

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES

ESCUELA DE POSGRADO

DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD



**Factores asociados a la demanda de servicios de atención
diferenciada en adolescentes escolarizados - área urbana del
Cantón Cuenca, Ecuador 2014**

TESIS

**Para optar por el grado académico de Doctora en Ciencias de la
Salud**

Autora: Edith Del Carmen Villamagua Jimenez

Tumbes, 2023

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES

ESCUELA DE POSGRADO

DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD



Factores asociados a la demanda de servicios de atención diferenciada en adolescentes escolarizados - área urbana del Cantón Cuenca, Ecuador 2014

Tesis aprobada en forma y estilo por:

Dr. Puño Lecarnaque Napoleón (Presidente)

Dr. Jesús Merino Velásquez (Secretario)

Dr. Víctor Benjamín Carril Fernández (Miembro)

Dra. Yrene Esperanza Urbina Rojas (Miembro)

Dr. Miguel Antonio Puestas Chully (Miembro)

Tumbes, 2023

UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES

ESCUELA DE POSGRADO

DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD



**Factores asociados a la demanda de servicios de atención
diferenciada en adolescentes escolarizados - área urbana del
Cantón Cuenca, Ecuador 2014**

**Los suscritos declaramos que la tesis es original en su contenido
y forma:**

Mg. Edith Del Carmen Villamagua Jimenez (Ejecutora)

Dra. Amarilis Calle Caceres (Asesora)

<https://orcid.org/0000-0002-6702-8572>

Tumbes, 2023

Acta de sustentación



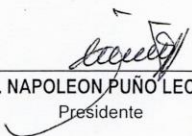
UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES ESCUELA DE POSGRADO ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS


En Tumbes, a los veinte días del mes de setiembre del año dos mil dieciséis, a las Once horas, en Sala de Reunión Escuela Posgrado, se reunieron los miembros del jurado designados con Resolución Directoral N° 0117-2016/UNT-EPG-D; Dr. NAPOLEON PUÑO LECARNAQUE - Presidente; Dr. JESUS MERINO VELASQUEZ Secretario; Dr. VICTOR BENJAMIN CARRIL FERNANDEZ, Dra. YRENE ESPERANZA URBINA ROJAS y Dr. MIGUEL ANTONIO PUESCAS CHULLY – Miembros; y con Resolución Directoral N° 0145-2016/UNT-EPG-D se fijó la fecha de sustentación y defensa de la tesis doctoral: **Factores asociados a la demanda de servicios de atención diferenciada en adolescentes escolarizados - área urbana del Cantón Cuenca, Ecuador 2014**, presentada por la egresada del Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud Mg. EDITH DEL CARMEN VILLAMAGUA JIMENEZ, asesorada por la Dra. AMARILIS CALLE CACERES.

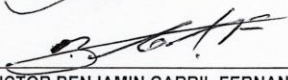
Concluida la exposición y sustentación, absueltas las preguntas y efectuadas las observaciones, lo declaran: Aprobado - Sobresaliente, dando cumplimiento al Art. 29° del Reglamento de Investigación con fines de Graduación en la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Tumbes.

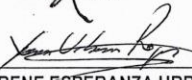
Siendo las 12:15 horas, se dio por concluido el acto académico, y dando conformidad se procedió a firmar la presente acta en presencia del público.

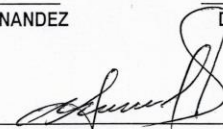
Tumbes, 20 de setiembre de 2016.


Dr. NAPOLEON PUÑO LECARNAQUE
Presidente


Dr. JESUS MERINO VELASQUEZ
Secretaria


Dr. VICTOR BENJAMIN CARRIL FERNANDEZ
Miembro


Dra. YRENE ESPERANZA URBINA ROJAS
Miembro


Dr. MIGUEL ANTONIO PUESCAS CHULLY
Miembro

C.c. Jurado de Proyecto de Tesis (5), Asesor (1), sustentante (1), UI (2)

**Resumen de informe de originalidad de
Turnitin**

**Factores asociados a la
demanda de servicios de
atención diferenciada en
adolescentes escolarizados -
área urbana del Cantón
Cuenca, Ecuador 2014**

por **Edith Del Carmen Villamagua Jimenez**

Fecha de entrega: **12-abr-2023 09:52a.m. (UTC-0500)**

Identificador de la entrega: **2062566448**

Nombre del archivo: **Tesis_Edith_Del_Carmen_Villamagua_Jimenez-2.doc (7.25M)**

Total de palabras: **14181**

Total de caracteres: **79264**



Factores asociados a la demanda de servicios de atención diferenciada en adolescentes escolarizados - área urbana del Cantón Cuenca, Ecuador 2014



INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	recimundo.com Fuente de Internet	12%
2	www.recimundo.com Fuente de Internet	1%
3	repositorio.untumbes.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	Beatriz Andrea del Pilar Niño, Sandra Patricia Ortiz Rodríguez, Sonia Solano Aguilar, Claudia Mercedes Amaya et al. "Concepciones del embarazo en adolescentes gestantes de la ciudad de Bucaramanga", Revista CUIDARTE, 2017 Publicación	1%
5	Submitted to Universidad Nacional de Tumbes Trabajo del estudiante	<1%
6	salutsexual.sidastudi.org Fuente de Internet	<1%

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 15 words

Excluir bibliografía

Activo

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Juan Carlos".

ÍNDICE GENERAL

	Página
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT.....	xii
SUMÁRIO.....	xiv
CAPITULO I	15
1. INTRODUCCIÓN	15
CAPITULO II	20
2. MARCO DE REFERENCIA DEL PROBLEMA	20
2.1 Antecedentes.....	20
2.2 Bases teóricas-científicas	25
2.3 Definición de términos	30
2.4 Hipótesis.....	33
2.5 Objetivos	33
CAPITULO III	34
3. MARCO METODOLÓGICO	34
3.1. Localidad y periodo de ejecución.....	34
3.2. Tipo y diseño de la investigación.....	34
3.3. Población, muestra y muestreo	35
3.3.1. Muestra.....	35
3.4. Instrumento de recolección de datos.....	36
3.5. Procedimientos para la recolección de datos.....	37
3.6. Principios éticos.....	37
3.7. Procesamiento, Tabulación y Análisis Estadístico de los datos.....	38
CAPITULO IV.....	39
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	39
4.1. RESULTADOS.....	39

4.2. DISCUSION.....	44
CAPITULO V.....	52
5. CONCLUSIONES.....	52
CAPITULO VI.....	53
6. RECOMENDACIONES.....	53
CAPITULO VII.....	54
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
CAPITULO VIII.....	59
8. ANEXOS.....	59

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Distribución numérica y porcentual de las características sociodemográficas de los adolescentes escolarizados del área urbana .Cuenca, Ecuador 2014.....	39
Tabla 2: Distribución numérica y porcentual de la demanda de atención en servicios de atención diferenciada según accesibilidad. Adolescentes de Cuenca Ecuador 2014.....	40
Tabla 3: Distribución numérica y porcentual de la Demanda de atención diferenciada según tipo de servicios, tipo de atención y diagnóstico médico. Cuenca-Ecuador, 2014	41
Tabla 4: Demanda de servicios de atención diferenciada de adolescentes escolarizados y factores sociodemográficos asociados. Cuenca-Ecuador, 2014.	42
Tabla 5: Demanda de servicios de atención diferenciada de adolescentes escolarizados y factores sociodemográficos con asociación estadísticamente significativa.	43

INDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Encuesta para determinar los factores asociados a la demanda de servicios de atención diferenciada en adolescentes escolarizados. Área urbana del Cantón Cuenca, 2014.....	59
Anexo 2: Carta de solicitud institucional para autorizar el estudio.....	64
Anexo 3: Consentimiento Informado	65
Anexo 4: Consentimiento informado	66
Anexo 5: Operacionalización de las variables	67
Anexo 6: Lógica esencial del programa de promoción de la demanda por atención diferenciada de los adolescentes escolarizados - área urbana del cantón Cuenca, Ecuador.	69

RESUMEN

El presente estudio de tipo descriptivo con enfoque metodológico cuantitativo, se realizó en una muestra representativa de 427 adolescentes escolarizados urbanos del cantón Cuenca- Ecuador, teniendo como objetivo; Determinar los factores asociados a la demanda de servicios de atención diferenciada en adolescentes mediante la aplicación de una encuesta diseñada en función de los objetivos de investigación y validada a través de una prueba piloto y el juicio de expertos. Los datos obtenidos han permitido determinar que del total de adolescentes encuestados sólo el 48.2% demandaron los servicios de atención diferenciada a diferencia del 51.8% que no lo hicieron. La edad entre 10 a 14 años, el sexo masculino, procedencia rural, familia más de 4 miembros, etnia no mestiza y el no tener religión son sugerentes de una leve asociación con la demanda de atención diferenciada pese a no haberse demostrado asociación estadísticamente significativa a excepción del nivel de escolaridad primaria cuya asociación fue estadísticamente significativa (0.006). La demanda de atención fue más frecuente con la limitada accesibilidad geográfica, institucional, económica y cultural; las dificultades de la accesibilidad económica e institucional ($P < 0,001$) y el tipo de servicio extramural ($P = 0.022$) tuvieron asociación estadísticamente significativa.

Palabras clave: adolescente, servicios preventivos de salud, accesibilidad a los servicios de salud

ABSTRACT

A descriptive cross study with a quantitative approach was carried out on a representative sample of 427 school adolescents from the urban area of canton Cuenca, Ecuador. The objective was to determine factors associated to the demand of differentiated attention services through the application of a survey designed according to the research objectives and validated through a proof and the judgment of experts. The obtained data have allowed determining that of the total of adolescents polled only 48, 2 % required differentiated services attention in opposition to 51, 8 % who did not. Ages between 10 and 14 years, masculine sex, rural procedence, family more than 4 members, non-mestizo racial ancestry and not having a religion are suggestive of a light association with the request of special needs in spite of not having demonstrated statistically significant association with the exception of the level of primary scholarship whose association was statistically significant (0,006). The demand for care was more frequent with the limited geographic, institutional, economic and cultural accessibility; the difficulties of economic and institutional accessibility ($P < 0,001$) and extramural type of service ($P = 0.022$) had statistically significant association.

Keywords: Adolescent, health preventive services, accessibility to health services

SUMÁRIO

Este estudo descritivo transversal com abordagem metodológica quantitativa em uma amostra representativa de 427 adolescentes Canton urbana escola Cuenca-Ecuador, foi criado como um objetivo; Para determinar os fatores associados à demanda por serviços diferenciados pela aplicação de um inquérito concebido de acordo com os objetivos da pesquisa e validado através de um teste de julgamento piloto e perito. Os dados obtidos demonstraram que o total dos adolescentes pesquisados única 48,2% afirmaram serviços de cuidados diferenciados ao contrário do 51,8% que não o fez. A idade entre 10 a 14 anos, sexo masculino, de origem rural, família mais de 4 membros, a etnia não mestiça e nenhuma religião são sugestivos de uma ligeira associação com a demanda por serviços diferenciados apesar de ter demonstrado associação estatisticamente significativa exceção hierarquização escola primária cuja associação foi estatisticamente significativa (0,006). A procura de cuidados foi mais frequente com a acessibilidade geográfica, institucional, económico e cultural limitada; as dificuldades de acessibilidade económica e institucional ($P < 0,001$) e tipo extramuros do serviço ($P = 0.022$) teve associação estatisticamente significativa.

Palavras-chave: serviços de saúde preventiva adolescentes, o acesso aos serviços de saúde

CAPITULO I

1. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años ⁽¹⁾. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios. Sociológicamente, se trata de un grupo humano que está atravesando por un período de transición que media entre la niñez dependiente y la edad adulta y autónoma.

Psicológicamente los adolescentes, vienen afrontando una etapa crucial del ciclo vital, en el cual como seres biológicos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzando su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en su crecimiento previo, recuperando para sí las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propio ⁽²⁾.

Madrid⁽³⁾. Concluye:

Dada la vulnerabilidad de este importante grupo humano, la atención de sus necesidades de salud, y de su salud reproductiva en particular es una prioridad, a través de una aproximación específica, especializada y de acceso a los servicios de salud. En ese contexto, la Organización Mundial de la Salud entre sus estrategias en Salud Sexual y Reproductiva (SSR) (2001) establece que para asegurar el fácil acceso de los jóvenes a los servicios de SSR, se creen servicios especiales. Por cada 100.000 jóvenes debe existir, al menos, un servicio amigable que debe ser

confidencial, gratuito (o de precio reducido), y en los que no se requiera consentimiento paterno o materno

Madrid⁽⁴⁾. Reflexiones a propósito de la atención a adolescentes y jóvenes en salud sexual y reproductiva desde un servicio municipal de salud. Estudios de Juventud concluyen:

Estos servicios públicos de atención primaria reúnen varios de los criterios para ser considerados "amigables para adolescentes", como: el que son gratuitos, geográficamente cercanos y se basan en lineamientos y políticas enfocadas en los derechos de los adolescentes. Otro de los aspectos a mantenerse en estos servicios es la confidencialidad que es un factor importante en la atención de los adolescentes, determinante especialmente en aquellos que necesitan cuidados en salud mental y en salud sexual y reproductiva. La importancia de este elemento en la consulta, radica en que es ampliamente conocido que la duda sobre el resguardo de la confidencialidad limita el acceso al cuidado de salud de los adolescentes más vulnerables y que requieren servicios, especialmente de mujeres con necesidades en el área de la salud sexual y reproductiva.

