de la población en estudio según influencia de la forma de obtener la hora en la inasistencia al control. Año 2012 (n=71)

Hora	Encuestados	Porcentaje
Tramitación excesiva	45	63%
Tiempo de espera para conseguir la hora	15	21%
No Responde	11	16%
Total	71	100%

Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: Un 63% de los encuestados señala que la principal causa en relación a la forma de obtener la hora en el consultorio es la excesiva tramitación previa a la atención por el profesional.

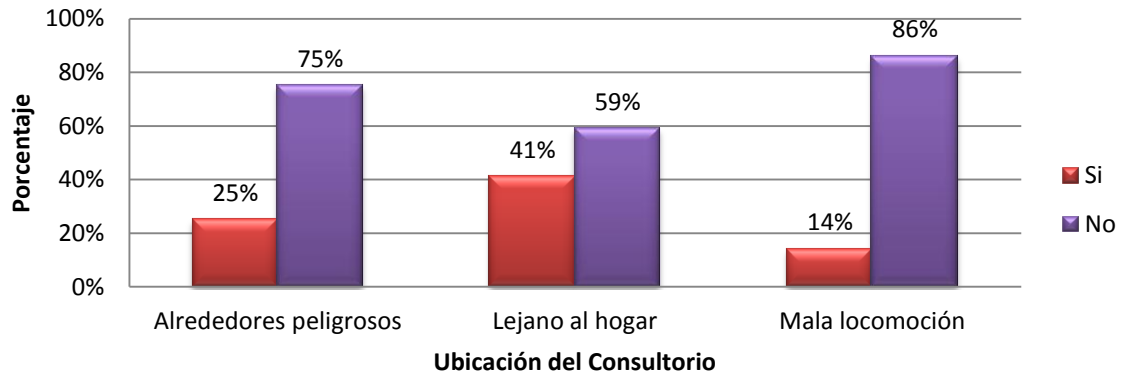
Tabla N° 46. Distribución de la población en estudio según influencia del horario de atención del consultorio en la inasistencia. Año 2012 (n=71)

Horario	Encuestados	Porcentaje
Horario del Consultorio choca con el horario Escolar	19	27%
Horario del Consultorio choca con otras actividades personales	41	58%
No Responde	11	15%
Total	71	100%

Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 58% señala que el choque de horarios de la jornada escolar con el horario de atención del consultorio impide su asistencia a los controles con el profesional matrn (a).

Gráfico XLVII. Distribución de la población en estudio según influencia de la ubicación del consultorio en la inasistencia a control. Año 2012 (n=71)

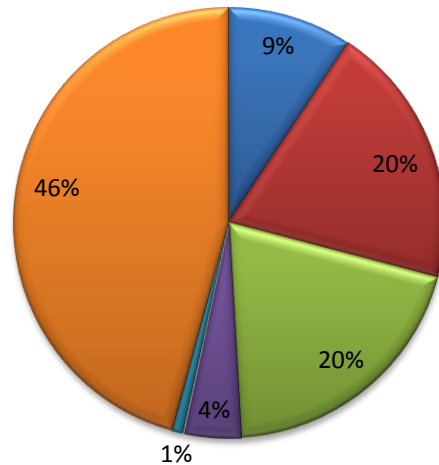


Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 86% señala que la mala locomoción no influye en su inasistencia, mientras que el 75% señala que los alrededores peligrosos tampoco son un motivo de inasistencia. En tanto, un 59% señala que el hecho de que el consultorio esté lejano a su hogar no es un obstáculo para asistir a control con el profesional.

Gráfico XLVIII. Distribución de la Población en estudio según Nivel Socioeconómico. Año 2012 (n=450)

■ ABC1 ■ C2 ■ C3 ■ D ■ E ■ No sabe datos para completar variable



Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: Siendo que el 46% de la población de estudio no maneja ciertos datos para completar la variable de nivel socioeconómico, la mayoría de los encuestados se encuentran distribuidos en el grupo C2 con un 20% y C3 con un 20%.

DISCUSIÓN

En función al objetivo específico 1.1 el grupo de estudio de adolescentes entre 15 y 19 años según su distribución por género corresponde a 22% de adolescentes de género masculino, 77% de adolescentes de género femenino y un 1% que no señaló su género; señalando la mayoría de los adolescentes una orientación de tipo heterosexual (91%).

La mayor cantidad de los adolescentes en estudio señala tener su lugar de residencia en zona urbana (84%), no obstante el 10% refiere tener su lugar de residencia en zona urbano-marginal siendo estas zonas alejadas de la ciudad o en donde existe conflicto. Se debe destacar que en zonas rurales las adolescentes tienen mayor probabilidad de quedar embarazadas a una edad más temprana, comparadas con las de zonas urbanas. (10)

El 8 % de los adolescentes señaló tener trabajo remunerado, tomando en cuenta que el 87% del grupo en estudio tiene entre 15 y 17 años.

Las sustancias con mayor índice de consumo entre la población de estudio son el tabaco (41%), alcohol (39%) y marihuana (38%). Las conductas de riesgo en la adolescencia como actividad sexual desprotegida, consumo de drogas, alcohol y tabaco, sedentarismo y alimentación poco saludable, entre otras, han tenido un aumento en las últimas décadas. (5)

El 7% de los adolescentes encuestados señala la existencia de violencia intrafamiliar en su hogar. De este 7% de adolescentes, el 78% sufre violencia psicológica, 19% señala sufrir ambos tipos de violencia y el 3% señala sufrir violencia física.

El núcleo familiar es de gran importancia como red de apoyo para los adolescentes, los cuales señalan que sus mayores redes de apoyo son familia, amigos, establecimiento educacional e iglesia, estos grupos son los que generan mayor influencia en el ámbito psicosocial de los adolescentes. Del grupo de

estudio solo el 10% correspondiente a 48 adolescentes señalan vivir con otra persona que no son sus padres.

El grupo de estudio señala que el sostenedor económico del hogar en su mayoría son sus madres (32%), padres (28%) y en un 25% ambos padres. Un alto porcentaje de encuestados desconoce a que se dedican sus padres en el ambiente laboral correspondiente a un 26% en el caso de las madres y un 34% de los padres, no obstante un 60% señala que la madre tiene como actividad un oficio y un 53% refiere que el padre también tiene un oficio como fuente laboral. En relación a la escolaridad de los padres del grupo de estudio, los datos arrojaron que entre un 38% y un 42% de los adolescentes desconocen el nivel educacional de los padres, sin embargo la enseñanza media completa es el nivel educacional mayoritario entre los padres del grupo de estudio

En relación a la dinámica familiar y la comunicación dentro de esta, se arrojó que las actividades familiares que más se practican para generar instancias de interacción son las comidas en familia y los paseos familiares. Dentro de otras actividades que se realizan en el grupo familiar y que son consideradas factores de riesgo para el desarrollo del grupo familiar y así para el adolescente, se encuentran el tabaquismo (26%), alcoholismo (10%) y la drogadicción (4%).

En cuanto a la estructura de la vivienda un 75% de los encuestados refiere que su hogar en su mayoría se encuentra construido con material de madera y cemento, teniendo en más de un 90 % en su vivienda saneamiento básico completo y de los que no lo presentan, el alcantarillado es el servicio más carente de la vivienda.

Dentro de los criterios de inclusión del estudio este levantar datos de un grupo perteneciente a la previsión de salud FONASA, en donde la población en estudio señala en un 49% no saber a qué letra pertenece, sin embargo dentro de los adolescentes un 24%,16%,7% y 4% refieren pertenecer a la letra FONASA A, B, C y D respectivamente.

De los adolescentes encuestados, la mayor cantidad pertenece al tercer quintil de ingreso socioeconómico correspondiente a un 28%, y en relación al nivel

socioeconómico, la mayoría de los encuestados se encuentran distribuidos en el grupo C2 con un 20% y C3 con un 20%, siendo que un 46% de la población de estudio no maneja ciertos datos fundamentales para la construcción de esta variable. Se debe destacar que las adolescentes tienen mayor probabilidad de quedar embarazadas a una edad más temprana en aquellas de un nivel socioeconómico bajo, en relación con las que pertenecen a un nivel socioeconómico más alto. Estas madres jóvenes son generalmente pobres, sin redes de apoyo social y tienen poca educación, continuando así con el ciclo vicioso de pobreza intergeneracional. (10)

La espiritualidad es un factor importante en la vida de cada persona sea cual sea, siendo esta un factor de gran influencia para el desarrollo del individuo dentro de la sociedad, en relación a lo anterior un 68% del grupo de estudio señala profesar una religión, siendo la religión católica y evangélica las de mayor práctica dentro del grupo de estudio correspondientes al 68% y 17% respectivamente.

Dentro de las características personales de los adolescentes que pueden influir en la inasistencia a los controles de salud se encuentran:

- El sentimiento de pudor o vergüenza frente al profesional con un 39%.
- Experiencias cercanas de amigos y/o familiares dentro de este contexto (22%).
- Experiencias personales que hayan enmarcado al adolescente en este contexto de inasistencia a los controles de salud (12%).
- Timidez (34%) y vergüenza (47%).
- Incomodidad frente al género del profesional: Masculino 49% - Femenino 4%- No siente incomodidad 38%.

De acuerdo a la experiencia que en algún adolescente tuvo en un control de salud anterior gatillando la inasistencia a los controles de salud actualmente podemos enmarcar la actitud del profesional en relación a la atención brindada hacia estos refiriendo que no generan relación de confianza.

En cuanto al objetivo específico 2.1 que establece las expectativas del adolescente en cuanto al acceso como elemento de la calidad en salud, los tiempos de espera son un factor fundamental, en el cual la población en estudio señala como expectativa el tiempo que transcurre desde que ingresa al consultorio hasta que es atendido por un profesional sea entre 0 y 15 minutos, por lo tanto, y como es sabido, los tiempos de espera en los servicios públicos de salud son extensos por la gran cantidad de población que deben cubrir. Considerando el medio de transporte, el de mayor preferencia entre los encuestados fueron las micros, ya que son de fácil acceso y además económicas.

Considerando la ubicación del consultorio, la población en estudio señala que estos deberían estar cercanos al hogar en una amplia mayoría, a pesar de que los CESFAM en la comuna de Valparaíso se encuentran en un punto central al sector que deben cubrir, la mayoría de estas veces los sectores que los servicios de salud deben atender son muy amplios, generando de igual forma una lejanía al hogar y por ello, una dificultad en el acceso.

En cuanto al proceso de la toma de la hora, dificulta el acceso de la población en estudio el hecho de tener que realizar largas filas con un largo tiempo de espera para poder acceder a una hora con el profesional. Es sabido a nivel nacional que la forma de toma de hora a veces puede tardar mucho tiempo, es por esto que los adolescentes, aún sin haber nunca ido a conseguir una hora, conocen que el proceso no es expedito y esta situación dificulta el acceso. Como expectativa, la población en estudio señala que el proceso de conseguir una hora debiera ser con filas cortas o sin filas, que disminuyen el tiempo de espera que transcurre solamente para conseguir una hora de atención con el profesional.

Las filas de espera son parte del funcionamiento normal de cualquier sistema de salud. Existe una escasez de medios frente a las demandas. Por otra parte, en algunos casos, la espera por salud puede ser la mejor opción para un paciente, dependiendo de sus condiciones particulares y sus síntomas, puede ser adecuado esperar la evolución para definir si se requieren mayores cuidados médicos. A veces el problema se resuelve solo, otras, la intervención médica se hace más clara e incluso urgente. (10)

Considerando la equidad en el acceso al servicio de salud la población en estudio señala que es igualitaria la accesibilidad entre los adultos y los adolescentes, lo que refleja que los encuestados están en conocimiento de que los tiempos de espera para todas las personas son iguales para acceder a todo tipo de profesional en el servicio de salud.

En resumen, para la población en estudio representan fundamentales dificultades para el acceso los tiempos de espera para la atención con el profesional y los tiempos de espera para conseguir una hora con el profesional. Desarrollar un entendimiento común sobre lo que es una cola apropiada versus una excesiva es crítico en sistema de salud financiado públicamente, con una capacidad restringida y muchas demandas que compiten por los recursos disponibles. Los pacientes se formarán un concepto de lo que es una espera aceptable desde las experiencias personales, los clínicos tendrán sus propias experiencias o mediciones disponibles en guías prácticas o en la literatura médica, el gobierno evaluará las colas pensando en los costos asociados y de acuerdo con las demandas por los recursos públicos en otros sectores. Sin un acuerdo en esto, será imposible determinar si el sistema tiene los recursos apropiados para proveer servicios oportunos. (10)

Considerando el objetivo específico 2.2 que determina las expectativas del adolescente en cuanto al trato como elemento de la calidad en salud, una amplia mayoría señala que el carácter de la información entregada al profesional es fundamental, ésta debe ser confidencial y que no sea compartida con alguna otra persona presente durante la atención. Esto evidencia que para la población en estudio la privacidad de la información que entrega, sobre todo la que va a ser entregada al profesional matrn/a que revela toda su intimidad, debe ser resguardada y tratada de manera personal solamente con el profesional, lo que es una realidad en el sistema de salud si es que el usuario lo desea, a no ser que sea necesario que sea compartido con otro equipo multidisciplinario de salud previo conocimiento del paciente.

