

Las comunidades responden al desafío de la prevención del embarazo de adolescentes

# Mejora del acceso de los adolescentes a los métodos anticonceptivos

Claire Brindis, Dr. P.H.  
Laura Davis, M.A.

Serie de Advocates for Youth  
Volumen IV  
2001

Claire Brindis, Dr. P.H.  
Institute for Health Policy Studies  
Departamento de Pediatría, División de Medicina de los Adolescentes  
Universidad de California en San Francisco

y

Miembro, Junta Directiva  
Advocates for Youth

Laura Davis, M.A.  
Directora, Iniciativa de Prevención del Embarazo de Adolescentes  
Advocates for Youth

con contribuciones especiales de  
Margaret Pruitt Clark, Ph.D.  
Sharon Rodine, M.Ed.

Marjike Velzeboer, Jefe de redacción  
Sue Alford y Susan Pagliaro,  
Jefes de redacción de la serie

*Las comunidades responden al desafío de la prevención del embarazo de adolescentes*  
Serie de Advocates for Youth.

*Mobilizing for Action* [Movilización para la acción], vol. I  
*Building Strong Foundations, Ensuring the Future* [Establecimiento de bases sólidas para asegurar el futuro], vol. II  
*Designing Effective Family Life Education Programs* [Diseño de programas eficaces de educación para la vida de familia], vol. III  
*Improving Contraceptive Access for Teens* [Mejora del acceso de los adolescentes a los métodos anticonceptivos], vol. IV  
*Linking Pregnancy Prevention to Youth Development* [Vínculo de la prevención del embarazo con el desarrollo de los jóvenes], vol. V

**Nota:** Todos los volúmenes se han publicado en inglés. El volumen IV es el único con traducción al español.



© 2001 **Advocates for Youth**  
James Wagoner, Presidente  
2000 M Street NW, Suite 750  
Washington DC, 20036  
United States of America  
[www.advocatesforyouth.org](http://www.advocatesforyouth.org)  
Phone: 202.419.3420  
Fax: 202.419.1448  
E-mail: [info@advocatesforyouth.org](mailto:info@advocatesforyouth.org)

Advocates for Youth expresa sus agradecimientos a la Carnegie Corporation de Nueva York, a la General Service Foundation y a la Charles Steward Mott Foundation por su apoyo para la publicación de la versión en inglés de esta obra, titulada *Communities Responding to the Challenge of Adolescent Pregnancy Prevention*. Las instituciones citadas no se adhieren necesariamente a las opiniones aquí expresadas.

## Prefacio

Bienvenidos a este medio de información titulado *Las comunidades responden al desafío de la prevención del embarazo de adolescentes*, un nuevo recurso para planificadores de programas, proveedores de servicios, especialistas en educación sanitaria y sexual, dirigentes comunitarios y defensores de los jóvenes. Esta serie ofrece recursos e información para abordar la naturaleza multifacética del embarazo de adolescentes, empleando las lecciones aprendidas de la investigación y prometiendo establecer programas a lo largo y ancho de los Estados Unidos.

La tasa de embarazo de adolescentes en los Estados Unidos sigue siendo una de las más altas de todos los países industrializados y su reducción es un motivo primordial de preocupación tanto para las instancias normativas como para los miembros de la comunidad. El embarazo a temprana edad afecta no solamente a las adolescentes sino también a las familias, las comunidades y la nación en general. Los factores vinculados al embarazo de adolescentes son complejos y comprenden desde pobreza, fracaso escolar y problemas de comportamiento hasta disgustos familiares y acceso restringido a los servicios de salud. Por ende, la prevención de esos embarazos no es tarea fácil.

En todos los programas de prevención del embarazo es preciso tener en cuenta que los adolescentes presentan diferentes grados de riesgo. Algunos necesitan intervenciones menos numerosas e intensivas, en tanto que otros exigen servicios más amplios y continuos. Como mínimo, todos los adolescentes necesitan educación sexual precisa, equilibrada, permanente y apropiada para su edad. Los adolescentes sexualmente activos necesitan acceso a servicios anticonceptivos para prevenir el embarazo o las enfermedades de transmisión sexual (ETS). Las adolescentes que han tenido uno o más partos necesitan amplia orientación para la planificación familiar y otros servicios para ayudar a aplazar o reducir el número ulterior de partos durante la adolescencia. Sin embargo, para la mayoría de la población adolescente, la educación para la vida de familia y otros servicios deben estar vinculados a la motivación de aplazar el embarazo y la procreación a temprana edad y a alternativas viables con respecto a esto último.

Además, es importante reconocer que cada adolescente necesita intervenciones distintas en diferentes etapas de ese período de la vida. Por lo tanto, durante los primeros años de la pubertad, los adolescentes tienen máximas posibilidades de beneficiarse de mensajes claros y coherentes sobre la abstinencia. A medida que entran a la adolescencia, es probable que los jóvenes inicien la actividad sexual y, por lo tanto, necesitarán mensajes claros, coherentes y con información médica precisa sobre el uso eficaz de anticonceptivos y la protección contra las ETS y la infección por el VIH e información sobre los beneficios de la abstinencia. A las adolescentes embarazadas es preciso ofrecerles una amplia gama de intervenciones, desde orientación sobre las opciones relacionadas con el embarazo hasta servicios de aborto, adopción y atención prenatal. Los padres adolescentes necesitan otro conjunto de intervenciones, que incluya cuidado del niño, servicios sociales y capacitación para el empleo.