Girard ⁽⁵⁾. Adolescencia y atención de la salud. Atención integral de adolescentes y jóvenes. Una propuesta con énfasis en la Atención Primaria de la Salud. Sostiene:

Los servicios diferenciados implementados disponen además de personal interdisciplinario debidamente capacitado para la atención de adolescentes, con recursos materiales, de espacio y de tiempo así mismo con horarios propios de funcionamiento distintos de los utilizados en otras edades ⁽⁵⁾.

En Ecuador, país que convoca particular interés de la autora, a partir del año 1988, se inicia una etapa histórica con la apertura del Servicio para

Atención Integral para Adolescentes del Hospital Gineco-obstétrico Isidro Ayora de Quito. En el 2005 así mismo, surge el Plan Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva y a partir de 2007, empieza el Plan Andino y el Plan Nacional de Prevención del Embarazo en Adolescentes, En esta misma dirección el Ministerio de Salud Pública del Ecuador promueve la implementación de servicios diferenciados para la atención integral de adolescentes en unidades de primer nivel y en hospitales básicos para la atención integral de adolescentes.

A lo anterior se suma que en La Constitución de la República del Ecuador, específicamente en el artículo 32, se establece que se garantiza el derecho a la salud como fundamental en el desarrollo. Reconoce entre otros aspectos esenciales el desarrollo de las personas y la construcción de una ciudadanía basada en principios de dignidad, no discriminación, igualdad, gratuidad y universalidad de los servicios Arts. 10 y 11 ⁽⁶⁾.

Por otra parte el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) se ha planteado como objetivos: fortalecer la implementación de la atención integral para adolescentes, con servicios diferenciados según sus necesidades y expectativas, garantizando la privacidad y confidencialidad de los servicios, con énfasis en la prevención y promoción de la salud y mejorar la cobertura de los servicios y el acceso de adolescentes a los mismos, eliminando las barreras de acceso socioeconómicas, culturales, institucionales, geográficas⁽⁷⁾.

Pese a todo el esfuerzo desplegado y la oferta de servicios de atención diferenciada, se pudo apreciar en la práctica profesional específicamente en los servicios de atención diferenciada, limitada demanda de atención por parte de los adolescentes, reflejándose en los indicadores de salud preocupantes como: incremento de embarazo adolescente e infecciones de transmisión sexual, al parecer asociados a diversos factores determinantes ⁽⁸⁾. Lo descrito, reflejo de una verdadera **situación problemática**, convocó la reflexión e interés de la autora por abordar el tema a través del proceso de investigación científica, habiéndose formulado como **problema de investigación**, la siguiente interrogante: ¿Cuáles

son los factores asociados a la demanda de servicios de atención diferenciada de los adolescentes escolarizados en el área urbana del Cantón Cuenca, Ecuador en 2014?, habiéndose formulado como **objetivo general**; Determinar los factores asociados a la demanda de servicios de atención diferenciada en adolescentes escolarizados en el área urbana del cantón Cuenca Ecuador en el año 2014 y como **objetivos específicos**;1) Identificar los factores sociodemográficos, factores de la accesibilidad, factores según servicio, tipo de atención: y diagnóstico médico y finalmente establecer la asociación entre demanda de servicios y factores asociados.

El estudio planteado, cuyo abordaje es relevante, por tratarse de un tema de actualidad que ocupa la agenda de organismos sanitarios nacionales e Internacionales y que se inserta asimismo dentro de los Objetivos del Milenio y las políticas de salud del Ecuador, orientado a la defensa de los derechos sexuales y reproductivos (2005), cuyos fundamentos estratégicos son eliminar barreras: legales, reglamentarias y sociales para tener acceso universal a la salud en general y a la salud sexual y salud reproductiva ⁽⁷⁾.

Los resultados de la investigación han contribuido a incrementar el bagaje de conocimientos sobre el comportamiento de la variable de estudio en nuestra propia realidad, siendo éste, el valor teórico de la investigación científica. A partir de ello se han planteado recomendaciones que servirán como un referente importante a quienes se encuentran involucrados en el quehacer de la salud sexual y reproductiva, para delinear estrategias de trabajo preventivo promocional, siendo éste el valor práctico de la investigación. Los directamente beneficiarios serán los adolescentes. Por otra parte, el abordaje metodológico permitirá contar con un valioso instrumento a quienes deseen continuar en esta línea de investigación. A continuación se presenta el capítulo 2 referido al marco teórico, cuyos antecedentes y teorías permitieron derivar en interpretaciones originales, seguido del capítulo 3 referido al marco metodológico a través del cual se describen los pasos seguidos en el proceso de investigación científica, el capítulo 4 en el cual se presentan los resultados, análisis, el capítulo 5

corresponde a la discusión para finalmente arribar a las conclusiones y recomendaciones en el capítulo 6 y 7 respectivamente.

CAPITULO II

2. MARCO DE REFERENCIA DEL PROBLEMA

2.1. Antecedentes

Sobre el tema que convocó la presente investigación, se ha realizado importante acopio de diversos reportes tanto del ámbito internacional, nacional, regional y local, los mismos que debidamente analizados y sistematizados se han constituido en referentes importantes para dar sustento al estudio derivando en aportes originales. En el ámbito internacional en los países hispanoamericanos se cuenta con una serie de artículos científicos publicados por la revista Lancet en el año 2007 acerca de los servicios de atención primaria para adolescentes. En estas publicaciones se destacan las diversas barreras que enfrentan los y las adolescentes en todo el mundo para acceder a los servicios de atención primaria: falta de servicios cercanos, costos, servicios inconvenientes (horarios inconvenientes) y falta de conocimiento sobre la disponibilidad de los servicios.

Incluso se plantea pese a la existencia de los servicios y la accesibilidad de los mismos que muchos adolescentes enfrentan barreras como la vergüenza por acceder a los servicios (por miedo de revelar que se mantienen relaciones sexuales a temprana edad o por incomodidad de hablar sobre temas de sexualidad), la percepción de ser invulnerables (“a mí no me va a pasar”), el temor de ser reconocidas-os en la sala de espera, temor a que los proveedores les hagan preguntas difíciles, que los juzguen o maltraten por tener relaciones sexuales o que les hagan procedimientos poco agradables, como por ejemplo un examen pélvico o frotis uretral ⁽⁹⁾.

Sobre el mismo particular, Senderowitz Judith, a partir de una investigación realizada con The Futures Group Internacional y la Universidad de Tolane en el año 1999, determinaron algunas barreras operacionales como: horario inconveniente de atención, escasez de medios de transporte, altos costos del servicio, escasez de información. Otras barreras adicionales fueron el poco conocimiento sobre los servicios disponibles y su ubicación, sentimiento de incomodidad, creencia que los servicios no estaban dirigidos a ellos, preocupación por que el personal podría ser hostil y prejuicioso, miedo a los procedimientos médicos y métodos anticonceptivos, incluyendo los efectos colaterales, vergüenza por necesitar o desear servicios de salud, vergüenza, especialmente si la visita se da a consecuencia de coerción o abuso ⁽¹⁰⁾.

En Brasil son escasos los estudios sobre la utilización de los servicios de atención primaria para adolescentes. No obstante, se reconoce en la literatura mundial, que los jóvenes casi no buscan estos servicios .Por otro lado, se verifica que raramente buscan los servicios asistenciales y cuando lo hacen suele ser principalmente en situaciones de emergencia existiendo por tanto poca oportunidad para acciones preventivas. Esto es preocupante, pues los varones suelen estar a menudo bajo riesgo de morbilidad y mortalidad, principalmente por lesiones, homicidios, suicidios, enfermedades sexualmente transmisibles y abuso de sustancias ⁽¹¹⁾.

Alcántara y Ortiz en una investigación sobre la accesibilidad a los servicios de salud sexual y reproductiva realizado en el Perú en el año 2002 encontraron que los usuarios evitaban buscar los servicios clínicos por las actitudes negativas del personal. Otro estudio, de un programa de mercadeo social de Botswana, reveló que las adolescentes temían la actitud de los proveedores al pedir condones en clínicas, farmacias y tiendas. Además señalaron que había grupos poblacionales que eran mayormente discriminados en la prestación de servicios de salud sexual, entre ellos estaban los adolescentes y las mujeres rurales, especialmente

los que pertenecían a algunos grupos étnicos que eran numerosos en los países andinos ⁽¹²⁾.

El UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas) en el año 2003, en encuestas efectuadas a alumnos secundarios de Massachusetts, expresaron que un 25% no concurriría a los servicios de salud si no existiese confidencialidad ⁽¹⁴⁾.

Madrid y Antona en el año 2005^(3,15), en un estudio “Reflexiones a propósito de la atención a adolescentes y jóvenes en salud sexual y reproductiva” dirigido a 659 adolescentes de 14 a 19 años, en relación a las barreras existentes, visualizaron: el no ser atendido por una persona concreta, demasiada burocracia, horarios no compatibles. Un segundo grupo de barreras tuvo que ver con el ambiente que rodea la atención prestada: la no existencia de materiales y espacios de espera y la necesaria formación del personal del programa en la relación con los adolescentes. Un tercer tipo de barreras apareció cuando no se gestionaban adecuadamente las demandas urgentes que realizaban el o la adolescente.

En una investigación realizada por Kornblit y et, al en el año 2005 sobre representaciones de participación en el campo de la salud, los/as usuarios/as adolescentes, no logran entablar una buena relación con los médicos pero a pesar de ello consideran útiles los servicios de salud. A medida que crecen y en especial los varones, se va produciendo un distanciamiento del sistema de salud y se reemplaza el acceso planificado para control, por el uso del sistema solamente ante la urgencia. Se encontró que la mayoría de los adolescentes desconoce la existencia de los servicios especializados para adolescentes del sistema público de salud.

En general, los adolescentes no acceden espontáneamente a los servicios, sino que son derivados por otros programas o servicios, o también acceden por la preocupación de la madre frente a situaciones de los adolescentes de tipo orgánico. Son más frecuentes las consultas de las mujeres

adolescentes que las de los varones, aunque siempre asisten acompañadas por su madre o responsable adulto ⁽¹⁶⁾.

Es importante que los adolescentes asistan a los servicios de salud pues a esa edad es más fácil atacar los riesgos y estilos de vida nocivos para su salud. Los adolescentes constituyen un grupo poblacional de especial interés para la salud pública por ser un blanco indispensable de los programas preventivos porque no acuden de manera regular a las unidades médicas y limitan el contacto con los servicios de salud y porque su perfil de salud se distingue del resto de la población por estar con frecuencia en condiciones de riesgo, relacionadas con su proceso de maduración ⁽¹⁷⁾.

Se debe tener en cuenta que la utilización de los servicios de salud por parte de los adolescentes se la realiza preferentemente ante situaciones emergentes en las cuales ellos y su red de apoyo (amigos, familiares, maestros) no pueden resolver y solo solicitan los servicios de salud actuales por morbilidad física ⁽¹⁸⁾.

En la etapa de la adolescencia suceden cambios fisiológicos, psicológicos y físicos que por su naturaleza lo exponen a un intenso espectro de estímulos muy particulares que influyen sobre su salud de manera determinante. Esta etapa resulta fundamental para forjar los estilos de vida y conductas de riesgo (consumo de alcohol, tabaco y drogas), que habrán de manifestarse durante la vida adulta como determinantes de la salud. Los adolescentes también inician su vida sexual activa y por ello se exponen a embarazos a edades muy tempranas, a abortos, a infecciones por agentes de transmisión sexual.

Uno de los factores que convierte en prioridad a los adolescentes es que sólo una baja proporción demanda de servicios de salud. En Medicina Familiar demanda 8 % del total de las consultas. En esencia se trata de un grupo poblacional sano y eso explica la baja demanda, pero también es un

grupo que necesita cubrir sus necesidades de salud preventiva para evitar riesgos a futuro ⁽¹⁹⁾.

En el año 2009 Serrano efectuó una encuesta en las y los adolescentes latinoamericanos residentes en España llegando a las siguientes conclusiones respecto a los servicios sanitarios que acepten a los adolescentes como son, sin tratar de moralizar ni de desmoralizar, se use el lenguaje de los adolescentes, antes las preguntas sobre los servicios se respete sus opiniones, se les permita elegir, se les hiciera sentir bienvenidos y cómodos, no les juzguen, se les proporcione los servicios en su tiempo disponible ⁽²⁰⁾.

Según la UNICEF, en el año 2010 en Argentina las barreras que consideraron los adolescentes: desinformación sobre su estado de salud o enfermedad, omnipotencia, temor a ser visto por algún conocido, sobre todo al consultar sobre salud sexual y reproductiva, y factores económicos: falta de dinero para transporte, compra de medicamentos ⁽²⁾.