En cuanto al trato del profesional frente a las diversidades sexuales, aún cuando una amplia mayoría de los encuestados define su orientación sexual como heterosexual, consideran que el trato a usuarios con una orientación sexual distinta debe ser orientador, sin emitir juicios y dando prioridad a la salud sexual del adolescente que es lo fundamental en el proceso de atención con el profesional matrn/a, más allá de la condición sexual del paciente.

Las expectativas del adolescente frente a la actitud del profesional durante la atención señalan como la más importante a la demostración de interés por parte del matrn/a, esto se debe a que el adolescente que asiste al consultorio especialmente a recibir atención de salud sexual y reproductiva es porque está pasando por un problema de salud o bien necesita orientación en este ámbito fundamental determinante durante este periodo de su vida, por lo tanto, una escucha interesada y orientadora por parte del profesional refleja una actitud receptiva, con ello entrega confianza y esto dará mayor información con lo que resulta una atención eficaz y por sobre todo una solución ante las dudas y problemas de salud de la población en estudio.

Considerando el tipo de relación con el profesional la población en estudio señala que ésta debe ser asimétrica, es decir, se deben delimitar de manera efectiva los límites en la interacción profesional – usuario. Aún así, la actitud del profesional debe ser receptiva pero siempre considerando la asimetría que existe entre las personas que están interactuando durante la atención. Los adolescentes necesitan que el profesional se demuestre como tal, siendo una figura creíble y orientadora ante su problema de salud o ante su necesidad de orientación frente a su salud sexual. El rol profesional dentro de la atención brindada que debe ser de calidad, va en función a orientar a los usuarios, en este caso particularmente a los adolescentes brindándoles herramientas educativas para que puedan vivir una sexualidad libre y responsable, otorgando la atención en salud a través de los controles para abordar las problemáticas de ellos, para generar un bienestar en su salud como beneficio para la comunidad; durante este proceso se deben abordar a los usuarios en un aspecto holístico biopsicosocial en las diferentes etapas del ciclo vital dando confidencialidad y confianza, entregando así una atención de calidad.

El objetivo específico 2.3 establece las expectativas del adolescente en cuanto a la infraestructura e implementación como elemento de la calidad en salud. Una amplia mayoría de la población en estudio señala que debería existir señalética dentro de la infraestructura del consultorio, esto para facilitar la ubicación dentro de éste. La señalética de mayor preferencia fueron los letreros que señalen de manera clara y específica la ubicación de cada lugar del consultorio. Esto refleja que los adolescentes necesitan una mayor orientación en el espacio del servicio de salud al que asisten, y familiarizarse con él mediante éstas señaléticas que facilitarían la ubicación para realizar cada una de las acciones dentro de éste.

Considerando la infraestructura, la privacidad durante la atención de salud sexual y reproductiva es fundamental para los usuarios, ya que debe ser un espacio íntimo para que los pacientes se sientan cómodos durante la atención. Los adolescentes señalan como fundamental dentro de las expectativas en privacidad que no hayan terceras personas durante la atención, es decir, que sólo estén presentes el usuario y el profesional, lo que genera una atención más íntima dentro del espacio en que el adolescente manifestará sus inquietudes y problemas de salud.

En cuanto a la higiene dentro del box, lo más importante para la población en estudio es que el servicio de salud posea los insumos necesarios para la mantención de la limpieza, posicionando a la higiene como una expectativa fundamental para los adolescentes quienes esperan que el espacio de atención con el profesional esté con las condiciones de limpieza adecuadas para lograr una óptima atención.

Se debe señalar, que no existen estudios previos que avalen los resultados expuestos, por lo que no se puede establecer bibliografía determinada para profundizar la discusión anteriormente expuesta.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a cada una de las instituciones que hicieron posible la realización de la presente investigación.

A la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la Universidad de Valparaíso, Sede Valparaíso, y a todas aquellas personas de su cuerpo docente que aportaron con conocimientos y críticas constructivas a nuestra investigación.

A la Corporación Municipal de Valparaíso quienes mediante los profesionales que allí se desempeñan entregaron importantes datos y antecedentes para el desarrollo de la investigación, quienes nos dieron acceso y prestaron ayuda de manera muy cordial.

A los colegios Municipales que fueron partícipes de ésta investigación: Liceo Técnico Femenino de Valparaíso, Liceo Barón, Liceo Eduardo de la Barra y al colegio particular subvencionado Leonardo Murialdo, desde su Dirección, Unidad Técnico Pedagógica y cuerpo docente, quienes accedieron de manera muy receptiva al momento de aplicar el instrumento y entregando el tiempo necesario para la correcta realización de éste.

A cada uno de los apoderados que accedieron a que sus hijos menores de edad pudieran responder el cuestionario, entendiéndolo como un aporte para realizar mejoras en un futuro a la salud pública en base a las expectativas que los adolescentes tienen sobre el sistema de salud.

Y por último, a cada uno de los adolescentes encuestados, quienes tomaron con seriedad y con responsabilidad la aplicación del cuestionario y tuvieron la disposición de responder de manera clara y veraz el instrumento, entendiéndolo como la base y unidad fundamental para la recolección de datos, indispensable para nuestra investigación.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

- (1): OPS. ECOJOVEN: Comunidad para un futuro mejor. OPS [En Línea] 2011 [Citado 2013 May 3]. Disponible en: <http://www.paho.org/ecojovent/index.php/es/noticias/68-salud/372-salud-adolescente>
- (2): OPS. Salud sexual y reproductiva. OPS [En Línea] 2010 [Citado 2013 May 3]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3178&Itemid=2414&lang=es
- (3): Krauskopf D. Adolescencia y Salud. El desarrollo psicológico en la adolescencia: Las transformaciones en una época de cambios. Programa atención integral en la adolescencia [En Línea] 1999 [Citado 2013 May 3]. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41851999000200004
- (4): Vázquez V. Actividades Físicas para adolescentes. PEMEX [En línea] 2012 [Citado 2013 May 3]. Disponible en: <http://www.serviciosmedicos.pemex.com/salud/adolescencia.pdf>
- (5): Chile, MINSAL. Programa de Salud Adolescente. MINSAL [En línea] 2011 [Citado 2013 May 3]. Disponible en: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/b7c3deca300d7890e0400101640129e5.pdf>
- (6): Florenzano C. Conductas de riesgo, síntomas depresivos, auto y heteroagresión en una muestra de adolescentes escolarizados en la Región Metropolitana de Santiago de Chile. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría (CHI) 2007 [Citado 2013 May 3]: 47.

(7): OMS. Temas de Salud: Salud de los Adolescentes. OMS [En línea] 2013 [Citado 2013 May 3]. Disponible en: http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/

(8): Chile, Ministerio de Desarrollo Social. Sistema Nacional de Inversiones. Ministerio de Desarrollo Social [En línea] 2013 [Citado 2013 May 3]. Disponible en: http://sni.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/ex_post/informe%20cesfam%202009.pdf

(9): Hoffmeister L. ¿Quiénes están insatisfechos con su sistema previsional de salud?. MINSAL [En línea] 2011 [Citado 2013 May 3]. Disponible en: http://epi.minsal.cl/epi/0notransmisibles/gastosalud/ENSG_Satisf_prevision_salud.pdf

(10): Departamento de Estudios y Desarrollo. Gobierno de Chile [En línea] 2010 [Citado 2013 Oct 10]. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-7336_recurso_1.pdf

DATOS SUPLEMENTARIOS

GLOSARIO

Siglas.

- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- OPS: Organización Panamericana de la Salud.
- ONU: Organización de las Naciones Unidas.
- UDSA: Unidad de Desarrollo y Salud del adolescente.
- MINSAL: Ministerio de Salud.
- SS: Servicio de Salud.
- SSVSA: Servicio de Salud Valparaíso- San Antonio.
- CORMUVAL: Corporación Municipal de Valparaíso
- APS: Atención Primaria de Salud.
- CES: Centro de Salud.
- CESFAM: Centro de Salud Familiar.
- FONASA: Fondo Nacional de Salud.
- ISAPRE: Instituciones de Salud Previsional.
- ITS: Infecciones de Transmisión Sexual.
- VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana.
- UTP: Unidad Técnica Pedagógica.
- VIF: Violencia Intrafamiliar.

Definición de Términos.

- Morbilidad: Término de uso médico-científico que es usado para señalar la cantidad de personas o individuos considerados enfermos en un espacio y tiempo determinado.
- Heterosexual: Persona que siente atracción sexual hacia personas del género opuesto al suyo.
- Homosexual: Persona que siente atracción sexual hacia personas del mismo género.

- Bisexual: Persona que siente atracción sexual hacia personas del mismo género y del género opuesto.
- Salud Sexual: Es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad.
- Salud Sexual y Reproductiva del adolescente: Es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad en los adolescentes.

MARCO TEÓRICO

La Organización Mundial de la Salud, define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad; Sin embargo la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo. (4)

El término “adolescencia” es un concepto relativamente nuevo que se relaciona con un mayor grado de modernización, industrialización y urbanismo. La primera etapa de la adolescencia (12 a 14 años) se reconoce por el impulso a volcar la atención hacia el exterior y la desorientación frente a los cambios anatómicos. La segunda (15 a 19 años) se distingue por la activa participación y experimentación de los jóvenes en diferentes áreas antes no explotadas. Quizás son estas características distintivas del período adolescente, las que hacen que el desarrollo psicosexual de los jóvenes sea interpretado como peligroso, complejo y problemático. La adolescencia no constituye en sí una etapa problema, sino, más bien un período de vivencias intensas donde los jóvenes requieren espacio, atención y respeto. Se hace necesario dignificar etapa del desarrollo, por su valor en sí misma, y no como un período que debe avanzar con premura para conseguir un “adulto socialmente adecuado”. (3)

Los complejos cambios tanto físicos como psicológicos que convergen en esta etapa, rara vez son tomados en cuenta en las políticas públicas.

La construcción de una sexualidad plena, responsable y saludable requiere considerar las necesidades que mujeres y hombres adolescentes poseen en el ámbito de la educación sexual. Exige también mirar cómo las determinaciones culturales de roles femeninos y masculinos amenazan el desarrollo de habilidades

individuales necesarias para construir relaciones más horizontales entre hombres y mujeres en el terreno sexual.

Con relación a la salud sexual y reproductiva, la caracterización sociocultural de hombres y mujeres se plasma en conceptualizaciones de lo que debe ser la sexualidad masculina y la sexualidad femenina, otorgando un escenario en el cual la vivencia sexual, la posibilidad de autocuidado y la capacidad de negociación sexual, son incorporadas en forma disímil y poco equitativa.

Los y las adolescentes son también actores sociales que viven sus inclinaciones, sus aspiraciones y sus relaciones de acuerdo con las circunstancias en las que les ha tocado crecer y formarse, para un futuro generalmente incierto y complejo. Por ende, es necesario enfatizar la atención a la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes; y priorizar su abordaje en las políticas, y acciones de salud pública sobre todo en los países en desarrollo.

Las tasas de mortalidad han disminuido en los últimos 50 años. Sin embargo, en adolescentes y jóvenes la reducción es menor que en otros grupos de edad, siendo evitables la mayoría de estas muertes. (5)

Las conductas de riesgo en la adolescencia como actividad sexual desprotegida, consumo de drogas, alcohol y tabaco, sedentarismo y alimentación poco saludable, entre otras, han tenido un aumento en las últimas décadas. Se presentan con mayor frecuencia en adolescentes que provienen de hogares constituidos por familias vulnerables en relación a distintas dimensiones como por ejemplo, en familias disfuncionales, donde existen por ejemplo violencia intrafamiliar, maltrato, consumo de alcohol y/o sustancias, entre otras. (6)

En general se considera que los adolescentes (jóvenes de 10 a 19 años) son un grupo sano. Sin embargo, muchos mueren de forma prematura debido a accidentes, suicidios, violencia, complicaciones relacionadas con el embarazo y enfermedades prevenibles o tratables. Más numerosos aún son los que tienen problemas de salud o discapacidades. Además, muchas enfermedades graves de la edad adulta comienzan en la adolescencia. Por ejemplo, el consumo de tabaco,

las ITS, entre ellas el VIH, y los malos hábitos alimentarios y de ejercicio, son causas de enfermedad o muerte prematura en fases posteriores de la vida. (7)

Así, desde la perspectiva de la salud pública, mejorar la salud de adolescentes y jóvenes, debiera ocupar un lugar de importancia entre las prioridades de desarrollo de los países. (5)

Muchos de los factores subyacentes del desarrollo no saludable de los adolescentes provienen del entorno social. Algunos de estos factores son la pobreza y el desempleo, la discriminación por motivos de sexo y étnicos y las repercusiones de los cambios sociales en las familias y comunidades. Mientras que los esfuerzos de los programas en favor de la salud de los adolescentes no pueden concentrarse directamente en las desigualdades e injusticias de la sociedad, es preciso reconocer que estas condiciones constituyen limitaciones reales para mejorar la salud y el bienestar de los adolescentes.