Dadas las arraigadas creencias personales y la sensibilidad política que rodean a las cuestiones de actividad sexual y embarazo en la adolescencia, muchas comunidades enfocan sus actividades de prevención del embarazo ya sea en abstinencia o en servicios para adolescentes embarazadas o para adolescentes dedicados a la crianza de los hijos. En estos enfoques de horizonte limitado se dejan de lado las necesidades de muchos adolescentes. En la educación que fomenta la abstinencia solamente se hace caso omiso de las necesidades de información y servicio de la población adolescente sexualmente activa y de quienes practican la abstinencia que, casi con seguridad, iniciarán la actividad sexual en algún momento de su vida. En los servicios para adolescentes embarazadas y para adolescentes

dedicados a la crianza de los hijos se pasan por alto las necesidades de otros que no están en la misma situación.

Los volúmenes de esta serie alientan a las comunidades a abordar la sexualidad de los adolescentes de una forma equilibrada y real. En esta serie se esbozan nuevas estrategias para llegar a los jóvenes, especialmente a la población expuesta al mayor riesgo de embarazo a temprana edad. Estas estrategias ponen en tela de juicio las actividades tradicionales que a menudo han llegado demasiado tarde y en número insuficiente, son de alcance limitado y crean demasiada confusión. Esta serie aclara por qué están expuestos a riesgo los jóvenes y aborda los complejos elementos de la ejecución o ampliación de los programas de prevención del embarazo de adolescentes. La serie está organizada de la manera siguiente:

**Volumen I. Mobilizing for Action [Movilización para la acción].** En este volumen se examina la forma de sensibilizar más al público y de conseguir apoyo para iniciativas de prevención del embarazo en la comunidad. Se reseñan investigaciones recientes sobre el embarazo de adolescentes; se examinan los principales elementos para organizar y manejar una coalición en el ámbito comunitario; se esbozan los pasos para planear, realizar y evaluar campañas de defensa de intereses y educación pública; y se ofrecen consejos prácticos para trabajar con los medios de comunicación, las instancias normativas y otros interesados de importancia.

**Volumen II. Building Strong Foundations, Ensuring the Future [Establecimiento de bases sólidas para asegurar el futuro].** Este volumen ofrece guía paso a paso sobre la forma de evaluar las necesidades y ventajas de los jóvenes en la comunidad, la forma de establecer una sólida base financiera para los programas y la manera de planear la evaluación de los programas de prevención del embarazo.

**Volumen III. Designing Effective Family Life Education Programs [Diseño de programas eficaces de educación para la vida de familia].** Este volumen explica los componentes de los programas eficaces de educación para la vida de familia y ofrece orientación para planear y ejecutar programas de esa naturaleza y de educación sexual. Se basa en los conocimientos adquiridos por medio de actividades eficaces en marcha.

**Volumen IV. Improving Contraceptive Access for Teens [Mejora del acceso de los adolescentes a los métodos anticonceptivos].** En este volumen se examinan las barreras y los obstáculos que restringen el uso de anticonceptivos por parte de los jóvenes. Se discuten estrategias clave para planear y ejecutar programas de disponibilidad de anticonceptivos, a partir de modelos de eficacia comprobada.

**Volumen V. Linking Pregnancy Prevention to Youth Development [Vínculo de la prevención del embarazo con el desarrollo de los jóvenes].** Este volumen aborda el valor de motivar a los adolescentes para que demoren la procreación y amplíen sus metas educativas y económicas. Se exploran los elementos críticos de esos programas y se señalan las estrategias que han tenido éxito. Los modelos demuestran la forma de vincular los programas y servicios de salud de los adolescentes, incluidos la educación para la vida de familia y los servicios anticonceptivos, al desarrollo de los jóvenes.

La eficacia de los programas no está solamente en el contenido. El diseño, el desarrollo, la entrega, la calidad y la evaluación de un programa son igualmente de vital importancia para lograr éxito. También es importante la gente que ofrece los programas. A continuación se citan los principios que forman la base de las actividades exitosas de prevención del embarazo de adolescentes.

## Principios para establecer programas exitosos de prevención del embarazo

1. Reconocer que el comportamiento sexual de los adolescentes es una cuestión compleja que para los adultos suele ser incómoda y difícil de tratar.
  2. Crear estrategias basadas en las últimas investigaciones sobre el embarazo de adolescentes.
  3. Iniciar programas a temprana edad y ofrecer intervenciones que lleguen a los jóvenes en la niñez, la adolescencia y el comienzo de la edad adulta.
  4. Recalcar la importancia de la prevención del embarazo a temprana edad para varones y mujeres.
  5. Reconocer que la prevención del primer embarazo exige estrategias diferentes de las empleadas en la reducción del número de embarazos ulteriores.
  6. Evaluar la eficacia y la calidad de los programas y ampliar las bases existentes.
  7. Asegurarse de que los programas sean amplios, integrados y polifacéticos.
  8. Hacer participar a los miembros de la comunidad y a los adolescentes en la planificación de programas, la prestación de servicios y la evaluación.
  9. Colaborar con otros sectores de la comunidad, incluso con las empresas, las organizaciones religiosas y los medios de información pública.
  10. Fijar metas acordes con la realidad, según los recursos disponibles, cronogramas definidos y objetivos alcanzables.
  11. Reconocer que la verdadera prevención del embarazo encierra un proceso de desarrollo secuencial, no necesariamente lineal.
  12. Reconocer que la sostenibilidad a largo plazo exige una gran inversión de tiempo y dinero y personas dispuestas a contraer un compromiso.
  13. Reconocer que las actividades eficaces de prevención del embarazo acarrear grandes dificultades y exigen que se asuman riesgos calculados.
- 

En el volumen I de esta serie, titulado *Mobilization for Action* [Movilización para la acción], se discuten esos principios.