En una encuesta autoaplicada, anónima y confidencial en 368 adolescentes, en Santiago de Chile en el 2012, un escaso porcentaje de adolescentes escolares demandó atención de salud sexual y reproductiva. Los adolescentes que demandaron atención profesional para resolver necesidades de SSR fueron: mujeres, aquellos que estuvieron en relación de pareja y los que han recibido educación sexual en la familia ⁽⁴⁾.

Un estudio realizado por Belmont, en tres ciudades bolivianas La Paz, El Alto y Santa Cruz, investigó las barreras y encontraron: como la inexistencia del servicio en la comunidad, de servicios específicos para adolescentes y de personal entrenado para consejería. Barreras psicosociales como sentir ansiedad, temor y/o culpa frente a una experiencia sexual, miedo a ser ridiculizados por sus pares o penados por sus familiares ⁽¹²⁾.

En Bolivia el Proyecto CERCA (Cuidados de la Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes) en el año 2012 realizó encuestas a 3.829 adolescentes de 14 a 18 años y encontró que el 63% de los adolescentes no conocía la ubicación de un centro de salud para consultar sobre temas de salud sexual y reproductiva ⁽²¹⁾

Por otra parte a partir de una investigación acerca de la situación actual de las unidades de Atención Diferenciada para Adolescentes (ADAS) en el Ecuador se reportó que existe un limitado nivel de acceso, especialmente por la escasa identificación del servicio y la insuficiente disponibilidad de ambientes propicios para la atención a adolescentes ⁽²²⁾.

En Cuenca un estudio realizado por el proyecto CERCA en 3200 adolescentes escolarizados reveló que solo el 5,5% acudió a un servicio de salud. Las principales causas por las que no asistieron incluyeron: 27,59% tiempo de espera prolongado; 22,49% falta de confianza con el personal, 15,1% no les pareció necesaria la atención y 14,67% manifestó que la causa era la falta de privacidad ⁽²³⁾

2.2 Bases teórico-científicas

Adolescencia: teorías que lo sustentan

Desde inicios del siglo XX, se han realizado diversas investigaciones de las cuales se desprenden teorías, que debidamente analizadas se han constituido en los cimientos científicos y filosóficos para argumentar y analizar los resultados de la presente investigación. En ese contexto se cuenta con la teoría fisiológica cuyos planteamientos sostienen que con la maduración biológica pubescente, aparecen cambios biológicos y psicológicos de gran significación para la vida personal y social de los adolescentes. Cuyo entendimiento por parte de los adolescentes implica recurrir a su inteligencia abstracta o pensamiento formal.

La teoría psicoanalítica, tiene sus orígenes en los conceptos de Sigmund Freud sobre el desarrollo psicosexual, establece que la maduración sexual biológica en el púber revive y aumenta las múltiples y súbitas descargas de impulsos sexuales y eróticos, que a su vez son agresivos. De acuerdo con esta teoría, la única manera positiva de salir y superar este estadio es cuando el joven aprende a usar el pensamiento abstracto.

La teoría cognitiva de Piaget postula que el adolescente se caracteriza básicamente por una serie de cambios cualitativos que se dan en la manera de pensar del adolescente, pone en claro que estos cambios ocurren en áreas donde se enfocan los valores, la personalidad, la interacción social, la misión del mundo social y la vocación. El adolescente presenta cambios en sus conceptos, normas y manera de enfocar problemas personales cotidianos, como aquellos que ocurren en su entorno de manera circunstancial o voluntaria y que tiene que enfrentar.

La teoría del aprendizaje social que procede del conductivismo y propone que toda conducta es el resultado de un aprendizaje social acepta que el ser y hacer de un adolescente se relaciona en gran parte con la conducta social de sus familiares, la escuela y el barrio donde pasó la infancia y transcurrió la adolescencia. La conducta final del adolescente en gran parte se vincula con los reforzadores conductuales sociales predominantes y elegidos en cada contexto ⁽²⁴⁾.

A partir del análisis de las diferentes teorías en el marco de la presente investigación se incluyeron elementos de la teoría del aprendizaje social para explicar el comportamiento de este importante grupo humano. La teoría propone que toda conducta es el resultado de un aprendizaje social sustentado en el principio de mutualidad (cada generación aprende de la otra). Si los adultos educan a los adolescentes con un enfoque biologicista, es decir centrados solo en la enfermedad ¿cómo se pretende que ellos acudan a los servicios de salud sin estar enfermos aparte de que mantienen firmes sentimientos de invulnerabilidad que les hace adoptar conductas de riesgo?

Existen múltiples investigaciones, tanto nacionales como internacionales que confirman la relevancia de las conductas como determinantes de enfermedad y/o salud, de ahí deriva la importancia de conocer los elementos teóricos.

Son conductas de riesgo aquellas acciones voluntarias o involuntarias, realizadas por un individuo o comunidad, que puede llevar a consecuencias nocivas. El estudio de ellas ha mostrado que son particularmente intensas en la adolescencia. A ello contribuyen diferentes características propias de la edad, entre las que destaca la “sensación de invulnerabilidad” o mortalidad negada, la necesidad y alto grado de experimentación emergente, la susceptibilidad a la influencia y presión de los pares con necesidad de conformidad intragrupal, la identificación con ideas opuestas a los padres y necesidad de trasgresión en el proceso de autonomía y reafirmación de la identidad, el déficit para postergar, planificar y considerar consecuencias futuras (corteza prefrontal en desarrollo) y, otros como la influencia de la testosterona en hombres, la asincronía de desarrollo tanto en mujeres (pubertad precoz y riesgos en sexualidad), como en hombres (retraso puberal y conductas para validación de pares).

La subestimación de los riesgos es habitual en los adolescentes en diferentes circunstancias. En base a la evidencia reciente en neurociencia, Steinberg propone que las áreas dopaminérgicas, íntimamente relacionadas con los llamados “circuitos de recompensa” estarían implicadas en los aspectos sociales y emocionales que influyen en que los adolescentes tomen conductas de riesgo. Estas áreas maduran después de las áreas predominantemente cognitivas (corteza prefrontal), lo que explicaría biológicamente cómo, conociendo los riesgos y posibles consecuencias dañinas, se involucren igualmente en dichas conductas. Se asume que a mayor conocimiento de los eventos negativos, mayor posibilidad de evitarlos, pero se ha demostrado que no basta tener conocimientos adecuados para generar cambios ⁽²⁵⁾.

En relación a lo anterior es preciso señalar que los adolescentes tradicionalmente han sido considerados población saludable. Las tasas de mortalidad y morbilidad son relativamente bajas si se comparan con otros grupos de edad, no obstante en la adolescencia se puede iniciar una amplia gama de conductas de riesgo que afecten la salud biopsicosocial, posibilidad que varía según la etapa de la adolescencia que estén cursando. Muchas veces estas conductas continuarán en la adultez, contribuyendo a la morbilidad y mortalidad adulta precoz. Los profesionales de salud que trabajan con adolescentes pueden y deben ser agentes relevantes en la prevención y así disminuir las posibles consecuencias negativas para ellos ⁽²⁵⁾.

Respecto a lo anterior, la sexualidad adolescente es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. El reconocimiento y aceptación de la sexualidad adolescente es un tema que se ha evadido siempre, porque es incómodo de abordar en vista de la ampliación de la brecha generacional, y porque en definitiva no se reconoce a nivel social y se tiende a invisibilizar, como si la sexualidad adolescente por no reconocérsela no existiera ⁽²⁶⁾.”

El no alcanzar un óptimo estado de salud sexual y reproductiva es un problema de salud pública tanto a nivel internacional como nacional y regional, situación que amerita mejorar la oferta de los servicios de salud, los mismos que deberían ser diferenciados, integrales e integrados y de calidad para los adolescentes, incrementando de esta manera la capacidad de respuesta del sector salud, con el fin de atender las necesidades de la población adolescente ⁽²⁷⁾.

En la misma dirección, proteger la salud es una garantía de la sociedad para que los adolescentes satisfagan sus necesidades y demandas de salud, utilizando el acceso adecuado a Puestos, Centros y Hospitales sin que su capacidad de pago se lo impida. Sin embargo, en América Latina y el Caribe, 100 millones de personas no son atendidas por los sistemas de salud existentes ⁽²⁸⁾.

Toda vez que uno de los aspectos que concita la atención en el contexto de la presente investigación está relacionada con la demanda de servicios de salud, es preciso destacar que se define como el deseo de la población de utilizar un determinado servicio de salud.

Miguel Madueño señala que la demanda (por servicios) de salud es como la “percepción de una necesidad de atención de salud” para ayudar a prevenir, tratar o rehabilitar alguna situación que haya quebrantado la salud. Dada una percepción de necesidad, los individuos van a acceder al sistema de salud según su restricción presupuestaria para asumir una tarifa de acceso y la disponibilidad de infraestructura, y utilizarla según su grado de necesidad y grado de aversión al riesgo. Este último, determinará la cantidad demandada de salud la cual mide el nivel de cuidados de salud que una persona desea adquirir. Los tipos de servicios que demandan los miembros del hogar son cualitativamente distintos, existe diferencia en la demanda por la atención de una enfermedad compleja y otra de capa simple, atención preventiva y curativa ⁽²⁹⁾.

La atención curativa es la provisión de atención continuada para un amplio conjunto de problemas de salud que incluye el manejo de enfermedades. La atención preventiva por su parte se define como las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. La prevención de la enfermedad en adolescentes, debe estar siempre acompañada de unos servicios que ofrezcan atención diferenciada ⁽³⁰⁾.

La salud sexual y reproductiva abarca el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud, que implica la existencia de un conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyan a la salud y permitan atender adecuadamente las necesidades de las personas durante todo el ciclo de vida ⁽³¹⁾.

En coherencia con lo anterior, debe buscarse que el servicio se adapte a las necesidades de los y las adolescentes y no lo contrario. En tal sentido, los

horarios de atención deben establecerse según la conveniencia de los y las adolescentes ⁽³²⁾.

En muchas situaciones se debe limitar la gama de servicios prestados; por tanto, para determinar las prioridades de los servicios, es importante valorar cuidadosamente las necesidades de la población adolescente en cada localidad ⁽³³⁾.

2.3. Definición de términos básicos

Interdisciplinaridad

Equipo de profesionales de diferentes especialidades y disciplinas que trabajen integralmente ⁽³⁴⁾.

Promoción de salud

Proceso que proporciona a los individuos y las comunidades los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla.

Niveles de prevención

La prevención se define como las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. Las actividades preventivas se pueden clasificar en tres niveles:

Prevención Primaria

Evita la aparición o el efecto de factores o agentes causales específicos y su impacto en la salud.

Prevención Secundaria

Evita que un daño ya producido se agrave o se complique con otros problemas sobre agregados, o deje secuelas.

Prevención Terciaria

Si las formas de prevención anteriores son insuficientes o inefectivas se puede requerir de acciones que disminuyan los efectos residuales o secuelas y que contribuyan a la rehabilitación física, psicológica, social, laboral, etc. y a la reintegración a la sociedad del adolescente ⁽³⁵⁾.

Servicio de Atención Diferenciada

Brinda atención integral a los/las adolescentes en ambientes exclusivos para dicho fin, o aquel que brinda atención a dedicación exclusiva, en un horario diferenciado y de acuerdo a las disposiciones normativas. Se deberá considerar como servicio diferenciado a los centros donde se ofrece atención integral al adolescente a través de: consejería, talleres formativos, animación sociocultural y atención clínica ⁽³⁶⁾.

Atención integral de salud

Provisión continua y con calidad de una atención orientada hacia la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud para las personas, en el contexto de su familia y comunidad. Para su implementación requiere del desarrollo de los componentes de: organización, provisión, gestión y financiamiento ⁽³⁶⁾.

Salud adolescente

El estado de bienestar físico, psíquico y social, y no la mera ausencia de enfermedad. La salud adolescente es el resultado de un proceso construido socialmente que depende de diversos factores: Biológicos (genéticos, sexo, edad). Ligados al entorno, vale decir, al medio ambiente físico (como por ejemplo, vivienda, no contaminación, espacios que posibiliten la recreación) y al medio ambiente social (tales como paz y justicia, no discriminación, interacción social, solidaridad). Vinculados a los estilos de vida (comportamientos, valores, creencias, roles y costumbres individuales y sociales, consumo, comunicación, y nivel educativo y de formación). Ligados a la organización de los servicios de salud (características de la atención de la salud). En definitiva, la salud adolescente es entendida aquí en su sentido más amplio, como el producto de decisiones tomadas en los planos individual, familiar, comunitario, nacional e internacional ⁽³⁷⁾.

Intersectorialidad

Conceptualizada como la intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas total o parcialmente a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida ⁽³⁸⁾.

Disponibilidad de los Servicios de Salud

Se define la disponibilidad de servicios como la relación entre el volumen y tipo de servicios existentes y el volumen y necesidades de la población objetivo ⁽³⁹⁾.

Oferta de los Servicios de Salud

En salud, el concepto puede ser interpretado como el conjunto de servicios disponibles para ser utilizados por la población, ya sea en forma gratuita o mediante el pago de una determinada cantidad de dinero ⁽³⁹⁾.