La Organización Panamericana de la Salud ha sido pionera en aproximarse a la salud de adolescentes y jóvenes dentro del contexto de su ambiente social y económico. La creación de la Unidad de Desarrollo y Salud del Adolescente en OPS en 1992 demostró el compromiso de la organización con las juventudes de las Américas.

Cuando se terminó de definir el Plan de Acción para la Salud y el Desarrollo del Adolescente (1998-2001), diversos países en la Región habían asumido el marco conceptual para la salud y el desarrollo del adolescente y habían reconocido que la salud y el desarrollo eran metas complementarias. Se han dado pasos importantes para la inclusión de la salud sexual y reproductiva en los Programas Nacionales de Salud Adolescente adoptados recientemente. Sin embargo, según los resultados de una encuesta realizada en 23 países en 2001, muchos países de la Región todavía consideran la salud sexual y reproductiva como un área que se debe fortalecer y mejorar. (2)

Los estudios recientes y las evaluaciones de programas del pasado indican que la sexualidad y la salud del adolescente se deben tratar desde una perspectiva de

desarrollo más amplia. La sexualidad del adolescente no se debe ver como un problema, sino que se debe abordar desde una perspectiva de promoción y protección de la salud.

Como respuesta a estas inquietudes, OPS propone un nuevo marco conceptual que aborda la sexualidad del adolescente desde una perspectiva de desarrollo humano, integrando la salud sexual dentro de un marco más amplio de salud y desarrollo. El enfoque reconoce que la salud sexual es un objetivo del desarrollo humano y que los resultados de la salud sexual están relacionados con factores como la cultura, la familia y el ambiente social, político y económico en el que viven los adolescentes. El enfoque defiende un desarrollo positivo y reconoce a la juventud como una oportunidad para la Región. Ha sido diseñado para llegar a diferentes niveles de influencia, como a los encargados de formular políticas y a los planificadores de programas a escala nacional con el fin de alentarlos para que integren los programas, las políticas y los servicios de prevención y protección. (2)

Los problemas que la juventud enfrenta hoy en día en relación con su salud sexual y reproductiva son variados y complejos. Estos se conocen y están documentados, e incluyen conductas sexuales de riesgo, embarazos no deseados y la adquisición de ITS, entre ellas el VIH. Además, los jóvenes deben lidiar con barreras culturales que son resultado de políticas y leyes discriminatorias y opresivas que limitan, por ejemplo, las opciones reproductivas de las mujeres, y también deben encarar la falta de infraestructura física, que les ofrezca espacios seguros y saludables para su desarrollo.

La salud sexual y reproductiva de los adolescentes continúa siendo un asunto urgente en América Latina y el Caribe. VIH, abortos en situaciones de riesgo y complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio son aún causas importantes de mortalidad y morbilidad para la población joven en la Región. Embarazos no deseados, ITS y la falta de acceso a anticonceptivos repercuten negativamente en la salud de este grupo etario y continuarán impactando su bienestar y desarrollo mientras no sean prioridades políticas y financieras para los gobiernos y los tomadores de decisión. (7)

La combinación de la falta de acceso equitativo a los servicios de salud de calidad, escasos programas de educación en salud sexual y Servicio de salud poco convenientes para los jóvenes se traduce en estados de salud sexual y reproductiva deficientes, principalmente para los grupos de alto riesgo.

Se debe destacar que en zonas rurales las adolescentes tienen mayor probabilidad de quedar embarazadas a una edad más temprana, comparadas con las de zonas urbanas. Lo mismo sucede en aquellas de un nivel socioeconómico bajo, en relación con las que pertenecen a un nivel socioeconómico más alto. Estas madres jóvenes son generalmente pobres, sin redes de apoyo social y tienen poca educación, continuando así con el ciclo vicioso de pobreza intergeneracional. (10)

La salud es básicamente una consecuencia de determinantes económicos, sociales, culturales y ambientales, y la pobreza y la inequidad están fuertemente relacionadas con la carga de enfermedades.

La distribución desigual de experiencias perjudiciales en salud no es un fenómeno natural; en conjunto, los determinantes y las condiciones estructurales de la vida cotidiana constituyen los determinantes sociales de la salud.

Servicios para la población joven/ (APS).

Es necesario colaborar con las autoridades de asistencia sanitaria y las organizaciones no gubernamentales para mejorar la calidad de los servicios dirigidos a la población joven.

La OPS/OMS ha desarrollado una serie de herramientas y protocolos que aseguran la calidad de los servicios de salud. Los adolescentes y los jóvenes tienen múltiples y diversas necesidades relacionadas con la salud sexual y reproductiva. Además de las diferencias en los roles y normas de género, existen importantes diferencias geográficas, económicas, sociales y educativas, que se suman a las diferentes capacidades en evolución de la gente joven y que son

características de su edad. Un número importante de adolescentes y jóvenes puede además perder la conexión con sus familias y comunidades, y muchos de ellos también pueden formar parte de los grupos vulnerables y marginados, por ejemplo, jóvenes sin hogar, trabajadores sexuales, hombres que tienen sexo con hombres y usuarios de drogas inyectables.

A menudo, no se tiene en cuenta que muchos adolescentes, particularmente las mujeres, viven en unión libre y frecuentemente ya son madres. En los países de mayor población se estima que una cuarta parte de las mujeres de 15 a 19 años de edad ya son madres, mientras que en algunos países prioritarios los niveles son aún mayores. Estas mujeres jóvenes deben recibir atención especial, ya que a menudo viven en zonas rurales donde las redes de apoyo (si existen) son diferentes a las que posee una adolescente que vive en un entorno urbano. (5)

Los servicios que proporcionan información, diagnóstico y tratamiento de las ITS dirigidos a hombres jóvenes, a menudo no aparecen entre los servicios convencionales de salud sexual y reproductiva, que enfatizan en la salud materno infantil y en los servicios de planificación familiar dirigidos a las mujeres. Los servicios que toman en cuenta las necesidades de los hombres jóvenes tienen que ser establecidos entre las normas y protocolos de APS.

La distribución de adolescentes chilenos representa el 17% de la población general del país y de este porcentaje el 75% se encuentra inscrito en la atención primaria del sistema público de salud, lo cual muestra el gran desafío para la atención que genera la demanda de servicios de salud para la satisfacción de las necesidades de atención de este grupo. (5)

La sexualidad en adolescentes es dinámica y ha experimentado cambios importantes en las últimas décadas. El 48% de adolescentes de 15 a 19 años declara haber iniciado su vida sexual. La edad de inicio promedio es 16,4 años en hombres y 17,1 años en las mujeres, presentándose un adelanto de las edades de iniciación respecto de años anteriores, especialmente entre las mujeres, las que

en 1997 mostraban una edad promedio de inicio de relaciones sexuales de 18 años. (5)

En el Sistema Público de Salud, la población bajo control de embarazadas, según edades, a diciembre del 2009, está representada por un 0,8% de menores de 15 años; 20,8% de 15 a 19 años; y 28,4% de 20 a 24 años. (8)

El progresivo aumento del sedentarismo y los hábitos alimentarios inadecuados a medida que transcurre la adolescencia explican el aumento alarmante del sobrepeso y obesidad, de manera que cada vez con mayor frecuencia y a menor edad se inician complicaciones metabólicas como: Hipertensión Arterial, Dislipidemias, Resistencia a la Insulina e Intolerancia a los Hidratos de Carbono.

Respecto al nivel de pobreza e indigencia, los niños y los adolescentes presentan proporciones superiores de pobreza y de indigencia que la población de jóvenes y de adultos. Hasta los 14 años, un 21,5 % es indigente o pobre, situación que afecta al 19,8 % de los adolescentes de 15 a 19 años. (8)

Para que los programas den buenos resultados necesitan un apoyo encaminado a ampliar su alcance. Mientras que es necesario seguir perfeccionando las intervenciones, se conoce lo suficiente como para actuar ya. Los programas deben facilitar el apoyo y las oportunidades para que los adolescentes:

- Adquieran información exacta.
- Cultiven aptitudes;
- Reciban orientación (especialmente durante las crisis)
- Tengan acceso a SS, incluidos los servicios de salud reproductiva;
- Vivan en un entorno seguro y propicio.

Es importante considerar los mecanismos a través de los cuales podemos prevenir las consecuencias de la actividad sexual precoz y no protegidas en adolescentes. Para ello es necesario crear real conciencia sobre la problemática ya descrita a

nivel de la sociedad en general, con cambios importantes a nivel político para poder implementar eficazmente los programas destinados a producir este cambio.

Un pilar fundamental es la denominada “prevención primaria” que se refiere a la promoción de Programas de Educación Sexual a desarrollarse en forma transversal en los establecimientos escolares. Contrariamente a los mitos existentes, la educación sexual no fomenta la práctica sexual. (8)

Expectativas de los adolescentes frente al sistema de salud en APS: satisfacción usuaria.

El Sistema de Salud Público en Chile está constituido por una red de establecimientos de distintos niveles de complejidad, cuya base son los centros de la APS. En estos centros se realiza la mayor cantidad de prestaciones de salud, incluyendo las actividades de promoción y prevención en salud.

La APS no sólo constituye parte del sistema de redes asistenciales sino es concebida como una estrategia para disminuir las brechas de inequidad existentes en cuanto a los niveles de salud y el acceso a la atención de las poblaciones, favoreciendo a aquellas con menores recursos.

Desde la década de los 90, la APS ha sido punto focal de las políticas en salud, orientadas inicialmente a aumentar la cantidad de consultorios a lo largo del país, incrementar los recursos financieros e incorporar modelos percapitados para su financiamiento. Las actividades realizadas corresponden a un paquete de amplia cobertura denominado Plan de Salud Familiar. (8)

Sin embargo, el avance más sustantivo está dado por el cambio en el modelo de atención, que tomando como base los principios de la salud familiar y comunitaria, el enfoque biopsicosocial de la salud y la mirada intersectorial en la búsqueda de mejores niveles de salud y calidad de vida de la población, llega a constituir el “Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario” hoy vigente. Cada CES se hace responsable de su población inscrita a través de la constitución de equipos de salud de cabecera, responsables del cuidado continuo de la

población y la aplicación del “Plan de Salud Familiar” y otros denominados programas de reforzamiento de la APS.

Los objetivos del modelo dicen relación con:

- a) Acercar la salud a la población beneficiaria;
- b) Alcanzar un aumento creciente de las acciones de promoción y prevención;
- c) Incorporar mecanismos eficientes y efectivos de participación;
- d) Entregar atención de calidad. (8)

Los sistemas de salud deben responder a las expectativas legítimas de la población, meta recogida en los Objetivos Sanitarios para la década 2000-2010.

La capacidad de respuesta es habilidad que tienen los sistemas de salud para responder a las necesidades y expectativas de los usuarios en aspectos no asistenciales de la atención de salud.

La satisfacción usuaria es uno de los aspectos, aunque no el único, que se está incluyendo en las evaluaciones de desempeño y de calidad asistencia.

Evaluaciones realizadas por FONASA señalan que un 67% de sus usuarios están muy satisfecho o satisfechos con su seguro de salud.(9)

Estudio de satisfacción usuaria de la Superintendencia de ISAPRES (ahora Superintendencia de Salud) arroja proporciones de satisfacción, en torno al 33%. (9)

Es muy evidente la satisfacción de la población respecto de la infraestructura de los CESFAM; sin embargo ha aparecido el tema de la calidad de la atención como aspecto muy relevante de insatisfacción para los usuarios externos, al punto que eventualmente opaca el esfuerzo hecho en infraestructura. Los aspectos más reiterados dicen relación con los tiempos de espera, los sistemas para asignar horas médicas y la escasez de este recurso y el deficiente trato del personal para con el público.

Garantizar el proceso de instalación del modelo de salud a través de la formación continua de recursos humanos donde el rol de los encargados de APS de los SS se considera primordial. De igual forma, fomentar su desarrollo como centros docente-asistenciales. Para efectos de la presente tesis, es de suma importancia que el recurso humano de salud considerado como usuario interno, adquiera y posea las competencias que determinen una efectiva calidad docente asistencial en el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva. (8)

Al igual que muchos otros sectores del área salud, la salud sexual y reproductiva es uno de los más explorados en la evaluación de calidad de la atención en salud. Siendo un componente fundamental de la salud de las mujeres y de los varones durante toda su existencia, a la vez, es un derecho fundamental de las personas que se asegura, en parte, a través de la provisión de servicios de buena calidad y se puede medir utilizando como indicador el grado de satisfacción de las usuarias desde la subjetividad del individuo.