Por último, los autores desean expresar sus agradecimientos a las muchas personas sin cuya dedicación y asistencia no habría podido publicarse esta serie. Hacemos llegar nuestro agradecimiento especial a Cristina W. Ritchie por la determinación y el entusiasmo aportados a este proyecto, su habilidad como redactora y su asistencia en investigación. También deseamos expresar nuestro reconocimiento a Debra Hauser, Barbara Huberman, Michael Dalmat, Kathleen Farrell, Jackie Fleming Hampton, Cristina Herdman, Ammie Feijoo, Michelle Gilliam, Sabrina Freeman, Tracy A Kreutzer, Caroline Russell, Karen Enns, Catherine Ornelas, Ilana Nossel, Shelby Pasarell, Erica Uhlmann y Alison Turoff. Los autores tienen una deuda de gratitud con J.J. Card de Sociometrics Corporation por su importante contribución a este volumen. La Dra. Brindis hace llegar su profundo reconocimiento también a la Oficina de Salud Maternoinfantil del Gobierno Federal de los Estados Unidos por el apoyo brindado a este proyecto.

## Introducción

Los adolescentes sexualmente activos necesitan acceso a información y servicios de planificación familiar para prevenir un embarazo no deseado (Brindis, 1990; Kirby, 1997). También necesitan apoyo y aliento de sus compañeros, los adultos y los medios de comunicación para usar anticonceptivos de una manera eficaz y continua. La mejora del uso de anticonceptivos por adolescentes sexualmente activos exige expansión y mejora de los servicios existentes para que ese grupo de la población tenga más posibilidades de usarlos. Los adolescentes también necesitan servicios confidenciales, seguros y convenientes. Para cambiar las normas sociales sobre el uso de anticonceptivos por adolescentes, los padres de familia deben discutir abiertamente el comportamiento sexual responsable y sano con sus hijos adolescentes; los compañeros deben apoyarse y mostrar unos a otros la importancia de las relaciones sexuales seguras y con protección; y los medios de comunicación deben presentar imágenes positivas de la sexualidad, incluso mensajes sobre la conducta sexual responsable, la abstinencia y la anticoncepción.

En este volumen se examina la importancia de los programas de uso de anticonceptivos, se discuten estrategias para mejorar el acceso a los anticonceptivos, se proporciona información sobre programas modelo y se abordan las cuestiones clave del establecimiento y la ejecución de programas.

## Sección I

# La importancia de los programas de acceso a anticonceptivos



## Capítulo 1

### Los adolescentes, la información sobre el uso de anticonceptivos y los servicios pertinentes

Los adolescentes sexualmente activos que no usan ningún método anticonceptivo están expuestos a un gran riesgo de embarazo; las jóvenes subestiman a menudo la posibilidad de quedar embarazadas y los varones, de causar un embarazo. Las relaciones sexuales son a menudo esporádicas, no planeadas y sin protección, lo que deja a las jóvenes vulnerables al embarazo y a los adolescentes de ambos sexos expuestos a las enfermedades de transmisión sexual (ETS). En este capítulo se discuten los factores relacionados con el embarazo de adolescentes y el uso de anticonceptivos por ese grupo de la población. El apéndice B contiene información específica sobre contactos con varios programas de acceso a anticonceptivos destinados a los adolescentes.

#### ● HECHOS

---

#### El riesgo de embarazo de las adolescentes y el uso de anticonceptivos

- Tres cuartas partes de los embarazos no deseados de adolescentes ocurren en jóvenes que no usan ningún método anticonceptivo (Westoff, 1988).
  - Entre 85 y 95% de las adolescentes sexualmente activas que no usan ningún método anticonceptivo quedan embarazadas un año después de comenzar a tener relaciones sexuales (Instituto Alan Guttmacher, 1994).
  - Muchas jóvenes sexualmente activas se creen inmunes al riesgo de embarazo. Muchas no planean su primer acto sexual (Moore, Miller, Gleit et al., 1995).
  - Sin embargo, en los últimos años ha aumentado el uso de anticonceptivos por adolescentes, con la consiguiente reducción del aborto y las tasas de natalidad a pesar del alto número de jóvenes sexualmente activos. Según la Encuesta Nacional de Crecimiento de la Familia realizada en 1995, 76% de las mujeres que comenzaron a tener relaciones sexuales en los años noventa emplearon algún método anticonceptivo en su primera relación sexual, proporción que representa una mejora sustancial de más de 50% en relación con el número de mujeres que hicieron esa declaración antes de 1980 (Centro Nacional de Estadísticas de Salud, 1997).
- 

La importancia de los servicios de planificación familiar en la reducción de las tasas de embarazo de adolescentes está bien documentada.

*Desde 1970, se han ofrecido servicios subvencionados de anticoncepción a las mujeres por medio de dispensarios de servicios de planificación familiar financiados con fondos del gobierno federal (Título X) y Medicaid. Cada año, 24% de las usuarias de métodos anticonceptivos reversibles en los Estados Unidos reciben servicios de planificación familiar de una fuente pública; aproximadamente 63% de las mujeres de 15 a 19 años reciben servicios por medio de una fuente pública (Forrest, Samara, 1996).*

La prestación de servicios de anticoncepción a los adolescentes sigue siendo polémica. Con todo, la evaluación de los programas que ofrecen información y servicios de anticoncepción a los adolescentes

no ha permitido comprobar que la disponibilidad de anticonceptivos anime a los adolescentes a aumentar la actividad sexual o a iniciarla más pronto de lo que lo habrían hecho de otro modo (Kirby, 1997). Para más información sobre evaluación, sírvase referirse al apéndice C de este volumen y al volumen II de esta serie.

Los adolescentes obtienen información y servicios de anticoncepción de varias formas. Casi todos reciben información de los padres, amigos, revistas y libros, cursos de educación sexual, la televisión y el cine. Las droguerías y los dispensarios de servicios de planificación familiar son las principales fuentes de anticonceptivos.