2.4 Hipótesis

La demanda de atención diferenciada en los adolescentes escolarizados del área urbana del cantón Cuenca está asociada a las dificultades de accesibilidad institucional y económica y al tipo de servicio extramural.

2.5 Objetivos

2.6 Objetivo general

Determinar los factores asociados a la demanda de servicios de atención diferenciada en adolescentes escolarizados en el área urbana del cantón Cuenca Ecuador en el año 2014.

2.7 Objetivos específicos

1. Identificar los factores sociodemográficos (edad, sexo, procedencia, estado civil, tamaño familiar, ocupación, etnia y religión) de los adolescentes escolarizados del área urbana del cantón Cuenca.
2. Determinar la demanda de atención en los servicios de atención diferenciada del adolescente según la accesibilidad geográfica, económica, institucional y cultural.
3. Determinar la demanda de atención de los adolescentes en los servicios de atención diferenciada del adolescente según tipo de servicios: intramurales o extramurales, tipo de atención: preventiva o curativa y según diagnóstico médico.
4. Establecer la asociación entre demanda de servicios de los adolescentes escolarizados y factores sociodemográfico

CAPITULO III

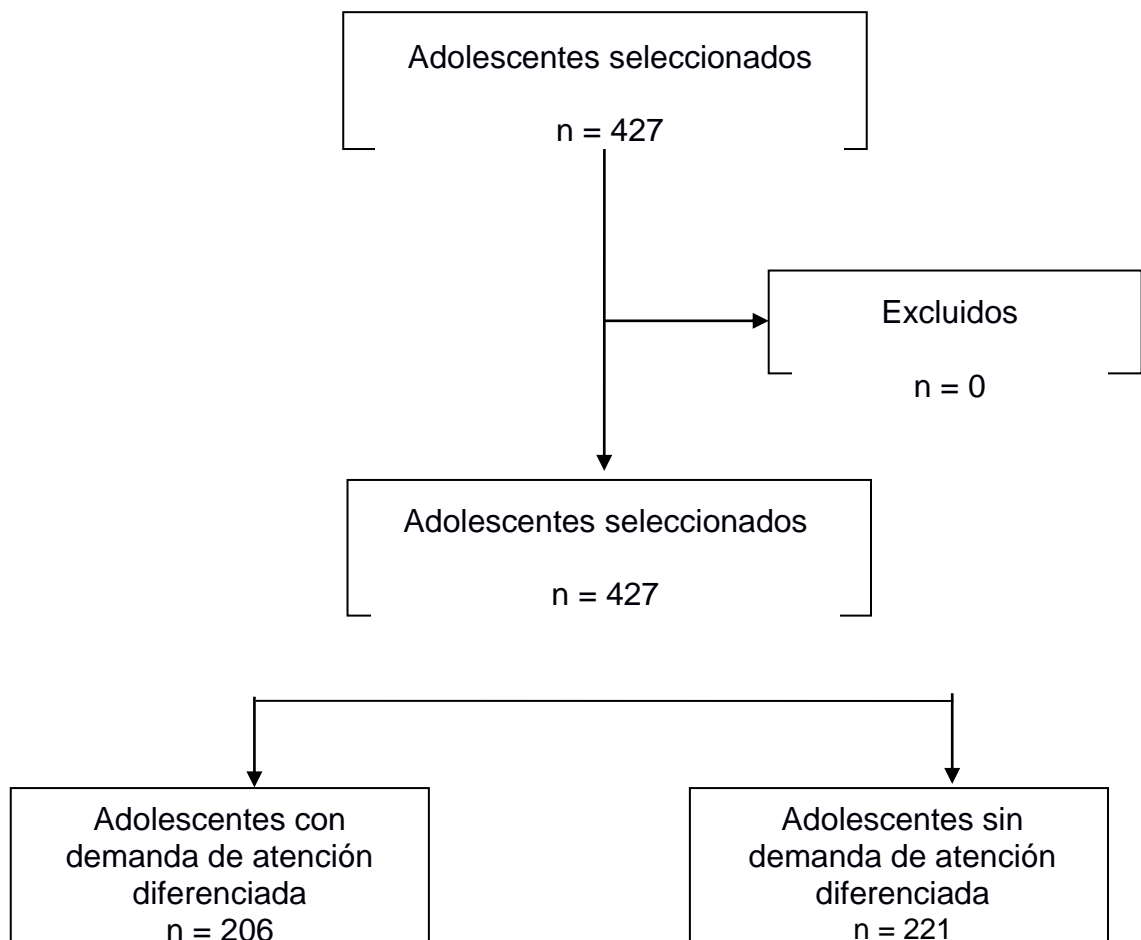
3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Localidad y periodo de ejecución:

El estudio se realizó en el cantón Cuenca, Ecuador durante el año 2014.

3.2. Tipo y diseño de la investigación

Se trata de un diseño no experimental de corte transversal cuyo esquema es el siguiente:



3.3. Población, muestra y muestreo

Población. La población estuvo constituida por los adolescentes escolarizados del área urbana del cantón Cuenca, con edades entre 10 y 19 años de edad los mismos que hacen un total de 54,723 distribuidos por edad y sexo, de acuerdo a datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos 2014.

3.3.1. Muestra

Se aplicó el muestreo no probabilístico, aplicándose la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 pq}{E^2}$$

Donde:

n , tamaño de muestra

p , proporción de la población que se espera asume $p = 30\%$

q , complemento del 100% ($1-p = 70\%$)

Z , desviación normal, los valores más usados para $(1-\alpha) 0,95$ para $Z_{\alpha/2}$, o sea $Z_{0,025} = 1.96$

E , es el error porcentual que varía de 1% a 5%, para el caso se toma $E=5\%$.

Efectuado los cálculos respectivos, se obtuvo como resultado un tamaño muestral de 323 estudiantes adolescentes, no obstante, considerando la posibilidad de pérdidas se incluyeron un 32% de unidades de análisis haciendo un total de 427 adolescentes.

La inclusión de los elementos en la muestra se realizó con la tabla de números aleatorios utilizando el Programa Excel a partir de los listados conocidos y entregados por la Dirección de Educación del Cantón Cuenca.

Unidades de análisis

Adolescentes escolarizados entre 10 y 19 años de edad del área urbana del cantón Cuenca, Ecuador

Criterios de Inclusión

- a. Adolescentes entre 10 y 19 años.
- b. Adolescentes residentes y matriculados en las Escuelas y Colegios del Cantón Cuenca.
- c. Las/los adolescentes que acepten participar en el estudio y en los menores de 18 años que sus padres firmen el consentimiento informado y los adolescentes el asentimiento informado.

3.4. Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizó una encuesta previamente diseñada en función de los objetivos de investigación, la misma que se estructuró en dos apartados, el primero, relacionado con la información general y el segundo con los datos inherentes a la investigación, es decir coherentes con la medición de las variables de estudio: características demográficas, accesibilidad y factores asociados a la demanda de atención de servicios de atención diferenciada; incluyeron 31 ítems susceptibles de respuestas cerradas dicotómicas o respuestas múltiples (Anexo 01).

La validez interna y la confiabilidad del instrumento para recolección de la información se sometió a dos procedimientos:

1. A través de una prueba piloto aplicada a 30 adolescentes que no intervinieron en el estudio, lo que sirvió para afinar ciertas interrogantes y para superar las dificultades de comprensión, y

2. Se sometió a criterio de 5 expertos en el tema, que aportaron con sugerencias para enriquecimiento del instrumento.

3.5. Procedimientos para la recolección de datos

1. Una vez aprobado el proyecto de investigación y contando con la resolución respectiva, se procedió a solicitar la autorización para la recolección de datos a las autoridades de la Jefatura Provincial de Salud y de Educación del Azuay (Anexo 02).
2. Obtenida la autorización se realizó un proceso de sensibilización con los docentes y autoridades de los centros educativos de intervención a fin de contar con su colaboración para la recolección de datos.
3. Se procedió a la obtención del consentimiento informado por parte de los padres y el asentimiento informado por parte de los adolescentes Anexo 03 y 04).
4. La aplicación de las encuestas se realizó en las aulas de las diferentes instituciones educativas en presencia de los tutores, brindándose el tiempo necesario para que los adolescentes puedan respuesta a las diferentes preguntas.

3.6. Principios éticos

En el contexto de la presente investigación se aplicaron los principios de:

Principio de Beneficencia. Expresado en la utilidad y beneficios que aportaron los resultados del estudio para identificar los factores asociados a la demanda de servicios de atención diferenciada en adolescentes escolarizados en el área urbana del Cantón de Cuenca en el año 2014.

Principio de respeto a la dignidad humana. Expresado en el respeto a la autonomía y autodeterminación que tuvieron los adolescentes para participar o no en la investigación así como en el respeto a la confidencialidad.

3.7. Procesamiento, Tabulación y Análisis Estadístico de los datos

Una vez recolectados los datos, fueron sometidos a un proceso de crítica y codificación, posteriormente ingresados a una base de datos previamente diseñada en el sistema informático SPSS versión 21 en español.

El análisis de la información fue realizado bajo el enfoque cuantitativo. La entrada cuantitativa se apoyó en la estadística descriptiva e inferencial. Al tratarse de variables cuantitativas discretas se manejaron en número de casos (n) con sus respectivos porcentajes.

Los resultados se presentan en tablas simples de distribución de frecuencias y en tablas de 2 x 2 para estimación de asociación. En ciertas tablas algunas de las variables acusan pérdida de información (valores perdidos para el software de análisis), en estos casos el cálculo porcentual se realizó siempre sobre el total de la muestra, es decir el 100% de la distribución siempre fue las 427 encuestas. Ninguna de las variables analizadas tuvo número inferior al tamaño mínimo de la muestra.

Para la estimación de asociación se utilizó el cálculo del OR con un intervalo de confianza del 95% (IC95%). Se consideraron asociaciones positivas los valores de OR mayores a la unidad y significativas las que tuvieron valores de $P < 0.05$, corroborado por el cálculo de χ^2 de Pearson.

CAPITULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1.RESULTADOS

Tabla 1: Distribución numérica y porcentual de las características sociodemográficas de los adolescentes escolarizados del área urbana .Cuenca, Ecuador 2014.

Características sociodemográficas	N	%
<i>Edad</i>		
10 a 14 años	232	54.3
15 a 19 años	195	45.7
<i>Sexo</i>		
Femenino	218	51.1
Masculino	209	48.9
<i>Escolarización</i>		
Primaria	93	21.1
Secundaria	334	78.9
<i>Procedencia</i>		
Urbana	351	83.0
Rural	7	17.0
<i>Estado civil</i>		
Soltero	415	98.3
Unión libre	12	1.7
<i>Tamaño familiar</i>		
1 a 4 miembros	212	49.6
Más de 4 miembros	215	50.4
<i>Ocupación laboral</i>		
Tiene ocupación	53	12.2
No tiene ocupación	374	87.8
<i>Etnia</i>		
Mestiza	370	86.7
No mestiza	57	13.3
<i>Religión</i>		
Creyente	401	93.9
No creyente	26	6.1

Fuente: Encuesta para determinar los factores asociados a la demanda de atención diferenciada de los adolescentes.

El 54.3% de adolescentes motivo de estudio tuvieron edades comprendidas entre 10 y 14 años con ligero predominio del sexo femenino (51.1 y 48.9% respectivamente), 99.3% solteros, cursando la educación secundaria en su mayoría, procedentes de la zona urbana, ocupación productiva en el 12.2% de los casos, mestizos en el 86.7%, y 93.9% creyentes. El 50.4% procedentes de familias con más de cuatro miembros.

Tabla 2: Distribución numérica y porcentual de la demanda de atención en servicios de atención diferenciada según accesibilidad. Adolescentes de Cuenca Ecuador 2014

	Demanda de atención en servicios de atención diferenciada	
	N	%
Accesibilidad geográfica		
Accesible	179	87.3
No accesible	18	8.8
Accesibilidad económica		
Accesible	111	54.1
No accesible	91	44.4
Accesibilidad institucional		
Accesible	165	80.0
No accesible	41	20.0
Accesibilidad cultural		
Accesible	77	37.6
No accesible	129	62.9

Fuente: Encuesta para determinar los factores asociados a la demanda de atención diferenciada de los adolescentes.

La demanda de atención diferenciada fue más frecuente entre los adolescentes con limitada accesibilidad geográfica, económica, institucional y cultural. De éstas la geográfica e institucional fueron predominantes.

Tabla 3: Distribución numérica y porcentual de la Demanda de atención diferenciada según tipo de servicios, tipo de atención y diagnóstico médico. Cuenca-Ecuador, 2014

	Demanda de atención en servicios de atención diferenciada	
	N	%
Tipo de servicio		
Extramurales	139	32.6
Intramurales	67	15.7
Tipo de atención		
Preventiva	107	51.9
Curativa	99	48.1
Diagnóstico médico (CIE-10)		
J029 Faringitis aguda	11	26.8
J030 Amigdalitis estreptocócica	8	19.5
K297 Gastritis	1	2.4
J039 Amigdalitis aguda	3	7.3
A061 Amebiasis intestinal	1	2.4
J00X Rinofaringitis aguda	4	9.8
K296 Otras gastritis	3	7.3
L700 Acné vulgar	4	9.8
B829 Parasitosis intestinal	3	7.3
N309 Cistitis no especificada	3	7.3

Fuente: Encuesta para determinar los factores asociados a la demanda de atención diferenciada de los adolescentes.