Un elemento clave para el progreso social, económico y político de todos los países y territorios de las Américas es la salud de los y las adolescentes. Sin embargo, la falta de atención a la salud sexual y reproductiva de este grupo etario es muy común, y su abordaje no forma parte prioritaria de las políticas y acciones de salud pública de la mayor parte de los países y con demasiada frecuencia sus necesidades y derechos no figuran en las políticas públicas ni en la agenda del sector salud, excepto cuando su conducta es inadecuada.

La ONU enfatiza que el ofrecer servicios de calidad implica lograr la satisfacción de las expectativas de los diferentes actores participantes en el proceso de la atención, los cuales son: el prestador de servicios y el usuario.

Uno de los aspectos claramente más estudiados es, la satisfacción de las necesidades de los usuarios que tiene como fin evaluar y lograr servicios de buena calidad, con el objetivo de aumentar la participación de las usuarias en la planeación y gestión de los servicios, sin embargo, existen escasos estudios que

incluyan la dimensión psicosocial de las usuarias en población mayor de 19 años y no se encuentran referencias de estos estudios en población adolescente.

La presente tesis, pretende tomar a la usuaria/o, en este caso a la/el adolescente, como un juez de calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, es decir, tomar su satisfacción o insatisfacción como un indicador clave que defina el grado en que los SS ofertados cubran las expectativas que ellas tienen, sino además, explorar que factores psicosociales podrían influenciar en la satisfacción o insatisfacción de la atención recibida.

Al referirnos a los factores psicosociales, se establecen las características individuales y del entorno familiar, socio-culturales, y personales de los adolescentes inasistentes a los controles de salud sexual y reproductiva. En cuanto a las expectativas se establecen determinaciones de expectativas en cuanto al acceso, trato, infraestructura e implementación como elementos que forman parte de la calidad en salud.

Cabe destacar que, de acuerdo a lo anterior, los SS muchas veces no son utilizados debido a la percepción de las usuarias de que los servicios que se les ofrecen no tienen la calidad que ellos requieren. A ello se añaden otras circunstancias como es el costo elevado de los mismos, los períodos prolongados de espera antes de ser atendidas, la atención inadecuada por parte del personal de servicios, y barreras familiares o sociales, debido a esto, han puesto en marcha una serie de estrategias

De esta manera, se puede inferir que las características psicosociales de las usuarias influirían en la satisfacción o insatisfacción de la atención brindada por un servicio de salud sexual y reproductiva, necesitándose una intervención a nivel intersectorial para la prevención y mejoramiento de las variables ambientales, relaciones interpersonales, reestructuración cognitiva, mejoramiento de las habilidades sociales y de la provisión de grupos de apoyo.

La OPS define una buena atención de salud sexual y reproductiva, a aquellos servicios que son accesibles y donde exista una buena interacción entre el

prestador de servicios y las usuarias. Para evaluar la calidad de salud es importante precisar los atributos que tendría que tener una atención óptima. En primer lugar la efectividad o el poder del tratamiento o procedimiento para elevar el nivel de salud; la eficiencia del producto de la relación entre lo alcanzado y los medios disponibles; la accesibilidad representada por el grado de satisfacción de los usuarios con la atención recibida; la competencia, lograda a través de una mejor utilización de los conocimientos para proporcionar salud y satisfacción a los usuarios, ya sea por las técnicas empleadas, como por las relaciones interpersonales para mejorar la calidad de los servicios.

OBJETIVOS.

General.

- 1 Determinar las características y causas de los adolescentes entre 15 y 19 años inasistentes a control con el profesional matrón/a de la comuna de Valparaíso año 2012.
- 2 Determinar las expectativas de los adolescentes entre 15 y 19 años inasistentes al control con el profesional matrón/a en cuanto a los elementos de la calidad de atención en salud sexual y reproductiva en la comuna de Valparaíso año 2012.

Específicos.

- 1.1 Describir las características individuales y del entorno familiar de los adolescentes inasistentes a los controles de salud sexual y reproductiva.
- 1.2 Describir las características socio-culturales de los adolescentes inasistentes a los controles de salud sexual y reproductiva.
- 1.3 Describir las causas de la red salud que los adolescentes perciben como causal de inasistencia a los controles de salud sexual y reproductiva.
- 1.4 Describir las causas personales de los adolescentes como causal de inasistencia a los controles de salud sexual y reproductiva.

- 2.1 Determinar las expectativas del adolescente en cuanto al acceso como elemento de la calidad en salud.
- 2.2 Determinar las expectativas del adolescente en cuanto al trato como elemento de la calidad en salud.
- 2.3 Determinar las expectativas del adolescente en cuanto a la infraestructura e implementación como elemento de la calidad en salud.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

1.1 Describir las características individuales y del entorno familiar de los adolescentes inasistentes a los controles de salud sexual y reproductiva.

Variable.	Definición.	Dimensión.	Indicador.	Subindicador.
Edad del adolescente	Grupo etario al cual pertenece el adolescente.		15 16 17 18 19	
Lugar de Residencia.	Características asociadas al lugar físico en donde habita el adolescente.		Urbano. Rural. Urbano-Marginal.	
Género.	Conjunto de aspectos sociales de la sexualidad, comportamientos y valores asociados al sexo.		Hombre. Mujer.	
Trabajo adolescente.	Actividad remunerada realizada por el adolescente.		Sí. No.	
Hábitos.	Conducta repetitiva en el tiempo de modo sistemático por	Drogas lícitas. Drogas ilícitas.	Tabaco. Alcohol. Marihuana. Cocaína.	Sí – No. Sí – No. Sí – No. Sí – No.

	parte del adolescente.		Pasta Base. Otro.	Sí – No. Sí – No.
Orientación Sexual.	Atracción emocional, intelectual, física y sexual que una persona siente por otra.		Heterosexual. Homosexual. Bisexual.	
Violencia Intrafamiliar.	Cualquier tipo de abuso de poder de parte de un miembro de la familia sobre otro		VIF física. VIF Psicológica.	Sí – No. Sí – No.
Nivel Educativo de los padres.	Nivel de educación alcanzado por los padres del adolescente.		Básica. Media. Superior.	Completa – Incompleta. Completa – Incompleta. Completa – Incompleta.
Jefe de Hogar.	Sostén económico del grupo familiar del adolescente.		Padre. Madre. Ambos. Otro.	
Actividad de los padres.	Ámbito laboral de desempeño de los padres del adolescente.		Técnico. Profesional.	

			Oficio.	
Hábitos Familiares.	Conductas de carácter repetitivas que influyen en la salud familiar del adolescente.	Hábitos Beneficiosos.	Paseos familiares.	Sí – No.
			Resolución de conflictos en familia.	Sí – No.
			Comunicación fluida entre los integrantes de la familia.	Sí – No.
		Hábitos Nocivos.	Comidas en familia.	Sí – No.
			Alcoholismo.	Sí – No.
			Tabaquismo.	Sí – No.
			Drogadicción.	Sí – No.
Núcleo Familiar	Personas con las que el adolescente convive en el hogar.		Madre.	Sí – No.
			Padre.	Sí – No.
			Hermano/a.	Sí – No.
			Solo.	Sí – No.
			Otro.	Sí – No.

1.2 Describir las características socio-culturales de los adolescentes inasistentes a los controles de salud sexual y reproductiva.

Variable.	Definición.	Dimensión.	Indicador.	Subindicador
Tipo de Previsión de FONASA.	Categoría a la cual pertenece el individuo según nivel socioeconómico		A. B. C. D.	
Nivel Socioeconómico	<p>Características asociadas al acceso de servicios básicos del grupo familiar.</p> <p><u>Clasificación:</u> - De 0 a 3 puntos: Nivel socioeconómico Bajo. - 4 a 6 puntos: Nivel socioeconómico Medio. - 7 a 8 puntos: Nivel socioeconómico Alto.</p>	<p>Vivienda. Saneamiento básico.</p> <p>Ingreso Per cápita.</p>	<p>Tipo de Vivienda. Alcantarillado. Luz eléctrica. Agua potable.</p> <p>Quintiles de Ingreso.</p>	<p>Sólida (1) – Liviana (0). Sí (1) – No (0). Sí (1) – No (0). Sí (1) – No (0). 1º Quintil igual o menor a \$53.000. (0). 2º Quintil igual o menor a \$90.067. (1). 3º Quintil igual o</p>

				menor a \$140.665. (2). 4° Quintil igual o menor a \$254.627. (3). 5° Quintil superior a \$254.627. (4).
Redes de Apoyo.	Presencia de personas que permiten satisfacer necesidades sociales básicas del adolescente.	Primarias. Secundarias .	Familia. Amigos. Vecinos. Iglesia. Junta de vecinos. Establecimiento educacional. Club deportivo. Agrupaciones artísticas. Otro grupo social.	Sí-No Sí-No Sí-No Sí-No Sí-No Sí-No Sí-No Sí-No

Espiritualidad.	Conjunto de creencias y ejercicios que conforman la vida espiritual del adolescente.	Profesa Religión. No profesa Religión.	Católica. Evangélica. Cristiana. Otra.	
Tenencia de Bienes.	Artículos Materiales que posee el grupo familiar del adolescente.		TV. Lavadora. Cocina. Refrigerador. Microondas. Calefont. Ducha. Automóvil. TV cable o satelital. PC. Internet.	
Clasificación Socioeconómica	Clasificación según ingreso, nivel educacional del jefe de hogar y tenencia de un conjunto de bienes.		E. D. C2. C3. ABC1.	

Presencia de familiar analfabeto	Pariente analfabeto presente en la familia del adolescente	Núcleo familiar	Madre.	Si-No.
			Padre.	Si-No.
			Hermano(s).	Si-No.
		Pariente próximo	Tío o Tía.	Si-No.
			Abuelo (a).	Si-No.
			Prima(o).	Si-No.

Causa de Inasistencia	Causas que el adolescente considera como influencia en la inasistencia al control de salud sexual y reproductiva	Profesional	Trato del profesional	Sí - No
			Género del profesional	Sí - No
		Gestión CESFAM	Tiempo de espera para la atención	Sí - No
			Forma de obtener la hora	Sí - No
		Horario		
			Horario de atención del consultorio	Sí - No
		Acceso al lugar físico	Ubicación del consultorio	Sí - No

1.3. Describir las causas de la red salud que los adolescentes perciben como causal de inasistencia a los controles de salud sexual y reproductiva.

Nombre/Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Sub Indicador
Tiempo de espera para la atención	Es el motivo por el cual el adolescente considera que el tiempo de espera para la atención influye en la inasistencia a los controles de salud sexual y reproductiva.		<p>Tiempo de esperas extensas.</p> <p>Lista de espera extensa.</p>	<p>Sí-No</p> <p>Sí-No</p>
Trato del Profesional	Es el motivo por el cual el adolescente considera que el trato profesional influye en la inasistencia a los controles de salud sexual		<p>Incomprensión.</p> <p>Poca empatía.</p> <p>Mal trato.</p> <p>Indiferencia</p>	<p>Sí-No</p> <p>Sí-No</p> <p>Sí-No</p> <p>Sí-No</p>

	y reproductiva			
Género del profesional	Es el motivo por el cual el adolescente considera que el género del profesional influye en la inasistencia a los controles de salud sexual y reproductiva.		Incomodidad con el sexo opuesto. Incomodidad con el mismo sexo.	
Forma de obtener la hora	Es el motivo por el cual el adolescente considera que la forma de obtener la hora para la atención influye en la		Tramitación excesiva. Tiempo de espera para conseguir la hora.	Sí-No Sí-No

	<p>inasistencia a los controles de salud sexual y reproductiva.</p>			
<p>Ubicación del consultorio</p>	<p>Es el motivo por el cual el adolescente considera que la ubicación del consultorio influye en la inasistencia a los controles de salud sexual y reproductiva.</p>		<p>Alrededores Peligrosos.</p> <p>Lejano al hogar.</p> <p>Mala locomoción.</p>	<p>Sí-No</p> <p>Sí-No</p> <p>Sí-No</p>

1.4 Describir las causas personales de los adolescentes como causal de inasistencia a los controles de salud sexual y reproductiva.