## ● HECHOS

---

### Información sobre anticonceptivos y servicios pertinentes

- Según una encuesta realizada en 1996, los adolescentes obtuvieron información sobre la actividad sexual o la anticoncepción, o ambas cosas, de sus padres (72%), maestros, enfermeras y clases de educación sexual (69%), amigos (60%) y los medios de comunicación (39%), como revistas, la televisión y el cine (Fundación de la Familia de Henry J. Kaiser, 1996).
  - Los métodos anticonceptivos más comúnmente usados por los adolescentes son los condones y las píldoras anticonceptivas (Centro Nacional de Estadísticas de Salud, 1997); Forrest, Singh, 1990; Mosher, 1990). Una cuarta parte de las adolescentes que toman la píldora tienen parejas que también usan condones (Instituto Alan Guttmacher, 1994).
- 

Con las crecientes tasas de incidencia de la infección por el VIH y otras ETS en los jóvenes, el mayor uso de condones por los adolescentes reviste alta prioridad para los profesionales de salud pública. En muchas comunidades, los jóvenes pueden obtener anticonceptivos en máquinas expendedoras, unidades móviles, actividades de extensión en la calle y servicios escolares o vinculados a las escuelas y en los centros comerciales.

## Capítulo 2

### Obstáculos para el acceso de los adolescentes a los anticonceptivos

Las investigaciones muestran que si bien casi todos los adolescentes conocen los diferentes métodos anticonceptivos y dónde obtenerlos, muchas barreras reales (logísticas) y percibidas limitan su acceso a los servicios de salud reproductiva.

**Barreras logísticas.** Restricciones de costo y tiempo, falta de seguro o de otras formas de pagar las consultas de atención de salud, larga espera, lugares inaccesibles, falta de transporte e inflexibilidad en el horario de funcionamiento.

**Barreras percibidas.** Temor de que no se respete la confidencialidad, miedo de que los padres se enteren, vergüenza, información errónea sobre los riesgos del embarazo y de las ETS, miedo de procedimientos como exámenes de sangre o de la pelvis, temor de efectos secundarios, ignorancia de la necesidad de anticoncepción (especialmente en adolescentes de corta edad), incomodidad con el personal del dispensario y desconocimiento de los derechos legales a servicios de planificación familiar y al aborto.

Si bien las barreras logísticas se pueden superar fácilmente con buena planificación, las barreras percibidas, a saber, temor e información errónea, están más generalizadas y son más difíciles de cambiar. Los estudios hechos muestran que hoy en día, como en el pasado, muchos adolescentes carecen de conocimientos precisos sobre los métodos anticonceptivos y tienen creencias exageradas sobre sus efectos secundarios (Instituto de Medicina, 1995; Zabin y Hayward, 1993). Los adolescentes más jóvenes no suelen comprender el riesgo de embarazo y, por tanto, tienen menos posibilidades de usar métodos anticonceptivos que los de mayor edad (Zabin, Stark, Emerson, 1991). Casi todos los adolescentes desconocen los exámenes de sangre y de la pelvis normalmente necesarios para recetar anticonceptivos y tienen miedo de someterse a ellos (Armstrong, Stover, 1994). Además, la actividad sexual de los adolescentes suele ser intermitente, lo que puede influir en su deseo o capacidad de planear un acto sexual seguro y protegido (Benson, Torpy, 1995; Instituto Alan Guttmacher, 1994).

Muchos adolescentes, especialmente los menores, carecen de la madurez intelectual necesaria para entender la relación entre un acto y sus consecuencias a largo plazo. Las cuestiones relacionadas con el desarrollo de los adolescentes que presentan barreras para el acceso a anticonceptivos y el uso de éstos incluyen la falta de capacidad para entender las consecuencias del embarazo a temprana edad, la adopción de prácticas anticonceptivas ineficaces y el uso esporádico de anticonceptivos. Un apéndice del volumen III contiene un resumen de las etapas de desarrollo de los adolescentes.

Los jóvenes temen a menudo la reacción de los padres a su uso de anticonceptivos. Aun así, algunos proveedores de atención de salud exigen el consentimiento de los padres para poder recetar anticonceptivos a sus hijos adolescentes. Más de una cuarta parte de los médicos particulares exigen que los adolescentes pidan consentimiento a sus padres antes de recibir una receta de anticonceptivos orales, aunque, en la mayoría de los estados, los jóvenes pueden tener acceso a anticonceptivos sin el consentimiento de sus padres (Forrest, Gold y Kenney, 1989).

A menudo los adolescentes se avergüenzan de pedir anticonceptivos sin receta. En una encuesta de droguerías y pequeñas tiendas de abarrotes de Washington, D.C. hecha en 1996 por educadores de un grupo de iguales asignados por Advocates for Youth se observó que 83% de las tiendas y 15% de las

droguerías vendían condones detrás del mostrador, lo que obligaba a los compradores a pedirlos. Solo 33% de las tiendas marcaban la localización con claridad, con signos fácilmente visibles. Las adolescentes que pidieron ayuda para la compra de condones observaron una actitud de resistencia o de censura por parte de los vendedores 26% del tiempo (Advocates for Youth, 1996a).

Los adolescentes no son los únicos que se sienten incómodos de discutir el tema de los anticonceptivos. Muchos proveedores de atención informan que con frecuencia experimentan lo mismo al mencionar asuntos de sexualidad y uso de anticonceptivos a sus pacientes adolescentes.