Entre los adolescentes que demandaron servicios de atención diferenciada, los servicios extramurales fueron los componentes que predominaron a diferencia de los intramurales, por otra parte respecto al tipo de atención, la atención preventiva tuvo mayor demanda a diferencia de la atención curativa.

Las patologías más frecuente por la que los adolescentes demandaron atención diferenciada fueron la faringitis representando el 26,8% del total de patologías, le siguieron en orden de frecuencia la amigdalitis estreptocócica representando el

19.5%, la rinofaringitis aguda y el acné vulgar 9,8% seguido de otras patologías en menor proporción.

Tabla 4: Demanda de servicios de atención diferenciada de adolescentes escolarizados y factores sociodemográficos asociados. Cuenca-Ecuador, 2014.

	Demanda de servicios				OR (IC95%)	Valor P
	Demanda		No demanda			
	n	%	n	%		
Edad						
10 a 14 años	116	56.3	116	52.5	1.08 (0.8 - 1.3)	0.438
15 a 19 años	90	43.7	105	47.5		
Sexo						
Masculino	105	51.0	104	47.1	1.08 (0.8-1.3)	0.439
Femenino	101	49.0	117	52.9		
Escolarización						
Primaria	57	26.9	33	15.7	1.37 (1.1 – 1.6)	0.006
Secundaria	149	73.1	185	84.3		
Procedencia						
Rural	40	19.3	36	15.0	1.16 (0.8 – 1.5)	0.297
Urbana	161	80.7	190	85.0		
Estado civil						
Soltero	198	98.0	217	98.0	0.83 (0.4 - 1.5)	0.714
Unión libre	7	2.0	2	1.4		
Tamaño familia						
Más 4 miembros	110	53.4	105	47.5	1.12 (0.9 - 1.3)	0.246
1 a 4 miembros	96	46.6	116	52.5		
Ocupación laboral						
No tiene ocupación	183	88.3	191	87.2	0.94 (0.6 - 1.2)	0.768
Tiene ocupación	29	12.8	24	11.7		
Etnia						
No mestiza	32	15.5	25	11.3	1.2 (0.8 - 1.6)	0.204
Mestiza	174	84.5	196	87.2		
Religión						
Creyente	194	94.2	207	93.7	1.2 (0.8 - 1.6)	0.843
No creyente	12	5.8	14	6.3		

Fuente: Encuesta para determinar los factores asociados a la demanda de atención diferenciada de los adolescentes.

La edad entre 10 a 14 años, el sexo masculino, procedencia rural, familia más de 4 miembros, etnia no mestiza y el no tener religión son sugerentes de una leve asociación con la demanda de atención diferenciada pese a no haberse demostrado asociación estadísticamente significativa a excepción del nivel de escolaridad primaria cuya asociación fue estadísticamente significativa (0.006)

Tabla 5: Demanda de servicios de atención diferenciada de adolescentes escolarizados y factores sociodemográficos con asociación estadísticamente significativa.

	Demanda de servicios		de No Demanda de servicios		OR (IC95%)	P
	n	%	n	%		
Accesibilidad económica						
No accesible	91	62.3	55	37.7	2.3 (1.5 – 3.6)	< 0.001
Accesible	111	41.0	160	59.0		
Accesibilidad institucional						
No accesible	41	83.7	8	16.3	6.6 (3.0 – 14.4)	< 0.001
Accesible	165	43.7	213	56.3		
Tipo de servicio						
Extramural	139	52.5	126	47.5	1.5 (1.1 – 2.3)	0.022
Intramural	67	41.1	96	58.9		

Fuente: Encuesta para determinar los factores asociados a la demanda de atención diferenciada de los adolescentes.

La demanda de atención diferenciada fue más frecuente entre los adolescentes que tuvieron dificultad en la accesibilidad económica e institucional. La asociación más relevante fue con la no accesibilidad institucional (P < 0,001)

La atención extramural también tuvo asociación estadísticamente significativa (P = 0.022).

4.2.DISCUSIÓN

Los resultados de la presente investigación debidamente analizados dan cuenta del comportamiento de las variables motivo de estudio, que si bien es cierto pueden resultar similares con algunas investigaciones realizadas en otras realidades, a su vez tienen particularidades no susceptibles de comparaciones toda vez que las poblaciones y contextos difieren notablemente, pese a ello se constituyen en referentes importantes a tener en cuenta, es el caso del estudio realizado por Asesores Nacionales Especializados en Desarrollo (ANED) en Honduras en el año 2007, a partir del cual se determinó que los adolescentes de 10 a 14 años demandaron menos los servicios de salud que los del grupo de 15 a 19 años de edad ⁽⁴⁰⁾. Los investigadores concluyeron que en esta edad, los problemas de salud reproductiva son menos frecuentes, situación que contrasta con los resultados del presente estudio.

De acuerdo al Censo de Población y Vivienda de 2010 del INEC Ecuador el 20,5% de la población es adolescente (2 958 879); el 10,6% son adolescentes tempranos de 10 a 14 años (1 539 342) y, el 9,8 son adolescentes tardíos entre 15 a 19 años (1 419 537) ⁽⁶⁾.

En la presente investigación la mayoría de adolescentes tuvieron edades comprendidas entre 10 a 14 años (54.3%) resultado concordante con reportes nacionales e internacionales. Respecto al factor sexo en la mayoría de estudios el más alto porcentaje de adolescentes encuestados, que asisten a los centros de atención diferenciada, fueron mujeres, situación que en relación al estudio que nos convoca tiene ciertas similitudes ^(40, 41,42). La explicación estaría dada por las necesidades específicas que las adolescentes del sexo femenino tienen en relación con el embarazo, su prevención y la necesidad de temas de salud sexual y reproductiva. Lo señalado argumenta la incorporación casi exclusiva de mujeres a estos centros a diferencia de los varones en quienes se aprecia mayor renuencia por la demanda de servicios de atención diferenciada y es que al parecer las estrategias para promover la demanda de los adolescentes no son coherentes a sus necesidades. Lo descrito se sustenta en la observación de lo

que acontece en muchos centros de salud en los que la atención a varones adolescentes se traduce sólo en una mera distribución de preservativos, dejando de lado muchos otros aspectos relevantes para su salud ⁽⁴¹⁾. Sobre el mismo particular es preciso destacar que en el año 2000, en México, la organización Afluentes (grupo de investigadoras, sobre salud sexual y reproductiva) también encontró que el sexo femenino utilizó más los servicios de salud. El motivo, estaba justificado, al menos en parte, por una mayor necesidad de atención a su salud ⁽⁴²⁾.

Palma y cols, a partir de un estudio realizado en 2008, dieron mayor sustento a lo anterior asegurando que la asistencia de las mujeres a los centros de salud se explica a través de la idea generalizada de que los centros de salud son espacios femeninos y que los hombres poco o nada tienen que hacer ahí ⁽⁴²⁾.

Por otra parte en una estimación del impacto de los servicios amigables de salud reproductiva para las/os adolescentes, realizada en Honduras, encontró que la demanda de los servicios amigables es mayor en las mujeres en una razón de 2.4 por cada hombre atendido ⁽⁴⁰⁾.

Al parecer, la mujer adolescente seguirá por largo tiempo predominando en el acceso a los servicios de atención diferenciada con respecto del varón salvo se adopten estrategias efectivas para promover la asistencia del varón. En la presente recopilación el predominio de las mujeres fue mínimo, el 51.1% perteneció al sexo femenino.

El nivel de instrucción es una variable que muy pocas investigaciones lo describen. Sin duda, la consideración de que el período de la adolescencia tiene como denominador común un rango de edad corto lleva a deducir que no se encontrarán diferencias en la escolaridad que comprende, en forma general, los años de educación básica. En ciertas realidades como la nuestra pueden advertirse ciertas particularidades como el hecho de que tres de cada cuatro adolescentes se encontraban cursando la instrucción secundaria. En Ecuador

68,6% de jóvenes urbanos (antes 40,1%) han terminado la educación secundaria, comparando con el 36,1% (antes 14,6%) en el área rural. ⁽⁶⁾.

La procedencia en zona urbana es un aspecto que se encuentra en casi todos los estudios que se realizan en poblaciones estudiantiles. La semejanza de resultados con investigaciones similares se explicaría por dos hechos: primero, porque la población estudiantil reside mayoritariamente en zonas urbanas y segundo, que esta situación favorece la asistencia a la consulta, además de que los servicios de atención diferenciada se ubican principalmente en el casco urbano por tanto resultan más accesibles para la población de adolescentes que allí residen. Es posible, por otro lado, que estas condiciones estén relacionadas con la migración interna que ocurre en todas las regiones y que cambia drásticamente la distribución de la población según grupos de edad. En un estudio similar al nuestro se encontró, a partir de un análisis estratificado, que el 69.9% de los adolescentes de 10 a 14 años reside en áreas urbanas y el 30.1% en rurales, y en el grupo de 15 a 19 años el 73.3% tiene domicilio urbano y el 23.7% rural ⁽⁴⁰⁾.

En el Ecuador 60,6% reside en áreas urbanas y 39,4% en áreas rurales ⁽⁶⁾.

En el presente estudio el 83% de los adolescentes era procedente del área urbana y el 17% de la rural. Los resultados de un estudio realizado en Panamá, dan cuenta que el 52.1% de las/los adolescentes procedían del área urbana, mientras el 38.4% del área rural ⁽⁴³⁾.

Al respecto, el lugar de procedencia y residencia podría considerarse un factor asociado a la falta de oportunidad para acceder a un servicio diferenciado. Así lo consideran Alcántara y Ortiz (2002) quienes señalan en su estudio que hay grupos poblacionales que son muy discriminados en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva y que entre ellos están los adolescentes y las mujeres rurales, especialmente los que pertenecen a algunos grupos étnicos que son numerosos en los países andinos ⁽¹²⁾.

Respecto al estado civil se pudo observar que en las/os adolescentes tiene influencia en ciertas circunstancias como por ejemplo el embarazo y su control, que de un lado aumenta implícitamente la frecuencia de atención diferenciada y de otro explica el predominio femenino, donde el embarazo en la adolescencia se incrementa cada vez más. Los adolescentes de nuestra serie en su mayoría fueron solteros. Sin embargo, se identificó un 1.7% (n = 9) en unión libre, 7 mujeres y 2 varones, entre 16 y 17 años de edad. En cuanto al estado civil de las y los adolescentes, de la investigación realizada en Tegucigalpa en el año 2007 se evidenció que existen más adolescentes solteros ⁽⁴⁰⁾

El 50.4% de los adolescentes motivo de estudio provienen de familias medianas, por su tamaño, atendiendo a la clasificación descrita por Ortiz y cols quienes consideran familia *pequeña* a la compuesta por 1 a 3 miembros, *mediana* por 4 a 6 miembros y *grande* por más de 6 miembros ⁽⁴⁴⁾. La distribución de las familias en este estudio, donde encontramos no más de un 10 por ciento para las categorías pequeña y grande, contrasta con la encontrada en un estudio transversal, realizado en 1999, en el Policlínico Norte del Municipio de Ciego de Ávila, Cuba, en donde el 64% fueron familias pequeñas, el 34% medianas y tan sólo el 1% familias grandes ⁽⁴⁵⁾. Estas diferencias dependen, sin duda, de políticas de planificación del crecimiento poblacional, concepto que en países como el nuestro no tiene vigencia aún.

La ocupación laboral en adolescentes no es una condición esperada si consideramos que es un período dedicado al estudio. Pero este derecho a prepararse, a pesar de ser una aspiración de toda la población, nunca se cumple debidamente. El 88% de nuestros adolescentes se encuentra estudiando regularmente y el 12% realiza actividades remuneradas. Datos similares encontramos en la investigación de Tegucigalpa en donde el 74.39% de los y las adolescentes no realizan actividades productivas remuneradas, un tercio (24.1%) están insertos en el campo laboral ⁽⁴⁰⁾.

En estudios que se cumplen mediante entrevistas, la identificación según etnia y religión, sigue siendo una información de veracidad relativa. De todas maneras,

en nuestro estudio el 86.7 % se identificó como mestizo y la mayoría como creyentes.

La identificación de los factores asociados a la demanda de atención diferenciada para los adolescentes, que cubre la segunda parte del presente, se inserta en la necesidad de mirar a las/los adolescentes como un grupo especial con necesidades propias y como tal es una óptica relativamente nueva, particularmente en regiones en vías de desarrollo.