Nombre/Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Sub Indicador
Vergüenza	Sensación de pudor al enfrentarse al profesional.		Sí-No	
Experiencias cercanas	Experiencias de personas cercanas al adolescente que influyen en la inasistencia		Amigos. Familia. Otro.	
Experiencia previa con el profesional	experiencia anterior a causa del profesional que gatilló la posterior inasistencia del adolescente a los controles de salud sexual y reproductiva		Indiferencia. Maltrato. Juicio del profesional hacia el adolescente. Poca empatía. No genera relación de confianza. No respeta. Atención no confidencial.	Sí-No Sí-No Sí-No Sí-No Sí-No Sí-No

<p>Personalidad del adolescente</p>	<p>Características propias de la forma de ser del adolescente que influyen en la inasistencia.</p>		<p>Timidez. Vergüenza. Miedo. Pudor. Desconfianza.</p>	<p>Sí-No Sí-No Sí-No Sí-No Sí-No</p>
<p>Género del profesional</p>	<p>Influencia del género del profesional como causa personal de inasistencia del adolescente</p>		<p>Incomodidad frente al género masculino. Incomodidad frente al género Femenino.</p>	<p>Sí-No Sí-No</p>

2.1 Determinar las expectativas del adolescente en cuanto al acceso como elemento de la calidad en salud.

Nombre/Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Sub Indicador
Tiempo de espera de la atención.	Expectativa del tiempo de espera del adolescente desde que entra al CESFAM hasta que es atendido por un profesional.		0-15 minutos. 15-30 minutos. 30-45 minutos. 45-60 minutos. 60 – más.	
Locomoción.	Expectativa del adolescente en cuanto a la locomoción que circunda el consultorio.		Colectivo. Micros. Buses de acercamiento. Taxis.	
Lugar del consultorio.	Expectativa del adolescente en cuanto a		Cerca del hogar. Lejos del Hogar.	Sí-No Sí-No Sí-No

	la ubicación del consultorio		Cerca del establecimiento educacional. Lejos del establecimiento educacional.	Sí-No
Toma de hora	Expectativa del adolescente en cuanto al proceso de conseguir una hora al consultorio con el profesional		Tramitación apropiada. Proceso expedito. Filas cortas / Sin filas. Toma de hora vía internet. Toma de hora en un lugar solo para adolescentes.	
Equidad del acceso	Expectativa del adolescente en cuanto a la igualdad de atención con respecto al adulto.		Sí- No	

2.2 Determinar las expectativas del adolescente en cuanto al trato como elemento de la calidad en salud.

Nombre/Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Sub Indicador
Confidencialidad del profesional	Es lo que espera el adolescente frente a la privacidad de su información íntima frente al profesional		Confidencial. Compartir con equipo multidisciplinario. Pública.	
Empatía	Expectativa del adolescente en cuanto a la relación empática con el profesional.		Escucha activa. Contacto visual Demostración de interés. Lenguaje adecuado	Sí-No Sí-No Sí-No Sí-No
Tipo de relación adolescente-profesional	Es lo que espera el adolescente en cuanto a la dinámica comunicacional en la atención		Simétrica. Asimétrica.	

2.3 Determinar las expectativas del adolescente en cuanto a la infraestructura e implementación como elemento de la calidad en salud.

Nombre/Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Sub Indicador
Señalética dentro del consultorio	Expectativa del adolescente frente a la demarcación específica que señale la ubicación de los servicios.		Letreros. Símbolos. Líneas. Personal orientador.	
Privacidad	Es lo que espera el adolescente frente a la infraestructura que le otorgue privacidad durante la atención.		Biombo. Baño dentro del box. Cortinaje. Aislamiento acústico.	Sí-No Sí-No Sí-No Sí-No
Higiene del box	Expectativa del adolescente en cuanto a la presencia de higiene en el		Buen aroma en el ambiente. Muralla y pisos limpios. Insumos	Sí-No Sí-No Sí-No

	box.		necesarios para mantención de higiene. Baño limpio.	Sí-No
--	------	--	--	-------

INSTRUMENTO

- Responda esta encuesta en un máximo de 40 minutos marcando claramente su preferencia.
- Se asegura la confidencialidad de la encuesta.
- Cualquier duda o consulta, manifestarla a cualquiera de los investigadores presentes encargados del estudio.

1) Señale su edad.

- a) 15 años.
- b) 16 años.
- c) 17 años.
- d) 18 años.
- e) 19 años.

2) Señale su sexo.

- a) Masculino.
- b) Femenino.

3) Señale su orientación sexual.

- a) Heterosexual.
- b) Homosexual.
- c) Bisexual.

4) ¿En qué sector se encuentra ubicado su lugar de residencia?

- a) Urbano. (Residencia en ciudad)
- b) Rural. (Residencia en zonas de campo)
- c) Urbano- Marginal. (Residencia en zonas alejadas de la ciudad o lugares de conflicto)

5) ¿Usted, en la actualidad se encuentra trabajando de manera remunerada?

- a) Sí.
- b) No.

6) Señale si consume alguna de estas sustancias.

- | | |
|------------------|--------------------|
| _____ Tabaco. | _____ Cocaína. |
| _____ Alcohol. | _____ Pasta Base. |
| _____ Marihuana. | _____ Otro, ¿Cuál? |
| _____ Ninguna | _____ |

7) ¿En su familia existe algún tipo de VIF (violencia intra-familiar)?

- a) Sí. ¿Cuál?
 - a) VIF Física.
 - b) VIF Psicológica.
 - c) Ambas.
- b) No.

8) ¿Con quién vive?

- | | |
|------------------|-------------------------------|
| _____ Madre. | _____ Hermana(o) |
| _____ Padre. | _____ Otro, ¿con quién? _____ |
| _____ vivo solo. | |

- 9) Nivel educacional de los padres. (Marque el nivel educacional y luego si este está completo o incompleto).
- Madre : a) Básica. a) Completa.
 b) Media. b) Incompleta.
 c) Superior.
- Padre : a) Básica. a) Completa.
 b) Media. b) Incompleta.
 c) Superior.
- 10) ¿Quién es el sostenedor económico de su hogar?
- a) Padre.
b) Madre.
c) Ambos.
d) Otro, ¿Cuál? _____
- 11) Actividad de los padres (complete con: Profesional - Técnico u oficio)
- Madre _____ Padre _____
- 12) Señale cuál de estas actividades se realiza con mayor frecuencia en su hogar. (Marque sólo una)
- _____ Paseos familiares.
_____ Resolución de conflictos en familia.
_____ Comunicación fuída entre los integrantes de la familia.
_____ Comidas en familia.
_____ Ninguna
- 13) Señale cuál de estas actividades se realizan en su hogar. (Marque todas las que se realizan)
- _____ Alcoholismo.
_____ Tabaquismo.
_____ Drogadicción.
_____ Ninguna.
- 14) ¿Qué tipo de previsión FONASA posee?
- a) A. c) C.
b) B. d) D.
- 15) Material con el que se encuentra MAYORMENTE construida su vivienda (Marque sólo una)
- a) Madera. b) Cemento.
c) Ladrillos. d) Adobe
- 16) Señale cuál de los siguientes servicios se encuentra presente en su hogar:
- _____ Alcantarillado.
_____ Luz eléctrica.
_____ Agua potable.
- 17) ¿Cuál es el ingreso aproximado por cada integrante de su hogar?
- a) = o < \$53.000.
b) = o < \$90.067.
c) = o < \$140.665.

d) = 0 < \$254.627.

e) > \$254.627.

18) Señale las personas o grupo de personas que usted considere importante dentro de su vida.

_____ Familia. _____ Junta de vecinos.

_____ Amigos. _____ Establecimiento
educacional.

_____ Vecinos. _____ Club deportivo.

_____ Iglesia. _____ Agrupación artística.

_____ Otro, ¿Cuál? _____

19) ¿Profesa alguna religión?

a) Sí.

a) Católica.

b) Evangélica.

c) Cristiana.

d) Otra, ¿Cuál?

b) No.

20) Señale cuál de los siguientes artículos está presente en su hogar.

_____ TV. _____ Lavadora. _____ Automóvil _____ Cocina. _____

Refrigerador. _____ Internet.

_____ Microondas. _____ Calefón. _____ Ducha. _____ Computador.

_____ TV cable o satelital

21) ¿Tiene algún familiar que no sepa leer o escribir?

_____ Madre. _____ Padre.

_____ Hermano(a). _____ Tío o Tía. _____ Abuelos. _____ Primos.

_____ No tengo.

Conteste en relación a la atención en salud con el profesional matrn(a):

22) ¿Siente sensación de pudor o vergüenza al enfrentarse al profesional?

a) Sí.

b) No.

23) ¿Ha tenido experiencias cercanas que influyan en su inasistencia al control de salud sexual y reproductiva?

¿Por parte de quién?

a) Amigos.

b) Familia

c) Otro, ¿Cuál? _____

d) No he tenido experiencias cercanas.

- 24) ¿Tuvo alguna experiencia anterior en alguna atención con el profesional matró/a que gatilló en su inasistencia al control en salud sexual y reproductiva?
- a) Sí. (Conteste pregunta 25 y luego pase a la 26 continuando la encuesta)
 - b) No. (Conteste pregunta 26 y continúe la encuesta)
- 25) ¿Cuál fue la actitud del profesional frente a la atención? Marque todas las que estime conveniente.
- Indiferencia.
 - Mal trato.
 - Juicio del profesional hacia el adolescente.
 - Poca empatía.
 - No genera relación de confianza.
 - No respeta.
 - Atención no confidencial.
- 26) ¿Alguna de estas características personales influyen en su inasistencia al control de salud sexual y reproductiva? Marque como máximo dos.
- Timidez.
 - Vergüenza.
 - Miedo.
 - Pudor.
 - Desconfianza.
- 27) ¿Siente incomodidad en la atención de salud sexual y reproductiva en relación al género del profesional? Marque sólo una.
- Incomodidad frente al género masculino.
 - Incomodidad frente al género femenino.
 - No siente incomodidad.
- 28) ¿Cuál es el tiempo ideal que usted desearía esperar desde que ingresa al consultorio hasta que es atendido por el profesional?
- a) 0-15 minutos.
 - b) 15-30 minutos.
 - c) 30-45 minutos.
 - d) 45-60 minutos.
- 29) ¿Cuál es la locomoción que más le acomoda para tener acceso al consultorio? Marque sólo una.
- a) Colectivos.
 - b) Micros.
 - c) Buses de acercamiento.
 - d) Taxis.
- 30) ¿Dónde le gustaría que se encontrara el consultorio? Marque sólo una.
- Cerca del hogar.
 - Lejos del hogar.
 - Cerca del establecimiento educacional.
 - Lejos del establecimiento educacional.

- 31) ¿Qué espera en cuanto al proceso de conseguir una hora al consultorio con el profesional? Marque como máximo dos.
- Tramitación apropiada.
 - Proceso expedito.
 - Filas cortas / sin filas.
 - Toma de hora vía internet.
 - Toma de hora en un lugar solo para adolescentes.
- 32) ¿Cree usted que el acceso a la atención en salud es equitativo con respecto al adulto versus el adolescente?
- a) Sí.
 - b) No.
- 33) La información que usted entrega al profesional en la atención en salud debería ser:
- a) Confidencial
 - b) Compartida con el equipo multidisciplinario de salud.
 - c) Pública.
- 34) ¿Qué espera frente al trato del profesional hacia las diversidades sexuales en la atención de salud sexual y reproductiva?
- a) Trato indiferente
 - b) Trato orientador frente a su sexualidad.
- 35) ¿Qué es lo que más espera del profesional matrón/a durante la atención en salud? Marque sólo una.
- Escucha activa.
 - Contacto visual.
 - Demostración de interés.
 - Lenguaje adecuado.
- 36) ¿Cómo espera que sea la relación entre el profesional matrón/a y usted?
- a) Relación de pares.
 - b) Relación asimétrica (Profesional-Usuario)
- 37) ¿Considera usted que el consultorio debería tener señalética para que ayude a la identificación de los servicios o sectores?
- a) Sí. (Pase a la pregunta 38 y continúe con la encuesta)
 - b) No. (Pase a la pregunta 39 continuando con la encuesta)
- 38) Indique su preferencia:
- a) Letreros.
 - b) Símbolos.
 - c) Líneas.
 - d) Personal orientador.
- 39) ¿Cuál de estos elementos considera usted necesarios para la privacidad en el momento de la atención en salud? Marque como máximo dos.
- Biombos.
 - Baños dentro del box.
 - Cortinaje.
 - Aislamiento acústico.
 - Sin interrupciones.

_____ Sin presencia de terceras personas (ej: estudiante, técnicos paramédicos, u otros)

40) ¿Qué espera en cuanto a la presencia de higiene en el box? Marque sólo una.

- _____ Buen aroma en el ambiente.
- _____ Murallas y pisos limpios.
- _____ Baños limpios.
- _____ Insumos necesarios para mantención de higiene.

41) ¿Por qué no asiste a los controles de salud sexual y reproductiva?

- a) Por diferentes causas que tienen relación con el profesional y el consultorio
- b) No he tenido interés.
- c) No he necesitado los controles.
- d) No tengo información del consultorio

*** Continúe la encuesta si su preferencia fue la alternativa a), de lo contrario de por finalizada la encuesta.**

42) ¿Por qué considera que trato profesional influye en su inasistencia a los controles de salud sexual y reproductiva?

- _____ Incomprensión.
- _____ Poca empatía.
- _____ Mal trato.
- _____ Indiferencia.

43) ¿Por qué considera que el género del profesional influye en su inasistencia a los controles de salud sexual y reproductiva?

- a) Incomodidad con el sexo opuesto.
- b) Incomodidad con el mismo sexo.

44) ¿Por qué considera que el tiempo de espera para la atención influye en su inasistencia a los controles de salud sexual y reproductiva?

- _____ Tiempo de espera extenso.
- _____ Lista de espera extenso.