Las investigaciones realizadas en el decenio de 1970 revelaron que, en promedio, las adolescentes sexualmente activas acudieron a un dispensario de servicios de planificación familiar nueve meses después de su primer acto sexual, a menudo por temor de embarazo (Zabin, Clark, 1981). La información recién publicada indica que la proporción de mujeres que esperan más de un mes después de su primer acto sexual para ver a un proveedor de atención creció de 76 a 79% entre el decenio de 1970 y 1995. Entre 1991 y 1995, las mujeres jóvenes esperaron un período mediano de 22 meses antes de visitar un servicio de planificación familiar u otro proveedor de atención de salud (Finer, Zabin, 1998). Si bien los datos recientes muestran una gran mejora del uso de condones y de otros anticonceptivos por parte de los adolescentes, los proveedores de servicios de planificación familiar y otros deben hacer más para asegurarse de que los jóvenes estén protegidos contra el embarazo y las ETS, incluidos el VIH/sida.

La función tradicional asignada a los hombres y las mujeres de acuerdo con su sexo también constituye una barrera para el uso de anticonceptivos. Con frecuencia, los hombres desempeñan un papel importante en la elección del método anticonceptivo usado por su pareja, pero a menudo se les excluye del mundo de la planificación familiar, la adopción de decisiones sobre la salud reproductiva y la educación para la crianza de los hijos. La imagen de las relaciones heterosexuales proyectada por los medios de información pública apoya más esa división de funciones según el sexo de la persona. Los medios de comunicación están saturados con titulares e imágenes de placer sexual y fantasía, pero los espectáculos cargados de sexualidad raras veces envían mensajes convincentes sobre responsabilidad sexual, comunicación sobre una vida sana y uso de anticonceptivos.

Hay otras barreras relacionadas con los cambios en los sistemas de prestación de atención de salud y financiamiento. Con el traslado a la atención administrada, los adolescentes carecen a menudo de acceso a proveedores de servicios de planificación familiar amigos de los jóvenes. Dentro de las organizaciones de atención administrada, los procedimientos de preparación de cronogramas, los arreglos de facturación y los sistemas de referencia a especialistas pueden amenazar la relación confidencial del cliente con el proveedor. La idea de privacidad es crítica para los adolescentes que buscan atención para conseguir un método anticonceptivo. Con todo, muchos adolescentes, por temor de perder la confidencialidad, dudan en compartir el mismo proveedor de atención de salud con sus padres y otros familiares.

Por último, es posible que los adolescentes conozcan poco los métodos anticonceptivos más modernos. Por ejemplo, la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos ha aprobado el uso de anticonceptivos en casos de emergencia como forma inocua y eficaz de prevenir el embarazo. Sin embargo, según el Colegio Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos, casi ninguna mujer conoce los beneficios y la disponibilidad de esa clase de método anticonceptivo (Koglin, 1995).

## Capítulo 3

### Factores contribuyentes al uso de anticonceptivos por los adolescentes

Si bien las mujeres adolescentes y adultas comparten algunas similitudes relacionadas con el uso de anticonceptivos, las primeras suelen enfrentar barreras, como el costo de los servicios y la falta de transporte. Dadas esas barreras, los proveedores de servicios de planificación familiar deben adaptarlos a los adolescentes. Antes de examinar las estrategias clave para que los dispensarios de servicios de planificación familiar sean “amigos de los adolescentes,” este capítulo analiza los factores que apoyan el uso de anticonceptivos por los adolescentes. A continuación se discuten varias teorías de comportamiento en materia de salud aplicables al cambio de comportamiento en la adolescencia.

**Etapas del modelo de cambio.** Cuando se aplica a la prevención del embarazo, este modelo se centra en la educación y la adquisición de aptitudes para profundizar la conciencia de los jóvenes con respecto a las posibles consecuencias de la actividad sexual y motivarlos a planear y a tomar medidas de prevención. En este modelo se reconoce que la gente a menudo debe pasar por una secuencia de cambios de actitud y de patrones de comportamiento (una secuencia de preparación) antes de que pueda adoptar nuevos patrones de comportamiento estables.

---

### Etapas del modelo de cambio

#### Concepto y definición

#### Formas de aplicación

##### **Etapa 1. Precontemplación**

Los adolescentes desconocen a menudo los riesgos de la actividad sexual y se consideran invulnerables. Deben conocerlos antes de poder protegerse (es decir, de tomar una decisión consciente de aplazar la actividad sexual o de tomar medidas activas para usar un método anticonceptivo si están listos para iniciarla o si ya la han iniciado).

Crear mayor conciencia de la necesidad de reducción del riesgo; personalizar la información sobre los riesgos y beneficios del aplazamiento y de la protección.

##### **Etapa 2. Contemplación**

Los adolescentes deben contemplar los posibles pasos para la reducción del riesgo y considerar la forma de tomarlos en el futuro próximo.

Motivar y alentar a los adolescentes a hacer planes específicos de reducción del riesgo.

##### **Etapa 3. Decisión/Determinación**

Los adolescentes deben preparar un plan de acción que los guíe para hacer los cambios deseados.

Ayudar a preparar planes de acción concretos y a fijar metas para el aplazamiento o la protección.

##### **Etapa 4. Acción**

Luego se pone en práctica el plan de acción y el joven hace el cambio deseado.

Ayudar con comentarios, resolución de problemas, apoyo social y refuerzo psicológico de las medidas de reducción del riesgo a que están expuestos los adolescentes.

##### **Etapa 5. Mantenimiento**

Para que los adolescentes puedan seguir tomando las medidas deseables, se necesita reforzarlas periódicamente.

Ayudar a hacer frente a situaciones difíciles, con recordatorios, búsqueda de alternativas y prevención de deslizos. Si ocurre un desliz, ofrecer refuerzo psicológico para volver al comportamiento deseado.