El alcance de la propuesta, desde la perspectiva metodológica se ha orientado a identificar los factores asociados a la demanda y al hacerlo se inserta en un proceso transicional que permite visualizar los nuevos requisitos que deben tener los servicios de salud. En el pasado no se esperaba que personas jóvenes, casi siempre solteras, necesitaran servicios de salud reproductiva. Si la joven se embarazaba, no importa a qué edad, recibía igual servicio que la mujer mayor, y nadie asumía que la adolescente necesitara prevención contra el embarazo. Las sociedades de países en desarrollo esperaban que la mujer tuviera descendencia después del matrimonio ⁽⁴⁵⁾. La historia de estos acontecimientos a la luz de los tiempos que nos toca vivir, muestra una sociedad diferente y que es necesario una especie de diagnóstico situacional para conducirla de forma apropiada.

A la luz del documento Política Nacional de Salud para Adolescentes y Jóvenes del MINSAL (Ministerio de Inclusión Económica y Social) del año 2008, señala se observa una caída general en la expresión de demanda por atención de salud a medida que aumenta la edad de adolescentes, francamente más alta que la necesidad de atención percibida, lo que se vincularía según la hipótesis ahí planteada, con dificultades de acceso a los servicios. Las demandas y necesidades en salud sexual y reproductiva son el área de mayor necesidad de este grupo etario ⁽⁷⁾.

La información referente a barreras para acceder a servicios diferenciados para adolescentes y particularmente en el área de salud sexual y reproductiva es escasa, según las publicaciones de investigadores chilenos. Así que sea, en sus

reportes aseguran que desde el punto de vista biológico las/os adolescentes son el segmento poblacional más sano y la mayor parte de demandas de servicios es debida a los cambios psicosociales que caracterizan esta etapa de la vida ⁽⁹⁾. En el presente estudio la demanda de atención diferenciada es más frecuente en los adolescentes que tenían dificultades en la accesibilidad geográfica, económica, institucional y cultural. De éstas la institucional y la económica fueron predominantes y las diferencias con respecto de las demás han sido altamente significativas ($P < 0.001$). En relación a la accesibilidad económica los adolescentes refirieron que no acudían a la consulta porque no tenían dinero, en cuanto a las dificultades en la accesibilidad institucional que demoraba mucho la atención y que la atención no se daba en función de la disponibilidad de tiempo de los adolescentes y otros que no tienen confianza en el médico.

En un estudio realizado por Moreno y Púa en Colombia en el año 2012, en relación a la accesibilidad institucional los adolescentes tenían que realizar una cadena de pasos hasta ver satisfecha su demanda que casi siempre era alta o muy rígida. Entre los rigores estaba el tener que llamar en una banda horaria estrecha, ser atendido por una persona concreta, realizar un “recorrido asistencial” con trámites o pasos innecesarios para la prestación del servicio, acudir a consulta en horarios no compatibles, etc ⁽⁴⁶⁾, situaciones similares ocurrieron en el presente estudio.

Encuestas realizadas por la Universidad de Cuenca, por el equipo del proyecto CERCA a 3200 adolescentes escolarizados de seis colegios del cantón Cuenca revelaron que el únicamente 20% de ellos conoce un centro donde recibir información y atención en sexualidad, sólo el 5,5% acudió durante el último año pese a que el 16% de los adolescentes manifestó mantener una vida sexual activa ⁽²³⁾.

Para CERCA los principales motivos por los que las/os adolescentes no acuden a un centro de salud para buscar atención o información en salud sexual y reproductiva incluyó: tiempos de espera prolongados 27%, falta de confianza en el personal 22%, no les parece necesario 15%, el 14,67% afirma que el motivo es la

falta de privacidad, pues no existen espacio diferenciados, 9% manifiesta que el personal no es amigable, 8% falta de dinero y al 2% su familia no les deja ir solos (23).

En nuestra pesquisa los motivos fueron: no tener dinero 12%, demora mucho la atención 20%, no atienden cuando el paciente tiene disponibilidad de tiempo 15%, no tienen confianza en el médico 11% y un 9% refiere tener seguro médico privado. A esto se suman experiencias desagradables algunas de las que se han convertido en sentimientos y temores: sentimiento de culpa frente a una experiencia sexual 8%, temor a ser visto por los familiares 13%, temor a ser visto por sus amigos 10%, temor a que se burlen los amigos 6%, maltrato del médico 4%, maltrato de la enfermera 2%, maltrato del psicólogo 1%, maltrato del farmacéutico 5%, temor a los procedimientos médicos 17%, temor a los efectos de los anticonceptivos 5% y creencia que sólo los enfermos tienen que consultar al profesional sanitario 10%.

A juzgar por los resultados, la creación de condiciones más amigables convertiría a los servicios médicos en más efectivos y mejorarían, por tanto, la demanda de atención diferenciada. Esa experiencia ya ha sido vivida en Colombia donde los servicios de salud amigables y con más alto grado de accesibilidad geográfica han sido los de mayor demanda. En contraposición, el aspecto de bajo nivel de desarrollo, ha sido la accesibilidad institucional donde el personal no recibe la capacitación suficiente y específica para facilitar la atención y la participación juvenil, social y comunitaria ⁽⁴⁶⁾.

Sobre la preferencia de servicios públicos o privados en cuanto a atención diferenciada hay mucho para dilucidar el predominio de una de ellas y harán falta estudios especialmente con ese objetivo. En nuestros resultados, en el subgrupo de adolescentes que demandó servicio de atención diferenciada fue más frecuente la búsqueda de atención extramural donde la atención preventiva predominó con el 51%.

En un análisis situacional de la salud en el Azuay, realizado en el año 2011, se muestra que la cobertura de atención en la provincia, alcanzó un 62% para adolescentes entre 10 a 14 años y 33.71% entre 15 a 19 años en el 2008. De los adolescentes atendidos en los servicios de salud el 75% acudió por presentar alguna enfermedad y el 25% por salud preventiva, cifra que no concuerda con la presente investigación ⁽⁴⁷⁾.

Las principales causa de morbilidad de los adolescentes fueron; faringitis, amigdalitis estreptocócica y rinofaringitis, agudas todas, pero la casuística no fue relevante. En el presente estudio las enfermedades respiratorias agudas, la gastritis y la parasitosis intestinal fueron predominantes en tanto que en Colombia las principales causas de morbilidad en la consulta fueron las afecciones dentales, infecciones respiratorias agudas y enteroparasitosis ^(48,49, 50).

CAPITULO V

5. CONCLUSIONES

El estudio realizado ha permitido arribar a las siguientes conclusiones.

1. Del total de adolescentes encuestados sólo el 48.2% demandaron los servicios de atención diferenciada a diferencia del 51.8% que no lo hicieron.
2. El 54.3% de adolescentes tuvieron edades entre 10 y 14 años con ligero predominio del sexo femenino, en su mayoría solteros, educación secundaria, procedentes de la zona urbana, ocupación productiva en el 12.2% de los casos, mestizos en el 86.7%, y 93.9% creyentes. El 50.4% procedentes de familias con más de cuatro miembros.
3. La demanda de atención diferenciada fue más frecuente entre los adolescentes con dificultades de la accesibilidad geográfica, institucional, económica y cultural. De éstas la geográfica y la institucional fueron predominantes.
4. En el I tipo de servicios los extramurales predominaron en relación a los servicios intramurales. La atención preventiva (51.9 %) tuvo mayor demanda que la curativa.
5. Las patologías más frecuentes por la que los adolescentes demandaron atención diferenciada fueron faringitis, amigdalitis estreptocócica, rinofaringitis aguda y el acné vulgar.
6. Se demostró asociación estadísticamente significativa entre escolaridad, accesibilidad económica, institucional y atención extramural con la demanda de atención (0.006).

CAPITULO VI

6. RECOMENDACIONES

Teniendo en consideración los resultados de la presente investigación se plantean las siguientes recomendaciones:

1. Promover la demanda de atención diferenciada en las instituciones educativas, instituciones sanitarias y en el ámbito familiar, fortaleciendo los procesos de información y comunicación.
2. Generar una cultura colaborativa interinstitucional liderada por el sector salud, a fin de articular esfuerzos por fortalecer el empoderamiento de los adolescentes.
3. Eliminar las barreras de accesibilidad geográfica, económica, institucional y cultural para los adolescentes haciendo que los servicios sean más amigables, efectivos y accesibles.
4. Fomentar la atención extramural y fortalecer y ampliar la atención preventiva para disminuir las situaciones de riesgo de los adolescentes.

CAPITULO VII

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud.
2. Shutt-Aine J, Maddaleno M. UNICEF. Guía de recomendaciones para la Atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad [Internet]. [Citado 20 marzo 2012]. Disponible en: http://www.unicef.org/argentina/spanish/resources_10846.htm.
3. Madrid J, Antona A. Reflexiones a propósito de la atención a adolescentes y jóvenes en salud sexual y reproductiva desde un servicio municipal de salud. Estudios de Juventud [Internet]. [Citado 20 marzo 2012]. Disponible en: www.injuve.es/.../08%20reflexiones%20a%20proposito.
4. Luengo X, Millán T, Zepeda A, Tijero M. Adolescentes urbanos: conocimientos sobre la salud sexual y reproductiva. Rev. Chil. Pediatr. vol.83 no.6 Santiago dic. 2012. Disponible <http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062012000600003>.
5. Girard G. Adolescencia y atención de la salud. Atención integral de adolescentes y jóvenes. Una propuesta con énfasis en la Atención Primaria de la Salud [Internet], 2000 [Citado 22 marzo 2012]. Disponible en: [http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Saludenla Adolescencia Avances hacia un Enfoque Integral](http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Saludenla%20Adolescencia%20Avances%20hacia%20un%20Enfoque%20Integral)
6. Ministerio de Salud del Ecuador. Salud de adolescentes guía 2014
7. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Plan Nacional de Prevención del Embarazo, [Internet] 2008 [Citado 20 marzo 2012]. Disponible en; <http://www.prenatal.tv/lecturas/ecuador/embarazoadolescencia>.
8. Vega B, Quizhpe A. Boletín Informativo del Proyecto CERCA. No 2. Junio 2011.
9. Sadler M, Obach A, Luengo X, Charath M, Biggs A, Plana P, Urrutia C. Estudio barreras de acceso a los servicios de salud para la prevención del embarazo adolescente en Chile. [Internet] Octubre de 2009-marzo de 2010 [Citado 20 marzo 2012]. Disponible en: <http://www.culturasalud.cl>.
10. Senderowitz J. Haciendo los servicios de salud reproductiva amigables para la juventud. FOCUS on Young Adults [Internet], 1999. [Citado 10 noviembre 2015]. Disponible en: <http://www.pathfind.org/focus.htm>

11. Palazzo L dos S, Béria JU, Tomasi E. Adolescentes que utilizan servicios de atención primaria: ¿Cómo viven? ¿Por qué buscan ayuda y cómo se expresan? Cad Saúde Pública. diciembre de 2003; 19(6):1655-65.
12. Alcántara E, Ortiz J. Accesibilidad a los servicios de salud sexual y reproductiva y contribución de los determinantes intermedios en los cambios de la fecundidad en el Perú. Centro de Investigación y Desarrollo [Internet]. Lima 2002. [Citado 2 febrero 2012]. Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0582>
13. Santos-Preciado JI, Villa-Barragán JP, García-Avilés MA, León-Álvarez G, Quezada-Bolaños S, Tapia-Conyer R. La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México. Salud Pública México. enero de 2003; 45:S140-52.
14. Maddaleno M, Guía de Argumentos para la Promoción y Defensa de los Compromisos de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) [Internet]; 2003. [Consultado 2 febrero 2012]. Disponible en: <http://www.unfpa.org>
15. Gesellschaft D, Zusammenarbei T. Manos a la Obra. Un Manual para el Trabajo con la Juventud en Salud Sexual y Reproductiva Cuenca, Ecuador [Revista en Internet]. [Citado 20 marzo 2012]. Disponible en: <http://www.gtz.de/srh>
16. Comes, Y; Solitario, Garbus R, Mauro M; Czerniecki, S; Vázquez, ; Sotelo, R, Stolkiner, El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios,2006
17. El IMSS en Cifras. La salud de los adolescentes, 2006.
18. García N. Accesibilidad a los servicios de salud en adolescentes. , México, 2008
19. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2008; 46 (1): 91-100
20. Serrano I. Servicios de salud sexual y reproductiva para la juventud inmigrante residente en España: Hechos y Esperanzas. Rev. Panorama. Guía Sex-Joven; 2009 [Revista en Internet]. [Citado 24 marzo 2012]. Disponible en: <http://www.fpfe.org/guiasexjoven>
21. Rojas M. Informe estadístico en Salud Sexual y Reproductiva: ESSA 2012. Proyecto CERCA. Revista Estadística N° 2 [Internet], Marzo 2012 [Citado 20 marzo 2012]. Disponible en: <http://www.proyectocerca.org>
22. Dirección de Normalización del Sistema Nacional de Salud. Situación actual de las Unidades de Atención Diferenciada para Adolescentes (ADAS) en el Ecuador. [Internet] Sistematización de Experiencias en 10 provincias [Citado 20 junio 2013]. Disponible en: <http://www.dnnsns.gob.ec>.
23. Vega B, Encalada E, Sarmiento M. Nudos Críticos para la atención en Salud Sexual y Reproductiva para adolescentes [Citado 20 junio 2013]. Disponible en: <http://www.proyectocerca.org/LinkClick.aspx?fileticket.tabid=86&mid>.