45) ¿Por qué considera que la forma de obtener la hora para la atención influye en su inasistencia a los controles de salud sexual y reproductiva?

- _____ Tramitación excesiva.
- _____ Tiempo de espera para conseguir la hora.

46) ¿Por qué considera que el horario de atención del consultorio influye en su inasistencia a los controles de salud sexual y reproductiva? Marque sólo una.

- _____ El horario del consultorio choca con el horario de mi jornada escolar.
- _____ El horario del consultorio choca con otras actividades personales.

47) ¿Por qué considera que la ubicación del consultorio influye en su inasistencia a los controles de salud sexual y reproductiva? Marque sólo una

- _____ Alrededores peligrosos.
- _____ Lejano al hogar.
- _____ Mala locomoción

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este formulario de consentimiento informado se dirige a los adolescentes entre 18 y 19 años beneficiarios FONASA de la comuna de Valparaíso dando a conocer el objetivo del estudio para luego autorizar o rechazar este mismo.

Acerca del estudio: La Carrera de Obstetricia y Puericultura contempla en su plan curricular la realización de una investigación tendiente a la obtención del Grado de Licenciado/a en Obstetricia y Puericultura. Con este propósito los estudiantes realizan una investigación, guiadas por un docente en el ámbito de la disciplina o bien en temáticas afines.

El grupo guiado por la matrona docente Ingrid Vargas Stevenson, está realizando la investigación titulada ***“Características y causas de los adolescentes entre 15 y 19 años beneficiarios FONASA inasistentes a los controles de Salud sexual y Reproductiva en la comuna de Valparaíso año 2012 y sus expectativas en cuanto a la calidad de la atención en salud”***, con un formato de investigación cuantitativa descriptiva.

Para la obtención de los datos se aplicará como instrumento una encuesta dirigida al grupo de estudio los cuales son adolescentes entre 15 y 19 años beneficiarios FONASA de la comuna de Valparaíso, cabe destacar que la encuesta no busca recoger datos personales ni invadir la privacidad del adolescente, solo apunta a recopilar información fundamental para identificar los factores que influyen en la baja adherencia de estos al sistema sanitario y las expectativas que tienen de este. Es importante aclarar que la encuesta es de carácter confidencial y no va con identificación.

Consentimiento Informado: Yo _____

Sí acepto _____ No acepto _____ formar parte de esta investigación teniendo conocimiento de todo lo expresado en este documento.

Firma de estudiante

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este formulario de consentimiento informado se dirige a los padres de los adolescentes entre 15 y 17 años beneficiarios FONASA de la comuna de Valparaíso dando a conocer el objetivo del estudio para luego autorizar o rechazar este mismo.

Acerca del estudio: La Carrera de Obstetricia y Puericultura contempla en su plan curricular la realización de una investigación tendiente a la obtención del Grado de Licenciado/a en Obstetricia y Puericultura. Con este propósito los estudiantes realizan una investigación, guiadas por un docente en el ámbito de la disciplina o bien en temáticas afines.

El grupo guiado por la matrona docente Ingrid Vargas Stevenson, está realizando la investigación titulada **“Características y causas de los adolescentes entre 15 y 19 años beneficiarios FONASA inasistentes a los controles de Salud sexual y Reproductiva en la comuna de Valparaíso año 2012 y sus expectativas en cuanto a la calidad de la atención en salud”**, con un formato de investigación cuantitativa descriptiva.

Para la obtención de los datos se aplicará como instrumento una encuesta dirigida al grupo de estudio los cuales son adolescentes entre 15 y 19 años beneficiarios FONASA de la comuna de Valparaíso, cabe destacar que la encuesta no busca recoger datos personales ni invadir la privacidad del adolescente, solo apunta a recopilar información fundamental para identificar los factores que influyen en la baja adherencia de estos al sistema sanitario y las expectativas que tienen de este. Es importante aclarar que la encuesta es de carácter confidencial y no va con identificación.

Consentimiento Informado: Yo padre y/o apoderado de _____

Sí autorizo _____ No autorizo ____ a mi hijo y/o pupilo a formar parte de esta investigación teniendo conocimiento de todo lo expresado en este documento.

Firma de Padre y/o apoderado

ANEXOS

TABLAS

**Tabla N° 1. Distribución de la Población en estudio según edad. Año 2012.
(n=450)**

Edad	Encuestados	Porcentaje
15 años	194	43%
16 años	109	24%
17 años	89	20%
18 años	44	10%
19 años	14	3%
Total	450	100%

Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 43% de encuestados corresponde a jóvenes de 15 años. La distribución restante es la siguiente: 24% para encuestados de 16 años, 20% para 17 años, 10% para 18 años y finalmente 3% para 19 años.

Tabla N° 2. Distribución de la Población en estudio según Género. Año 2012. (n=450)

Género	Encuestados	Porcentaje
Masculino	100	22%
Femenino	348	77%
No Responde	2	1%
Total	450	100%

Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: Del total de los encuestados el 22% son adolescentes del género masculino, el 77% de género femenino y el 1% que no señaló su género.

Tabla N °4. Distribución de la población en estudio según Lugar de Residencia. Año 2012 (n=450)

Residencia	Encuestados	Porcentaje
Urbano	380	84%
Rural	18	4%
Urbano-Marginal	45	10%
No Responde	7	2%
Total	450	100%

Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 84% de los adolescentes señala vivir en una zona urbana.

Tabla N° 6. Distribución de la Población en estudio según consumo de sustancias. Año 2012 (n=450)

Sustancia	Si	Porcentaje	No	Porcentaje	No Responde
Tabaco	185	41%	263	59%	2
Alcohol	174	39%	274	61%	2
Marihuana	169	38%	279	62%	2
Cocaína	19	4%	429	96%	2
Pasta Base	11	2%	437	98%	2

Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: De las sustancias consumidas, el 41% refiere consumir tabaco, el 39% consume alcohol y el 38% marihuana.

Tabla N° 7. Distribución de la población en estudio según Violencia Intra Familiar. Año 2012 (n=450)

VIF	Encuestados	Porcentaje
Si	31	7%
No	413	92%
No Responde	6	1%
Total	450	100%

Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: 92% de los adolescentes encuestados señala que no sufre Violencia Intra Familiar en su hogar.

Tabla N° 8. Distribución de la población en estudio según personas con las que vive. Año 2012 (n=450)

Vive con:	Si	Porcentaje	No	Porcentaje
Madre	381	37%	69	6%
Padre	236	23%	214	18%
Hermano(a)	298	29%	152	12%
Solo(a)	75	7%	375	31%
Otro	48	4%	402	33%

Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 37% de los encuestados señala vivir con la madre.

Tabla N° 9. Distribución de la población en estudio según Nivel educacional de los padres. Año 2012 (n=450)

Educación	Básica Completa	Básica Incompleta	Media Completa	Media Incompleta	Superior Completa	Superior Incompleta	No Responde
Madre	22	39	109	58	32	15	175
Padre	24	36	101	57	30	9	193
Total	46	45	210	115	62	24	368

Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 39% de los encuestados desconoce el nivel educacional de la madre y el 43% de los encuestados desconoce el nivel educacional del padre.

Tabla N° 10. Distribución de la población en estudio según sostenedor económico del hogar. Año 2012 (n=450)

Sostenedor	Madre	Padre	Ambos	Otro	No Responde	Total
Frecuencia	145	125	112	57	11	450
Porcentaje	32%	28%	25%	13%	2%	100%

Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 32% de los encuestados señaló que la madre es el sostenedor del hogar.

Tabla N° 11. Distribución de la población en estudio según actividad de los padres. Año 2012 (n=450)

Actividad	Profesional	%	Técnico	%	Oficio	%	No Responde	%
Madre	21	5%	39	9%	273	60%	117	26%
Padre	28	6%	33	7%	237	53%	151	34%

Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 60% de adolescentes señalan que su madre realiza un oficio como actividad remunerada y el 53% de los encuestados refiere que su padre realiza un oficio como actividad remunerada.

Tabla N° 12. Distribución de la población en estudio según actividades que realiza en el hogar. Año 2012 (n=450)

Actividad	Si	%	No	%
Paseos familiares	111	25%	338	75%
Resolución de conflictos en familia	46	10%	403	90%
Comunicación fluida entre los integrantes de la familia	110	25%	340	75%
Comidas en familia	265	59%	185	31%

Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 50% de los adolescentes encuestados refiere que las comidas son la actividad más común en sus familias.

Tabla N° 14. Distribución de la población en estudio según tipo de previsión FONASA. Año 2012 (n=450)

Fonasa	A	B	C	D	No Sabe	Total
Frecuencia	108	73	32	16	221	450
Porcentaje	24%	16%	7%	4%	49%	100%

Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 49% de los adolescentes no sabe a qué categoría de FONASA pertenece y el 24% de los encuestados señala pertenecer al tramo A.

Tabla N° 15. Distribución de la población en estudio según material de la vivienda. Año 2012 (n=450)

Material	Madera	Cemento	Ladrillo	Adobe	No Responde	Total
Frecuencia	205	130	51	27	37	450
Porcentaje	46%	29%	11%	6%	8%	100%

Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 46% de los encuestados señala que su hogar está construido mayoritariamente por madera.

Tabla N° 17. Distribución de la población en estudio según ingreso per cápita. Año 2012 (n=450)

Ingreso	A	B	C	D	E	No Responde	Total
Frecuencia	52	58	128	68	52	92	450
Porcentaje	12%	13%	28%	15%	12%	20%	100%

Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: De los adolescentes encuestados, el 28% señala que el ingreso per cápita de su hogar es igual o menos a \$140.665 (tercer quintil de ingreso), en tanto el 20% no responde a esta pregunta.

Tabla N°18. Distribución de la población en estudio según redes de apoyo. Año 2012 (n=450)

Persona	Si	%	No	%	No Responde
Familia	425	39%	24	1%	1
Amigos	345	33%	104	3%	1
Vecinos	32	3%	417	14%	1
Iglesia	41	4%	408	14%	1
Junta de vecinos	3	1%	446	15%	1
Establecimiento educacional	100	9%	349	12%	1
Club deportivo	41	4%	408	14%	1
Agrupación deportiva	14	1%	435	14%	1
Otro	62	6%	387	13%	1

Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: Las principales redes de apoyo son familia (39%), amigos (33%) y establecimiento educacional (9%), estos grupos son los que generan mayor influencia en el ámbito psicosocial de los adolescentes.

Tabla N° 19. Distribución de la población en estudio según religión.

Año 2012 (n=450)

Religión	Si	No	No Responde	Total
Frecuencia	306	129	15	450
Porcentaje	68%	29%	3%	100%

Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: 68% de los encuestados señalan que sí profesan alguna religión.

Tabla N° 20. Distribución de la población en estudio según artículos en el hogar. Año 2012 (n=450)

Número	Objetos	Porcentaje
1	0	0%
2	0	0%
3	0	0%
4	5	1%
5	9	2%
6	29	6%
7	35	8%
8	53	12%
9	92	20%
10	139	31%
No Responde	88	20%

Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 31% de los encuestados señala que de la lista de artículos presentada, posee 10 en su hogar y que utiliza en su vida cotidiana.

Tabla N° 21. Distribución de la población en estudio según presencia de familiar analfabeto. Año 2012 (n=450)

F. Analfabeto	Si	No	No Responde	Total
Frecuencia	58	386	6	450
Porcentaje	13%	86%	1%	100%

Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 86% de los encuestados señala que no tiene ningún familiar cercano analfabeto, contrariamente un 13% señala que sí lo tiene.

Tabla N° 23. Distribución de la población en estudio según experiencias que influyan en la inasistencia. Año 2012 (n=450)

Influencia	Número	Porcentaje
Amigos	59	13%
Familiar	37	8%
Otro	5	1%
No tuvo	322	72%
No Responde	27	6%
Total	450	100%

Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 72% de los adolescentes señala que no ha tenido una experiencia cercana que ha influido en la inasistencia a los controles de salud sexual y reproductiva.

Tabla N° 24. Distribución de la población en estudio según experiencia anterior con profesional matrón/a. Año 2012 (n=450)

Experiencia Anterior	Si	No	No Responde	Total
Frecuencia	54	363	33	450
Porcentaje	12%	81%	7%	100%

Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 81% de los adolescentes no ha tenido una experiencia anterior que ha influido en su inasistencia a los controles posteriores.

Tabla N° 26. Distribución de la población en estudio según características personales que influyen en la inasistencia. Año 2012 (n=450)

Característica	Si	%	No	%	No Responde
Timidez	151	34%	297	66%	2
Vergüenza	212	47%	236	53%	2
Miedo	62	14%	386	86%	2
Pudor	80	18%	368	82%	2
Desconfianza	144	32%	304	68%	2

Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: Los encuestados señalaron que la timidez (66%) y la vergüenza (47%) son características personales de gran influencia en su inasistencia a los controles de salud sexual y reproductiva.