---

*Fuente: Glanz, Rimer, 1995.*

**Modelo de creencias de salud.** Este modelo promueve la capacidad de ponderar los beneficios y hacer cambios cuando es preciso enfrentar un riesgo para la salud. Un escenario ejemplar para este modelo sería una joven que tiene relaciones sexuales sin protección que, primero, debe darse cuenta de

que la actividad sexual tiene consecuencias, tales como un embarazo no deseado (vulnerabilidad); luego, que las consecuencias podrían ser desfavorables, como tener un hijo y abandonar la escuela para mantenerlo (gravedad); y, por último, que las intervenciones recomendadas, como el uso de un método anticonceptivo y la terminación de los estudios antes de convertirse en padre o madre de familia son cosas útiles (beneficios) y superan los posibles efectos secundarios negativos, tales como el aumento de peso por el uso de anticonceptivos o la posible pérdida de la categoría social por aplazar la paternidad o la maternidad.

---

---

## Modelo de creencias de salud

### Concepto y definición

### Formas de aplicación

#### Vulnerabilidad percibida

Antes de que un adolescente pueda tomar medidas activas para protegerse, primero debe creer que es vulnerable al embarazo, a engendrar un hijo o a contraer una ETS.

Personalizar el grado de riesgo según las características o el comportamiento del joven. Hacer hincapié en la vulnerabilidad percibida, si el joven considera que es poco vulnerable.

#### Gravedad percibida

Un adolescente debe creer que las consecuencias de la actividad sexual sin protección o de la paternidad o maternidad son suficientemente graves para exigir prevención y protección (por ejemplo, debe creer que la actividad sexual sin protección tendrá consecuencias desfavorables en este momento particular de la vida).

Especificar los riesgos y consecuencias del comportamiento.

#### Beneficios percibidos

Un adolescente debe creer en la eficacia y los beneficios de diversas alternativas, como aplazar la actividad sexual, usar métodos anticonceptivos y terminar los estudios.

Definir la medida que se debe tomar: cómo, dónde, cuándo. Aclarar los efectos favorables que se pueden esperar si se toman las medidas correspondientes.

#### Barreras percibidas

Un adolescente debe poder pensar en los costos de la acción recomendada. Por ejemplo, un adolescente que aplaze la actividad sexual puede tener que enfrentar la presión de sus compañeros o la pérdida de su categoría social ante ellos y uno que decida usar anticonceptivos puede experimentar efectos secundarios a corto plazo.

Identificar y reducir las barreras dando seguridades, incentivos y asistencia.

#### Consejos para la acción

Un adolescente necesita estrategias que le ayudarán a prepararse para el cambio.

Dar instrucciones, promover la sensibilización, enviar recordatorios y dar refuerzo psicológico.

#### Autoeficacia

Un adolescente debe tener confianza en su capacidad de tomar medidas.

Ofrecer oportunidades de capacitación y de adquisición de habilidades y guía para que el adolescente tome medidas apropiadas.

---

*Fuente: Glanz, Rimer, 1995*

**Teorías cognoscitivas y de aprendizaje social.** Estas teorías afirman que los adolescentes cambian de comportamiento cuando adquieren conocimientos, habilidades, creencias y confianza por medio de interacción con otros en su medio ambiente. Los adolescentes deben tener sólidos modelos que les sirvan de ejemplo para cimentar los patrones de comportamiento positivos. Con la iniciativa de *Reducción del riesgo* se emplea este modelo en las escuelas con niños de décimo grado invitando a los modelos a reunirse con los estudiantes. Se insta a estos últimos a aprender los métodos anticonceptivos

con visitas a tiendas o dispensarios. Otra forma de empleo de este modelo se basa en educación impartida por iguales (o programas de liderazgo y orientación por ellos). Los programas de liderazgo y orientación por iguales se destinan a cambiar la actitud y las normas sociales sobre la sexualidad con la participación de los jóvenes.

---

---

## Teoría cognoscitiva y de aprendizaje social

### Concepto y definición

### Formas de aplicación

#### **Determinismo recíproco**

El cambio de comportamiento de los adolescentes es el resultado de la interacción de una persona con el medio ambiente.

Hacer participar a la persona y a otras de importancia para ella en la decisión sobre las medidas necesarias. Si es preciso, trabajar por cambiar el medio ambiente a través de mensajes en los medios de comunicación, adiestramiento en educación impartida por iguales, etc.

#### **Capacidad para el cambio de comportamiento**

Los adolescentes necesitan suficientes conocimientos y habilidades para realizar un cambio de comportamiento.

Proporcionar información y adiestramiento sobre las medidas que deben tomarse.

#### **Expectativas**

Los adolescentes deben creer firmemente que sus actos producirán un cambio.

Proporcionar información por anticipado sobre los posibles resultados de las medidas y el escenario correspondiente.

#### **Autoeficacia**

Los adolescentes deben tener confianza en su capacidad de tomar y mantener una medida.

Señalar los puntos fuertes de cada persona y su capacidad para poner en práctica nuevos patrones de comportamiento. Recurrir a la persuasión y dar ánimo. Abordar el cambio de comportamiento en pequeños pasos incrementales que cimienten la confianza en sí mismos.

#### **Aprendizaje por observación**

Los adolescentes pueden hacer cambios de una forma mucho más eficiente cuando observan a otros como ellos o ven que sus actos producen resultados tangibles.

Señalar la experiencia pertinente de otros y buscar modelos para emularlos.

#### **Refuerzo psicológico**

Los adolescentes necesitan refuerzo psicológico para mantener los cambios de comportamiento.

Ofrecer incentivos, recompensas y elogios. Fomentar la propia recompensa. Reducir la posibilidad de respuestas negativas que hagan desistir de los cambios favorables.