24. Dulanto E. Crecimiento y desarrollo en la pubertad. En Dulanto, E. (comp.) El Adolescente. México: McGraw-Hill Interamericana. 2000.
25. Corona F, Peralta E. Prevención de conductas de riesgo [Internet]. [Citado 28 agosto 2013]. Disponible en: http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2011/1%20enero/8_Dra_Corona-10.pdf.
26. Arillo G. El inicio de vida sexual en adolescentes mexicanas: una aproximación teórica y un análisis de datos de la ENSAR [Internet] 2008. [Citado 28 agosto 2013]. Disponible en: <http://132.248.35.1/bibliovirtual/Tesis/Arillo/contenido.pdf>.
27. Plan de acción 2012-2020. Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y jóvenes [Internet]. [Citado 20 agosto 2012]. Disponible en: <http://www.minsal.gob.cl/portal/.../b7c3deca300d7890e040010>.
28. La salud es un derecho humano [Internet]. [Citado 20 agosto 2012]. Disponible en: [salutxdesenvolupament.org/es/la salud como derecho humano](http://salutxdesenvolupament.org/es/la_salud_como_derecho_humano).
29. Sanabria C. Una aproximación teórica. La demanda por servicios de Salud. Revista de la facultad de Ciencias Económicas de la UNMSM [Internet] 2002. [Citado 28 marzo 2012]. Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/economia/1/a11.pdf>.
30. Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica de salud para la atención Integral de salud en la etapa de vida adolescente [Internet] Lima-Perú. [Citado 20 octubre 2013]. Disponible en: <http://redsaludjauja.gob.pe/descargar.php/archivo/hdh17394587bdf2a>.
31. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, [Internet] Managua, agosto [Citado 20 octubre 2013]. Disponible en: [www.iadb.org/WMSfiles/products/SM2015/Documents/Website/MINA Nicaragua](http://www.iadb.org/WMSfiles/products/SM2015/Documents/Website/MINA_Nicaragua).
32. Género y Salud reproductiva. [Internet]. [Citado 20 octubre 2013]. Disponible en: http://www.generoy saludreproductiva.salud.gob.mx/descargables/programas/paes/pae_adolescentes.pdf.
33. Consultoría para el Fortalecimiento del Modelo de Atención Integral en Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes, en el marco del Proyecto “Intervenciones estratégicas para el mejoramiento de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes jóvenes” (MEX5R11F).
34. Gaete V. Atención clínica del adolescente que consulta por un problema de Salud Rev Med Clin Condes 2011; 22(1) 5-13 [Internet] [Citado 26 agosto 2013]. Disponible en: http://www.clinicalascondes.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20.
35. Zubarew T, Maddaleno M. Programas y servicios de salud para adolescentes. Curso salud y desarrollo del adolescente. Universidad Católica de Chile. [Internet], [Citado 28 marzo 2012]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones>.

36. Dirección de atención integral de Salud. Norma técnica de salud: criterios y estándares de evaluación de servicios diferenciados de atención integral de salud para adolescentes. [Internet]. Lima- Peru. [. Citado el 28 de marzo de 2012]. Disponible en: <http://www.daisa.org.pe>
37. UNICEF. Salud y participación adolescente.
38. Castell P, Serrate F. Comprensión conceptual y factores que intervienen en el desarrollo de la intersectorialidad. Escuela Nacional de Salud Pública. Rev Cubana Salud Pública, abr- jun. 2009; 33 (2). *Versión On-line ISSN 0864-346*. [Citado 20 enero 2013].
39. Gómez de Vargas I, Ramírez I. La oferta y la demanda de los servicios de salud; [Internet] 2012. [Citado 28 marzo 2012]. Disponible en: <http://www.rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/download/4252/2621>.
40. ANED consultores. Impacto de los Servicios Amigables de salud reproductiva para las y los adolescentes. [Internet] Tegucigalpa, julio 2007. [Citado 28 marzo 2012]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2009/adolescentes/archivos/boletin02.pdf>
41. Mejía M, Montoya P, Blanco A, Mesa M, Moreno D, Pacheco C. Barreras para el acceso de adolescentes y jóvenes a servicios de salud. Propuesta para su identificación y superación. Documento Regional – 2010 [Internet]. [Citado 28 marzo 2012]. Disponible en: www.unfpa.org.co/uploadUNFPA/file/BarrerasJovenesWeb.pdf
42. Afluentes SC. Servicios de Salud Sexual y Reproductiva [Internet]. México DF. [Citado 2 de febrero de 2012]. Disponible en: <http://www.ssyrg.org.mx>
43. Enfodatos estadísticos y situación actual en materia de salud integral de adolescentes en la República de Panamá.
44. Ortiz MT, Louro I, Jimenez L, Siva LC. Salud Familiar. Caracterización en una área de salud. Rev Cub Med Gen Integr 1999; 15(3):24-31.
45. Núñez F. Psicología y salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001:101-112.
46. Moreno D, Púa R. Servicios de Salud Amigables para Adolescentes .2012
47. Proyecto Cerca. Informe país 2011.
48. Análisis de Situación de Salud de Poblaciones Diferenciales Relevantes. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Epidemiología y Demografía Grupo ASIS Colombia, [Internet] 2013. [Citado en agosto 2015] Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/An%C3%A1lisis%20de%20poblaciones%20diferenciales.pdf>

49. Perfil epidemiológico de la juventud en Guatemala 2013 [Internet]. [Citado agosto 2013]. Disponible en: http://www.ueprogramajuventud.org.gt/ftp/perfil_epidemiologico.pdf
50. Salud en la Etapa de Vida Adolescente. Boletín Estadístico de Salud. Ministerio de Salud Perú 2012. Disponible: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2732.pdf>

CAPITULO VIII

8. ANEXOS

Anexo 1: Encuesta para determinar los factores asociados a la demanda de servicios de atención diferenciada en adolescentes escolarizados. Área urbana del Cantón Cuenca, 2014.

Objetivo: Determinar los factores asociados a la demanda de servicios de atención diferenciada en adolescentes escolarizados en el área urbana del cantón Cuenca en el año 2014

Indicaciones: Estimado adolescente le agradeceré que lea detenidamente la presente encuesta y de respuesta con mucha sinceridad marcando con una (X) y resolviendo las preguntas que a continuación se le formulan. La información obtenida servirá para conocer los factores asociados a la demanda de servicios de atención diferenciada.

I. INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del establecimiento

Departamento/ provincia.....

Fecha de aplicación de la encuesta.....

Nombre del encuestador.....

II. INFORMACION INHERENTE A LOS FACTORES ASOCIADOS A LA DEMANDA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN DIFERENCIADA EN ADOLESCENTES

Introducción: Se aplicará el formulario a los adolescentes escolarizados seleccionados de los Centros de Educación Primaria y Secundaria para el estudio de la demanda de los Servicios de Atención Diferenciada en el Cantón Cuenca – Ecuador 2014.

I. Características Demográficas.

1. Edad _____ años
2. Sexo: () Masculino () Femenino
3. Lugar de procedência: Urbano: _____ Rural: _____

NIVEL DE ESCOLARIZACIÓN					
Primaria		Secundaria		Superior	Ninguno

5. Estado civil:

- () Soltero
- () Casado
- () Viudo
- () Divorciado
- () Unión libre

6. Tiene Relación laboral

- () Dependiente
- () Independiente
- () Condición laboral adecuada
- () Subempleado

7. Tamaño familiar:

- () 2
- () 3
- () 4
- () +5

8. Etnia

- () Indígena
- () Afroecuatoriano/a
- () Negro/a
- () Mulato/a
- () Montubio/a
- () Mestizo/a
- () Blanco/a
- () Otro/a
- () No sabe/No responde

9. Religión

- () Ninguna
- () Católico/a
- () Evangélico/a
- () Cristiano/a
- () Otro/a

II. Accesibilidad

Geográfica.

10. Existen servicios de salud para adolescentes

- Si
- No

11. Existe el transporte suficiente:

- Si
- No

12. Distancia que existe entre el lugar donde habitualmente vive y la consulta para recibir atención médica.

- Menos 1 Km.
- 1 – 3 Km.
- Más de 3 Km.

13. Tiempo que demora en llegar de su residencia para recibir atención

- Menos de 30 min.
- 30 – 60 min.
- Mas de 60 min.

Económica.

14. Promedio de ingreso familiar en \$ (USD).

- Menos de 300
- 300 – 500
- 501 – 1000
- 1001 – 1500
- Mas de 1500

15. Puede pagar los costos de la atención médica

- Siempre
- A veces
- Nunca

16. Cuenta con Seguro de atención Médica.

- Si
- No

Institucional.

17. Existe Espacio con privacidad para la atención de adolescentes

- Si
- No

18. Se obtienen turnos para atenderse cuando necesitan.

- Si
- No

19. Existe confidencialidad

- Si
- No

20. ¿Cuánto es en promedio el tiempo de espera para atenderse en la consulta?

- Menos de 30 min
- 30 – 60 min
- Mas de 60 min

21. ¿Cómo usted considera que son los horarios de atención de consulta?

- Adecuados
- Inadecuados

22. ¿Cómo considera que son los trámites administrativos para recibir atención médica en consultorios?

- Demorados
- Normales
- Rápidos

23. Obtuvo solución del problema de salud que la llevo a la atención

- Si
- No

24. Como fue la atención en el servicio de atención diferenciada

- Buena
- Mala

25. De la atención y trato recibido en el servicio de salud sexual y reproductiva usted ha quedado.

- Muy satisfecho.
- Satisfecho
- Insatisfecho
- Muy Insatisfecho

Cultural.

26. Los servicios de atención diferenciada usted considera que son apropiados a las necesidades de los adolescentes.

- Si
- No

27. En caso de no asistir al centro de atención diferenciada, los motivos fueron:

Culpa frente a una experiencia sexual ()

Temor a ser visto por los familiares ()

Temor a ser vistos por sus pares ()

A ser ridiculizados por sus pares ()

A ser maltratados por el personal de salud:

Médico....., enfermera....., farmacéutico.....

Temor a los procedimientos médicos ()

Temor a los efectos de los anticonceptivos ()

Solo las personas enfermas tienen que asistir a consulta ()

Demanda de atención médica (Referida a los últimos 6 meses) frecuencia y causa de la atención

28. ¿Requirió de los servicios de Atención Diferenciada en los últimos 6 meses?

- Si
- No

29. En caso afirmativo ¿Qué síntomas o necesidad de salud tenía?

- Control
- Enfermo
- Información

30. ¿Dónde se atendió?

En el establecimiento Min. Salud Pública:

- Servicios con horarios diferenciados
- Servicios con ambientes exclusivos
- Servicios diferenciados especializados

Fuera del establecimiento del Ministerio Salud Pública:

- Servicios móviles para la atención integral
- Servicios móviles para la atención integral en instituciones educativas
- Servicios coordinados con otras instituciones

31. En caso de no atenderse en Establecimiento del Ministerio de Salud Pública

¿Por qué motivo no lo hizo? Puede marcar varias respuestas.

- No tenía dinero
- No existe servicios
- No atienden a la hora que puedo ir
- Demora mucho para atender
- No tiene confianza
- Tengo seguro Médico
- Otro: _____

Nombre del Encuestado:

Fecha:

Encuestador:

Anexo 2: Carta de solicitud institucional para autorizar el estudio

Cuenca, de 2014
Sr. Dr.
Director de Salud y de Educación del Azuay
Cuenca

De mi consideración:

Aprovecho la ocasión para saludarlo cordialmente mi propósito es informarle que me encuentro realizando mi Proyecto de Tesis para optar por el Grado de Doctor en Ciencias de la Salud en la Escuela de Postgrado de la Universidad Nacional de Tumbes - Perú, sobre **“FACTORES ASOCIADOS A LA DEMANDA DE SERVICIOS DE ATENCION DIFERENCIADA EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS - AREA URBANA DEL CANTON CUENCA, 2014”**, por tal motivo solicito su autorización para aplicar un formulario y una ficha de registro de Datos diseñados para la recolección de los datos de la atención de los adolescentes escolarizados seleccionados en los Servicios de Salud que usted dirige.

Con la seguridad de contar con su apoyo le reitero a usted le anticipo mi agradecimiento.

Atentamente.

DRA. EDITH VILLAMAGUA JIMÉNEZ

Anexo 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

**FACTORES ASOCIADOS A LA A LA DEMANDA DE SERVICIOS DE ATENCION
DIFERENCIADA EN ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS - AREA
URBANA DEL CANTON CUENCA, 2014”.**

Esta investigación es para determinar los Factores relacionados con la demanda de Servicios de atención diferenciada en adolescentes escolarizados del Área urbana del Cantón de Cuenca, por lo que le solicitamos a Usted para participar voluntariamente en el presente trabajo. Antes de tomar una decisión de su participación lea con atención lo siguiente:

1. Su participación consiste en contestar un formulario con preguntas elaboradas apegadas a la realidad y con veracidad.
2. Toda la Información que nos ofrezca será considerada **CONFIDENCIAL** y utilizada con los fines de la investigación y solo tendrá acceso el investigador.
3. Si no desea participar en el estudio, tiene derecho a hacerlo, así como retirarse cuando lo desee esto no implica ningún prejuicio para su persona o en su atención.