Tabla N° 27. Distribución de la población en estudio según incomodidad frente al género del profesional. Año 2012 (n=450)

Incomodidad	Encuestados	Porcentaje
Frente al Género Masculino	221	49%
Frente al Género Femenino	18	4%
No siente incomodidad	169	38%
No Responde	42	9%
Total	450	100%

Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso

Comentario: El 49% de los encuestados señala que siente incomodidad frente al género masculino.

Tabla N° 29. Distribución de la población en estudio según locomoción de acceso al consultorio. Año 2012 (n=450)

Locomoción	Encuestados	Porcentaje
Colectivos	155	35%
Micros	230	51%
Buses de acercamiento	10	2%
Taxi	10	2%
No Responde	45	10%
Total	450	100%

Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso

Comentario: El 51% de los encuestados tiene por expectativa la locomoción colectiva de micros como movilización de acercamiento al consultorio correspondiente.

Tabla N° 31. Distribución de la población en estudio según expectativas para conseguir una hora en el consultorio. Año 2012 (n=450)

Hora	Si	No	Total	Porcentaje
Tramitación apropiada	103	347	450	100%
Proceso expedito	84	366	450	100%
Filas cortas/Sin filas	219	231	450	100%
Toma de hora vía internet	109	341	450	100%
Toma de hora en un lugar solo para adolescentes	150	300	450	100%

Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 33% de los adolescentes presenta como expectativa de la atención en salud que haya filas cortas o no hayan filas para poder acceder a una hora.

Tabla N° 32. Distribución de la población en estudio según igualdad de acceso adulto/adolescente. Año 2012 (n=450)

Igualdad Acceso	Si	No	No Responde	Total
Frecuencia	203	172	75	450
Porcentaje	45%	38%	17%	100%

Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 45% de los adolescentes señala que el acceso del adolescente en comparación con el adulto, al sistema de salud, es equitativo, contra un 38% que señala que el acceso no es igualitario.

Tabla N° 35. Distribución de la población en estudio según expectativas del adolescente frente al profesional. Año 2012 (n=450)

Expectativa	Encuestados	Porcentaje
Escucha activa	94	21%
Contacto visual	8	2%
Demostración de interés	169	38%
Lenguaje adecuado	83	18%
No Responde	96	21%
Total	450	100%

Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 38% de los adolescentes señala que su mayor expectativa por parte del profesional es la demostración de interés frente a sus inquietudes o a su problema de salud.

Tabla N° 37. Distribución de la población en estudio según presencia de señalética en el consultorio. Año 2012 (n=450)

Señal ética	Si	No	No Responde	Total
Frecuencia	328	87	35	450
Porcentaje	73%	19%	8%	100%

Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 73% de los encuestados señala como expectativa que el consultorio sí debería poseer señaléticas para una mejor ubicación.

Tabla N° 38. Distribución de la población en estudio según tipo de señalética en el consultorio. Año 2012 (n=450)

Preferencia	Encuestados	Porcentaje
Letreros	168	37%
Símbolos	42	9%
Líneas	17	4%
Personal orientador	103	23%
No Responde	120	27%
Total	450	100%

Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 37% de los encuestados preferiría los letreros como señalética en el consultorio para mejor ubicación dentro de éste.

Tabla N° 39. Distribución de la población en estudio según elementos necesarios para la privacidad durante la atención. Año 2012 (n=450)

Privacidad	Si	%	No	%	No Responde	%
Biombos	66	15%	381	84%	3	1%
Baños dentro del box	135	30%	312	69%	3	1%
Cortinaje	145	32%	302	67%	3	1%
Aislamiento acústico	87	19%	360	80%	3	1%
Sin interrupciones	211	47%	236	52%	3	1%
Sin presencia de terceras personas	258	57%	189	42%	3	1%

Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: Los adolescentes señalan como fundamental dentro de las expectativas en privacidad que no hayan terceras personas durante la atención (57%) , es decir, que sólo estén presentes el usuario y el profesional.

Tabla N° 40. Distribución de la población en estudio según expectativas en cuanto a la higiene en el box. Año 2012 (n=450)

Higiene	Encuestados	Porcentaje
Buen aroma en el ambiente	57	13%
Murallas y pisos limpios	55	12%
Baños limpios	56	12%
Insumos necesarios para mantención de higiene	148	33%
No Responde	134	30%
Total	450	100%

Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: Un 33% de los encuestados señala que según las expectativas de higiene lo más importante es que el consultorio posea los insumos necesarios para la mantención de la limpieza, frente a un 30% que es la segunda mayoría, quienes no respondieron a esta pregunta.

Tabla N° 41. Distribución de la población en estudio según razón por la cual el adolescente no asiste al control. Año 2012 (n=450)

Inasistencia	Encuestados	Porcentaje
Diferentes Causas que tienen relación con el profesional y el Consultorio	71	16%
Sin Interés	125	28%
Sin necesidad de controles	123	27%
Sin Información del Consultorio	45	10%
No Responde	86	19%
Total	450	100%

Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 28% de los adolescentes señala no asistir a los controles por no tener interés, mientras que el 27% señala no asistir por no necesitar los controles.

Tabla N° 42. Distribución de la población en estudio según influencia del trato del profesional en la inasistencia al control. Año 2012 (n=71)

Influencia Trato Profesional	Si	%	No	%	No Responde
Incomprensión	23	32%	47	68%	1
Poca empatía	32	45%	38	55%	1
Mal trato	7	10%	63	90%	1
Indiferencia	11	15%	59	85%	1

Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 45% de los encuestados señala que la poca empatía por parte del profesional genera una distanciamiento y con ello la inasistencia a los controles en el sistema sanitario.

Tabla N° 47. Distribución de la población en estudio según influencia de la ubicación del consultorio en la inasistencia a control. Año 2012 (n=71)

Ubicación	Si	%	No	%
Alrededores peligrosos	18	25%	53	75%
Lejano al hogar	29	41%	42	59%
Mala locomoción	10	14%	61	86%

Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 86% señala que la mala locomoción no influye en su inasistencia, mientras que el 75% señala que los alrededores peligrosos tampoco son un motivo de inasistencia. En tanto, un 59% señala que el hecho de que el consultorio esté lejano a su hogar no es un obstáculo para asistir a control con el profesional.

Tabla N° 48. Distribución de la Población en estudio según Nivel Socioeconómico. Año 2012 (n=450)

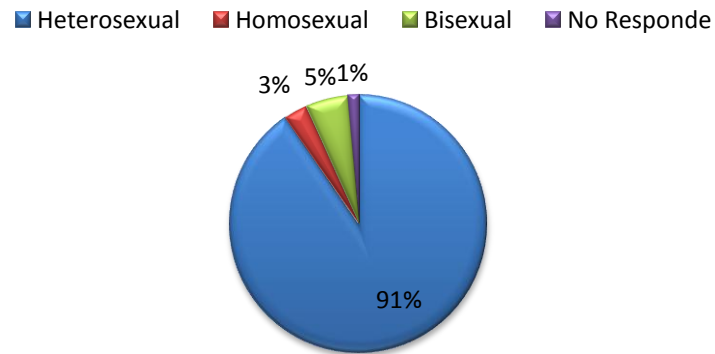
Nivel socioeconómico	Frecuencia	%
ABC1	42	9,3
C2	89	19,8
C3	90	20
D	19	4,2
E	4	0,9
No sabe datos para completar variable	206	45,8
Total	450	100

Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: Siendo que el 46% de la población de estudio no maneja ciertos datos para completar la variable de nivel socioeconómico, la mayoría de los encuestados se encuentran distribuidos en el grupo C2 con un 20% y C3 con un 20%.

GRÁFICOS

**Gráfico III. Distribución de la población en estudio según orientación sexual. Año 2012.
(n=450)**

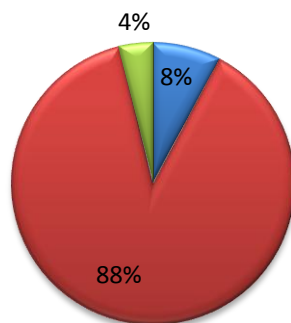


Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 91% de los encuestados señala ser heterosexual, el 3% señaló ser homosexual, 5% bisexual y el 1% no responde.

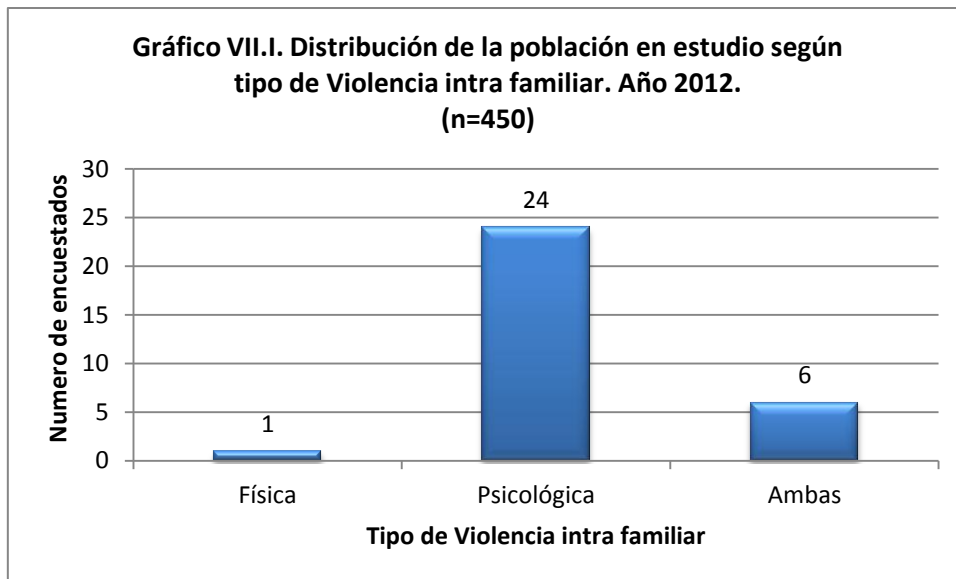
Gráfico V. Distribución de la población en estudio según actividad remunerada. Año 2012 (n=450)

■ Si ■ No ■ No Responde



Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

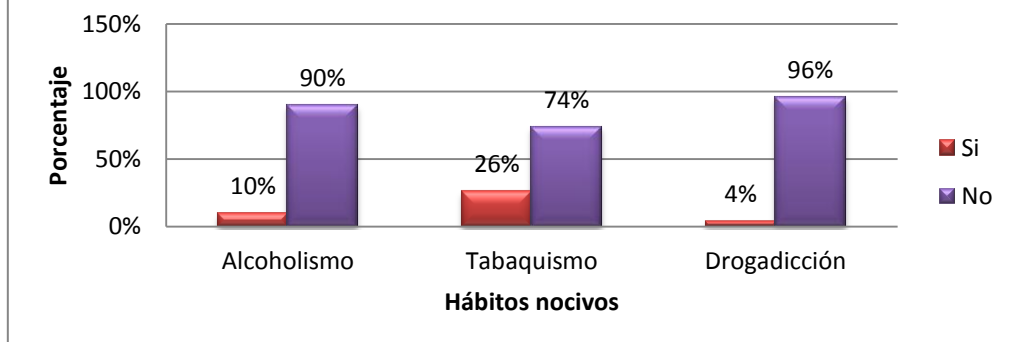
Comentario: El 88% de los encuestados refiere no trabajar de forma remunerada.



Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

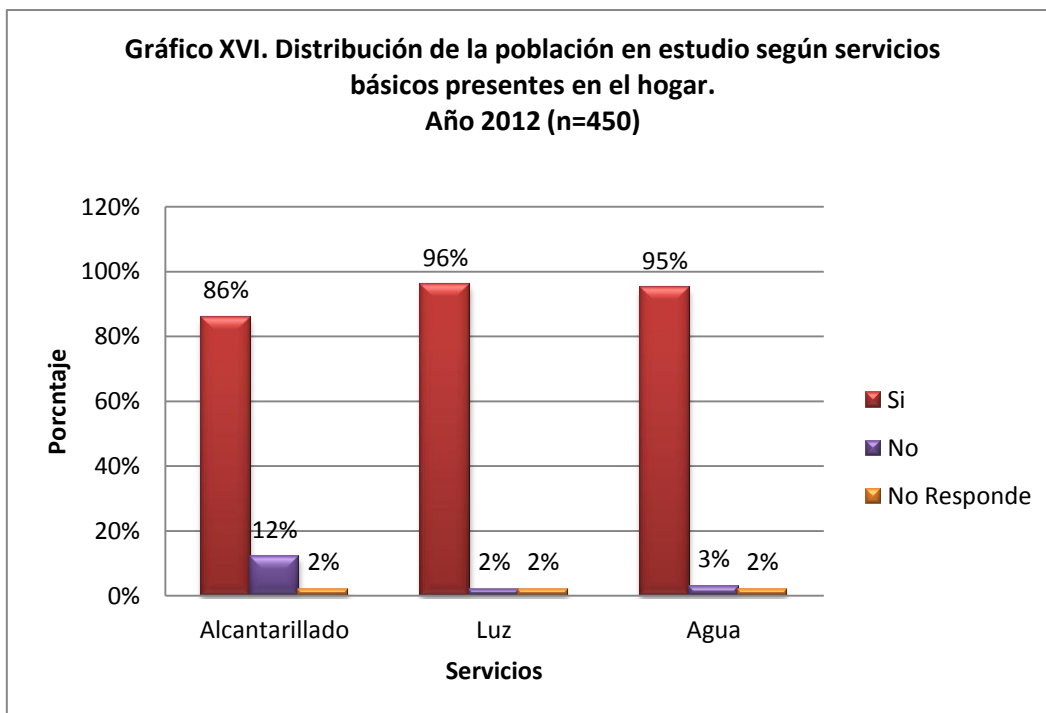
Comentario: De los adolescentes que señalan sufrir VIF en el hogar, el 78% sufre violencia psicológica, 19% señala sufrir ambos tipos de violencia y el 3% señala sufrir violencia física.