---

*Fuente: Glanz, Rimer, 1995.*

## Estrategias para establecer servicios de planificación familiar "amigos del adolescente"

*"Para los adolescentes no es fácil tener acceso a métodos anticonceptivos. Tuve que hacer 12 llamadas a varios colegas e instituciones con los que mantengo una relación profesional para poder averiguar dónde podría conseguir Depo-Provera una madre adolescente en nuestra comunidad".*

*Trabajadora social de una institución de servicios de acogida*

Los programas de planificación familiar deben cumplir con ciertos criterios básicos mientras emplean varias estrategias para abordar las necesidades singulares de los adolescentes. Los programas “amigos de los adolescentes” animan a ese grupo de la población a visitar los dispensarios de servicios de planificación familiar *antes* de que inicien la actividad sexual y les ayudan a convertirse en usuarios eficientes de esos métodos.

Es posible que las comunidades necesiten encontrar formas novedosas de eliminar los obstáculos para la prestación de servicios de planificación familiar a los adolescentes sexualmente activos. A continuación se destacan varios métodos innovadores:

*Una encuesta de disponibilidad de anticonceptivos orientada hacia los adolescentes hecha en Charlotte, Carolina del Norte, reveló que los condones eran los artículos más comúnmente robados en las farmacias. Para los empleados de éstas era incómodo vender condones. La alarma sonaba cada vez que un adolescente salía del local porque el empleado, por vergüenza, había dejado de pasar el artículo por la registradora. Después de ese incidente, la coalición local de prevención del embarazo trabajó con las farmacias y las tiendas de abarrotes en una campaña por toda la ciudad para facilitar el acceso de los jóvenes de la comunidad a los condones. (Huberman, 1996)*

*El personal de un dispensario de servicios de planificación familiar en San José, California, colocó cestas con bandas multicolores de condones en la sala de espera, solamente para descubrir que los adolescentes no se los llevaban. Más tarde, el personal se enteró de que los paquetes no eran atractivos para los clientes porque las bandas tenían los colores de pandillas en guerra. Los miembros de una pandilla no usarían los colores de otra ni siquiera en un condón. Una vez que el personal separó los condones en recipientes de otros colores, los clientes comenzaron a llevárselos. (Comunicación personal, Claire Brindis y Georgiana Coray, 1991).*

A continuación se presentan los criterios para el establecimiento de un dispensario “amigo de los adolescentes” preparados para la Campaña de Prevención del Embarazo de Adolescentes en Georgia (G-CAPP).

---

---

## Servicios amigos de los adolescentes: lista de evaluación de programas

Para poder llegar a un mayor número de adolescentes que necesitan servicios anticonceptivos

**¿Hace usted lo siguiente?**

**¿Da el máximo valor a los servicios pasivos de extensión?**

**¿Ha creado un plan de servicios activos de extensión?**

**¿Da el máximo valor a los servicios activos de extensión?**

**¿Con los siguientes medios?**

¿Con un signo visible en el dispensario? ¿Con la localización del dispensario en un lugar accesible para los adolescentes? ¿Con la localización del dispensario cerca del lugar donde los adolescentes suelen tener relaciones sexuales sin protección? ¿Animando a los clientes a llevar a sus amigos? ¿Con anuncios de atención **confidencial**?

¿Averiguando qué adolescentes de la comunidad presentan más posibilidades de tener relaciones sexuales sin protección? ¿Averiguando en qué lugar de la comunidad están esos adolescentes?

¿Con una visita a los lugares donde hay más necesidad y una búsqueda activa? ¿Mediante creación de redes de referencia con otros organismos? ¿Con el establecimiento de vínculos



con las escuelas? ¿Con anuncios de servicios confidenciales económicos por la radio, la prensa y la televisión? ¿Mediante participación en ferias de salud comunitarias o en otras celebraciones?

Para poder prestar los servicios más eficaces a los adolescentes que acuden al dispensario,

**¿Hace usted lo siguiente?**

**¿Se asegura de que los servicios sean confidenciales?**

**¿Usa un proceso de registro para seleccionar a los clientes suficientemente bien para identificar a) a los más expuestos a riesgo y b) a los que pueden necesitar un seguimiento más activo?**

**¿Crea servicios para abordar los problemas de abuso sexual?**

**¿Presta óptimos servicios de orientación?**

**¿Presta servicios en un horario óptimo?**

**¿Ofrece óptimos patrones de dotación de personal?**

**¿Con los siguientes medios?**

¿Con garantía de la confidencialidad en la propaganda y los materiales de extensión? ¿Con una declaración de confidencialidad en los formularios de los dispensarios? ¿Con una explicación de la política de confidencialidad a los clientes que visitan el dispensario?

¿Con la creación o adopción de un instrumento de selección en el momento del registro que pueda emplearse para identificar a esos adolescentes?

¿Mediante contratación y adiestramiento de personal con la formación necesaria para reconocer el abuso sexual y orientar a los adolescentes víctimas de abuso? ¿Con la creación de un protocolo para los dispensarios que sirven a esos adolescentes? ¿Mediante capacitación del personal para reconocer y abordar los problemas de abuso sexual?

¿Con adaptación del tiempo gastado con cada cliente a sus necesidades de desarrollo y pasando más tiempo con los más jóvenes? ¿Dedicando más tiempo a la atención individual en general? ¿Con discusión de las metas personales de los clientes, especialmente las de uso de anticonceptivos? ¿Con inclusión de temas necesarios, como los valores sexuales? ¿Diciendo que no? ¿Con abstinencia? ¿Con una explicación de otras formas de intimidad? ¿Con el uso de varios métodos de control de la natalidad? ¿Con una explicación de las ventajas y los inconvenientes de cada método? ¿Con una explicación de la eficacia de los métodos de control de la natalidad? ¿Con los signos y síntomas de enfermedades de transmisión sexual? ¿Las relaciones con los familiares y compañeros? ¿La adopción de decisiones? ¿Ayudando a los adolescentes a incorporar el control de la natalidad en su vida diaria? ¿Mediante prestación de servicios de manejo focalizado de casos?