En conocimiento y en función de mis facultades físicas, mentales y civiles, **YO**....., con cédula....., domiciliado en:, **ESTOY DE ACUERDO EN PARTICIPAR** en el presente estudio y a las exigencias que este supone, las cuales he tenido conocimiento mediante el presente documento.

Fecha:

Firma de participante:

Firma del investigador:

Anexo 4: Consentimiento informado

Título: Factores asociados a la demanda de servicios de atención diferenciada en adolescentes escolarizados del área urbana del Cantón Cuenca 2014.

La presente investigación tiene como objetivo s determinar los Factores relacionados con la demanda de servicios de atención diferenciada en adolescentes escolarizados del área urbana adolescentes escolarizados del Área urbana del Cantón de Cuenca, por lo que le solicitamos a Usted para participar voluntariamente en el presente trabajo. Antes de tomar una decisión de su participación lea con atención lo siguiente:

1. Su participación consiste en contestar un formulario con preguntas elaboradas en función de los objetivos de investigación.
2. Toda la información que usted nos ofrezca será considerada **CONFIDENCIAL** y utilizada con los fines de la investigación y solo tendrá acceso el investigador.
3. Si no desea participar en el estudio, tiene derecho a hacerlo, así como retirarse cuando lo desee esto no implica ningún prejuicio para su persona o en su atención.

En conocimiento y en función de mis facultades físicas, mentales y civiles, **YO**....., con cédula....., domiciliado en:, **ESTOY DE ACUERDO EN PARTICIPAR** en el presente estudio y a las exigencias que este supone, las cuales he tenido conocimiento mediante el presente documento.

Fecha:

Firma de participante:

Firma del investigador:

Anexo 5: Operacionalización de las variables

VARIABLE INDEPENDIENTE: FACTORES ASOCIADOS

DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN DE LA DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA O VALOR
Se define como las características sociodemográficas de los adolescentes las mismas que podrían estar asociadas a la demanda por los servicios de atención diferenciada del adolescente	DEMOGRÁFICOS			
	EDAD	Edad en años de vida cumplidos	Adolescencia temprana Adolescencia tardía	10 a 14 años 15 a 19 años
	SEXO	Condición orgánica, psicológica y social que diferencia al hombre de la mujer	Fenotipo	Femenino Masculino
	PROCEDENCIA	Área o lugar de origen	Lugar de nacimiento	Urbano Rural
	INSTRUCCIÓN	Nivel de Escolarización según estudios	Último año aprobado	Primaria Secundaria
	ESTADO CIVIL	Situación civil que presenta el adolescente	Situación conyugal	Soltero Casado Viudo Divorciado Conviviente Unión libre Dependiente Independiente Condición laboral adecuada Subempleado
	OCUPACIÓN	Situación laboral	Relación laboral	2 3 4
	Tamaño familiar	El número de hijos por pareja		2 3 4
	Etnia	Conjunto de personas que comparten rasgos culturales, idioma, religión, celebración de ciertas festividades, y, muchas veces, un territorio.		Indígena/o Afroecuatoriano/a Negro/a Mulato/a Montubio/a Mestizo/a Blanco/a Otro/a No sabe/No responde Ninguna Católico/a Evangélico/a Cristiano/a
	Religión	Creencias y prácticas sobre condiciones de tipo existencial, moral y sobrenatural	Creencias	Católico/a Evangélico/a Cristiano/a
Accesibilidad		es el grado de ajuste entre las	Existen centros de atención diferenciada	Si No
	Geográficas		Existe el transporte suficiente Distancia que existe desde su casa a la consulta Tiempo que demora en llegar de su residencia para recibir atención	Si No Km Minutos a horas
	Económicas		Ingreso económico familiar Puede pagar los costos de la atención médica Tiene seguro médico	Dólares Si No Si No
	Institucionales		Infraestructura. Espacio de privacidad para la atención de adolescentes Se obtienen turnos para atenderse cuando necesita atención Existe confidencialidad Tiempo de espera para consulta Distancia que existe desde su casa a la consulta Administrativas. Horarios de atención Trámites administrativos para recibir atención	Si No Si No Si No Si No Km Adecuados Demorados Normales Rápidos
	Culturales		Resolutividad: Obtuvo solución del problema de salud que la llevo a la atención Calidad de la atención De la atención y trato recibido en el servicio de salud sexual y reproductiva usted ha quedado Los servicios de atención diferenciada considera que son apropiados a las necesidades de las adolescentes En caso de no asistir al centro de atención los motivos fueron:	Si No Buena Mala Satisfecho Insatisfecho Si No Ansiedad temor Solo las personas enfermas tienen que asistir a la

VARIABLE DEPENDIENTE: DEMANDA POR LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN DIFERENCIADA

DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSION	INDICADORES	ESCALA O VALOR
Búsqueda de atención de los adolescentes en los servicios de atención diferenciada	Tipo de servicio	Extramural	Nominal
		Intramural	
	Tipo de atención	Preventiva	Nominal
		Curativa	
	Según problema de Salud	Diagnostico	Nominal

Anexo 6: Lógica esencial del programa de promoción de la demanda por atención diferenciada de los adolescentes escolarizados - área urbana del cantón Cuenca, Ecuador.

I.- INTRODUCCIÓN

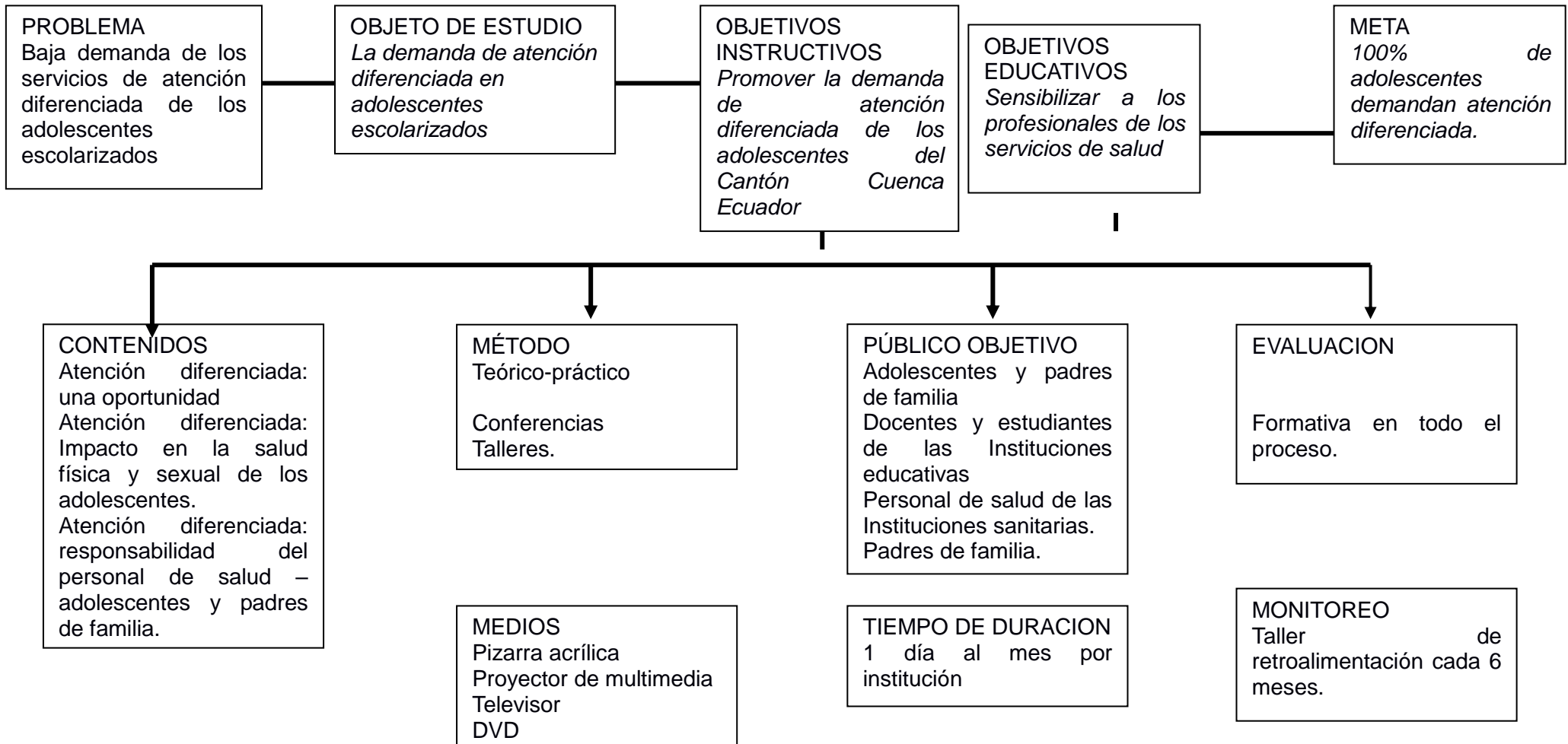
Cada profesión se caracteriza entre otras cosas por la manera en que regularmente los profesionales desarrollan su actividad. El promover el ejercicio consciente y desarrollador de la profesión lleva implícito el favorecer que el profesional se involucre responsablemente en la aplicación de estrategias que le permitan una actuación benéfica y creadora en los disímiles problemas que su profesión le imprime. Esto se logra precisamente a través del método de actuación profesional, el cual sintetiza la riqueza profesional pero expresada en una actuación convencida y eminentemente ética.

II.-JUSTIFICACION

La investigación realizada ha permitido caracterizar la *demanda de atención diferenciada de los adolescentes escolarizados del Cantón Cuenca del Ecuador* y que valoradas se ubican en aun en una condición susceptible de ser modificada a partir del proceso de capacitación, es así que como un aporte del proceso de investigación científica se plantea la lógica esencial sobre la que se sustenta EL PROGRAMA DE PROMOCION DE LA DEMANDA POR ATENCION DIFERENCIADA DE LOS ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS - ÁREA URBANA DEL CANTÓN CUENCA, ECUADOR

III. PROGRAMA DE CAPACITACIÓN PARA LA PROMOCION DE LA DEMANDA POR ATENCION DIFERENCIADA DE LOS ADOLESCENTES ESCOLARIZADOS - ÁREA URBANA DEL CANTÓN CUENCA, ECUADOR

LÓGICA ESENCIAL DEL PROGRAMA DE CAPACITACION EN SERVICIOS PARA LA PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS OBSTÉTRICAS BASADAS EN EVIDENCIAS CIENTÍFICAS



UNIDADES TEMATICAS	CONTENIDOS CONCEPTUALES SABER, CONOCER	CONTENIDO PROCEDIMENTAL SABER HACER	CONTENIDOS ACTITUDINALES SABER SER	ACTIVIDADES A DESARROLLAR
<i>Atención diferenciada: una oportunidad dedicada a uno de los sectores más vulnerables de la población</i>	<i>Fundamentos teóricos de la importancia de atención diferenciada de los adolescentes como una oportunidad para uno de los sectores vulnerables de la población</i>	<i>Analizan e interpretan la importancia de la atención diferenciada de los adolescentes como una oportunidad dedicada a uno de los sectores más vulnerables de la población.</i>	<i>Personal de salud, docentes y estudiantes se sensibilizan e identifican concientizan con la atención diferenciada de los adolescentes</i>	Conferencia Taller
<i>Atención diferenciada y su impacto en la salud física y sexual de los adolescentes</i>	<i>Fundamentos teóricos de la Atención diferenciada y su impacto en la salud física y sexual de los adolescentes</i>	<i>Analizan e interpretan el impacto de la Atención diferenciada en la salud física y sexual de los adolescentes</i>	<i>Se identifica y concientiza con el impacto de la atención diferenciada del adolescente en la salud física y sexual de los adolescentes</i>	Conferencia Taller
<i>Atención diferenciada del adolescente: responsabilidad del personal de salud, educación y familia.</i>	<i>Fundamentos teóricos de la atención diferenciada del adolescente como responsabilidad del personal de salud, educación y familia.</i>	<i>Analizan y asumen con responsabilidad trabajar y promover la atención diferenciada de los adolescentes.</i>	<i>Asume con responsabilidad la necesidad de trabajar por la atención diferenciada de los adolescentes.</i>	Conferencia Taller.

Tabla 6

Motivo por el que no busca atención	n	%
No tener dinero	51	12
Demora mucho la atención	85	20
No atienden cuando el paciente dispone de tiempo	64	15
No tienen confianza en el médico	47	11
Tienen seguro médico privado	38	9

Temores que no permiten buscar atención	n	%
Sentimiento de culpa frente a una experiencia sexual	34	8
Temor a ser visto por los familiares	56	13
Temor a ser visto por los amigos	43	10
Temor a que se burlen los amigos	26	6
Maltrato del médico	17	4
Maltrato de la enfermera	9	2
Maltrato del psicólogo	4	1
Maltrato del farmacéutico	21	5
Temor a los procedimientos médicos	73	17
Temor a los efectos de los anticonceptivos	21	5
Creencia que solo los enfermos deben visitar al médico	43	10