Gráfico XIII.
Distribución de la población en estudio
según hábitos nocivos.
Año 2012 (n=450)



Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

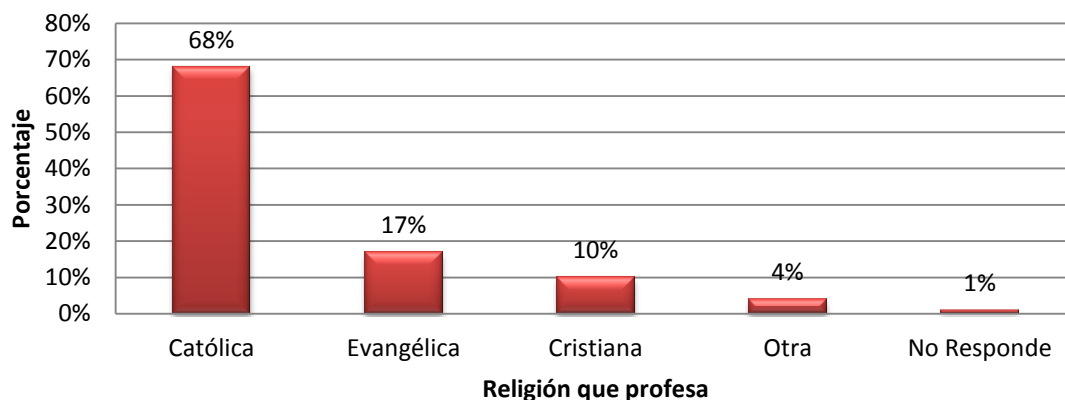
Comentario: El 96% de los encuestados refiere que no hay actividades de drogadicción en sus familias



Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 96% de los encuestados posee luz eléctrica en su hogar, el 95% servicio de agua potable y el 86% alcantarillado. De los que no lo presentan, el alcantarillado es el servicio básico más carente en la vivienda (12%).

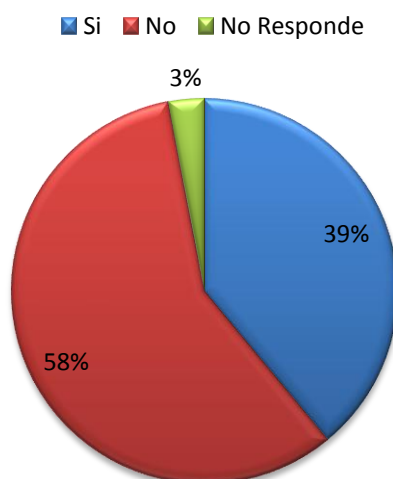
Gráfico XIX.I. Distribución de la población en estudio según religión que profesa. Año 2012 (n=306)



Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 68% de los encuestados que señaló sí profesar una religión, profesa la religión católica.

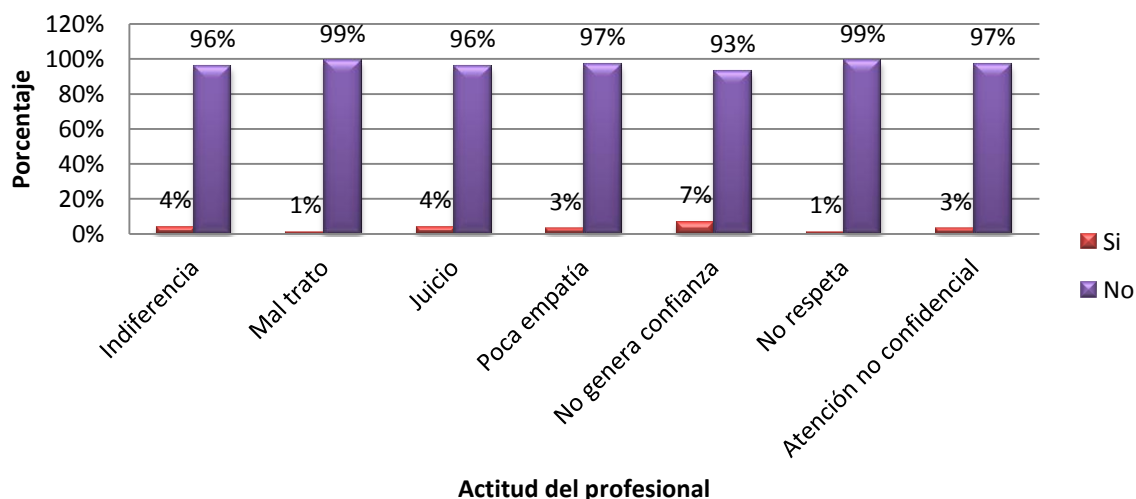
**Gráfico XXII. Distribución de la población en estudio según sentimiento de pudor o vergüenza frente al profesional. Año 2012.
(n=450)**



Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 58% de los adolescentes refiere no sentir pudor o vergüenza al asistir a los controles de salud sexual y reproductiva con el profesional matrócn (a).

**Gráfico XXV. Distribución de la población en estudio según actitud del profesional frente a la atención. Año 2012.
(n=450)**

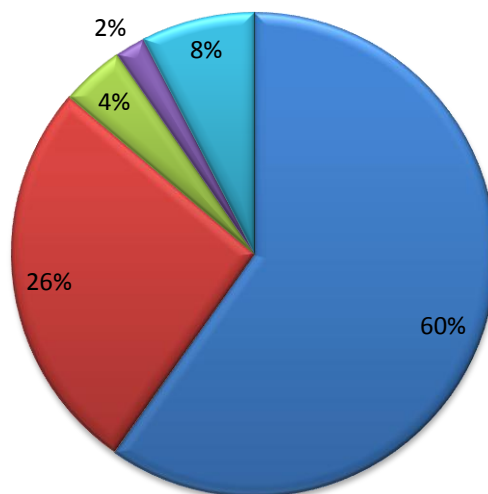


Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: De los encuestados, sobre el 93% refiere que la actitud del profesional no influyó en su inasistencia a los controles posteriores. La actitud del profesional que generó mayor inasistencia fue que éste no generó una relación de confianza (7%)

**Gráfico XXVIII. Distribución de la población en estudio según expectativas de tiempo de espera para la atención. Año 2012.
(n=450)**

■ 0-15 ■ 15-30 ■ 30-45 ■ 45-60 ■ No Responde

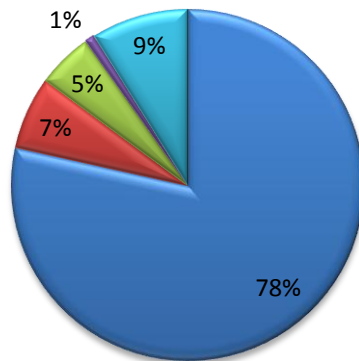


Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 60% de los encuestados señala que el tiempo de espera ideal para la atención sería entre 0 y 15 minutos.

Gráfico XXX. Distribución de la población en estudio según ubicación del consultorio. Año 2012 (n=450)

- Cerca del hogar
- Lejos del hogar
- Cerca del establecimiento educacional
- Lejos del establecimiento educacional
- No Responde

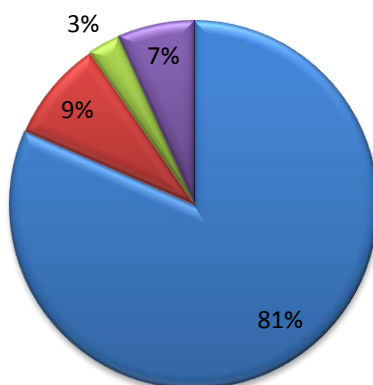


Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 78% de los encuestados señala como expectativa, que el consultorio se encontrara cercano al hogar.

**Gráfico XXXIII. Distribución de la población en estudio según carácter de la información entregada al profesional.
Año 2012 (n=450)**

■ Confidencial ■ Compartida con el equipo de salud ■ Pública ■ No Responde

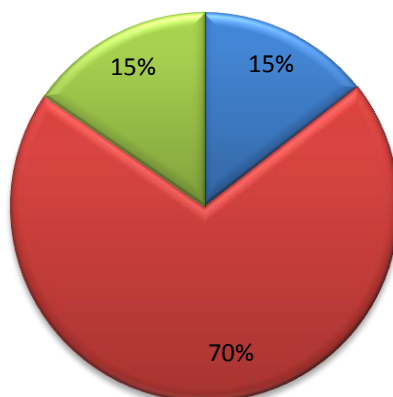


Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 81% de los encuestados, señala que la información entregada al profesional matró/a debe ser confidencial estrictamente y lo que se hable dentro del box no sea comentado a ningún otro profesional de no ser necesario.

Gráfico XXXIV. Distribución de la población en estudio según expectativas de trato del profesional frente a diversidades sexuales. Año 2012 (n=450)

■ Indiferente ■ Orientador ■ No Responde

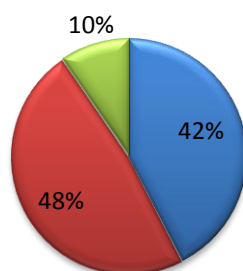


Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: 70% de los encuestados refieren que el trato a las diversidades sexuales debe ser de carácter orientador, no emitiendo juicios y velando primeramente por la salud del adolescente.

**Gráfico XXXVI. Distribución de la población en estudio según tipo de relación profesional/usuario. Año 2012.
(n=450)**

■ Relación de pares ■ Relación asimétrica ■ No Responde

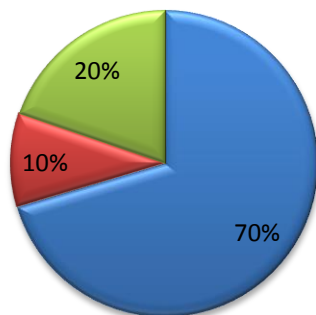


Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 48% de los encuestados tienen como expectativa que la relación profesional/usuario sea de carácter asimétrica, dejando bien delimitados los roles.

Gráfico XLIII. Distribución de la población en estudio según influencia del género del profesional. Año 2012 (n=71)

■ Incomodidad con el sexo opuesto ■ Incomodidad con el mismo sexo ■ No Responde

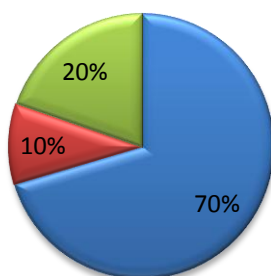


Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 70% de los encuestados señala tener incomodidad de atenderse con un profesional del sexo opuesto.

Gráfico XLIV. Distribución de la población en estudio según influencia del tiempo de espera de la atención en la inasistencia. Año 2012 (n=71)

■ Tiempo de espera extenso ■ Lista de espera extensa ■ No Responde

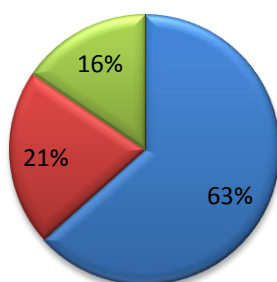


Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: Un 70% de los encuestados señala que la principal causa en relación al tiempo son las largas esperas previas a la atención con el profesional en el consultorio.

Gráfico XLV. Distribución de la población en estudio según influencia de la forma de obtener la hora en la inasistencia al control. Año 2012 (n=71)

■ Tramitación excesiva ■ Tiempo de espera para conseguir la hora ■ No Responde

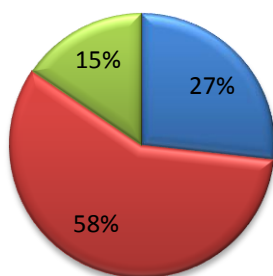


Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: Un 63% de los encuestados señala que la principal causa en relación a la forma de obtener la hora en el consultorio es la excesiva tramitación previa a la atención por el profesional.

Gráfico XLVI. Distribución de la población en estudio según influencia del horario de atención del consultorio en la inasistencia. Año 2012 (n=71)

- Horario del consultorio choca con horario escolar
- Horario del consultorio choca con otras actividades
- No Responde



Fuente: Colegios municipales y particulares subvencionados de la comuna de Valparaíso.

Comentario: El 58% señala que el choque de horarios de la jornada escolar con el horario de atención del consultorio impide su asistencia a los controles con el profesional matróon (a).