¿Con prestación de servicios al final de la tarde, por la noche o en los fines de semana?

¿Con menos niveles jerárquicos superiores al de los profesionales de enfermería? ¿Haciendo que los clientes vean al mínimo posible de funcionarios durante una visita determinada? ¿Mediante contratación de personal con conocimientos culturales y lingüísticos apropiados? ¿Mediante contratación de personal del sexo apropiado? ¿Haciendo que los clientes vean a la misma persona en cada visita al dispensario? ¿Capacitando al personal e instándolo a crear cálidas relaciones de confianza con sus pacientes

	jóvenes?
<b>¿Mantiene los costos bajos y tiene un mecanismo de exámenes de bajo costo o gratis para los pacientes?</b>	¿Mediante la búsqueda y aceptación de financiamiento federal y estatal o de fundaciones y sociedades? ¿Con un mecanismo para aceptar donaciones? ¿Con recaudación de fondos en la comunidad? ¿Con aceptación de cobertura del seguro para los servicios prestados? ¿Mediante adopción de una escala graduada de pagos?
<b>¿Programa citas de la mejor forma posible?</b>	¿Reduciendo al mínimo el tiempo de espera? ¿Con consultas sin cita previa? ¿Mediante observación de la tasa de absentismo de pacientes del dispensario y programación de consultas para tener eso en cuenta?
<b>¿Ofrece servicios culturalmente apropiados?</b>	¿Mediante evaluación del idioma y de los dialectos hablados en la comunidad? ¿Con contratación de personal que hable esos idiomas? ¿Con adiestramiento del personal en las creencias o prácticas culturales comunitarias que afectarán a los conocimientos de los clientes o que pueden indicar la necesidad de modificar la prestación de servicios?
<b>¿Atiende las principales necesidades de los adolescentes fuera de los servicios de planificación familiar?</b>	¿Con asociaciones con otras instituciones sociales y de atención de salud de la zona? ¿Con identificación de otras posibles necesidades de los adolescentes además de las de control de la natalidad? ¿Con envío de los adolescentes a otros servicios? ¿Con educación del personal en servicios sociales y de atención de salud de la zona a disposición de los adolescentes y su relación con el uso de los servicios del dispensario?
<b>¿Fomenta la debida participación de las parejas de los adolescentes?</b>	¿Con ayuda a los padres y a otros adultos de la comunidad para apoyar el uso de anticonceptivos por los adolescentes? ¿Con orientación a los adolescentes sobre la forma de hacer participar a su pareja en las decisiones y el uso de anticonceptivos? ¿Animando a los adolescentes a que incluyan a su pareja en las consultas al dispensario? ¿Con la ayuda de los adolescentes de la comunidad para planear y prestar servicios como la disponibilidad de condones?
<b>¿Ofrece servicios apropiados para su edad?</b>	¿Mediante adaptación de los materiales y la orientación a la edad de la clientela? ¿Con capacitación del personal en asuntos relacionados con el desarrollo y la psicología del adolescente?
<b>¿Usa protocolos médicos flexibles?</b>	¿Permitiendo que las clientes aplacen los exámenes de la pelvis y de sangre? ¿Con una amplia gama de métodos anticonceptivos?

Para aumentar al máximo la continuación de los servicios prestados en el dispensario y del uso de anticonceptivos,

<b>¿Hace usted lo siguiente?</b>	<b>¿Con los siguientes medios?</b>
<b>¿Programa las citas de seguimiento en la consulta inicial?</b>	¿Con la elaboración o adopción de un protocolo para esa tarea en el dispensario? ¿Con capacitación y vigilancia del personal en el uso de ese protocolo?
<b>¿Usa un sistema de contacto para facilitar el seguimiento?</b>	¿Con la recopilación del nombre y del teléfono de las personas a quienes el cliente proporciona esa información

---

con confianza para que el dispensario pueda comunicarse con el cliente para recordarle citas futuras o que no cumplió? ¿Con recopilación de direcciones postales que puedan usarse? ¿Con un plan de seguimiento que no comprometa la confidencialidad?

¿Usa un plan especial de seguimiento para los adolescentes que pueden necesitar más atención para cumplir las citas? ¿Con un protocolo para el seguimiento de esos jóvenes?

---

*Reimpreso con autorización, A Checklist for Assessing Whether Contraceptive Services for Teens are Optimal. Hogue, Baden, 1996.*

Las siguientes recomendaciones, basadas en esos criterios, se han sintetizado de varios estudios de evaluación de la eficacia de servicios anticonceptivos para adolescentes.

## Recomendaciones para prestar servicios excelentes a los adolescentes

1. **Identificar a los adolescentes expuestos a riesgo.** Las comunidades necesitan identificar a los jóvenes expuestos a riesgo de tener o causar un embarazo. Deben recoger la información como parte de la evaluación de las necesidades y ventajas. La información para realizar esa evaluación se encuentra en el volumen II de esta serie. Es posible que la información sobre la población adolescente de una comunidad ya haya sido recolectada por organizaciones locales de servicios sociales o de salud y educación y que se pueda evaluar con facilidad. Estos datos darán una idea general de las diversas necesidades de los adolescentes en la comunidad.

El empleo de datos nacionales o estatales, como los provenientes de la encuesta sobre el comportamiento arriesgado de los jóvenes, puede proporcionar estimaciones de la población sexualmente activa que necesita servicios de anticoncepción. La comparación y el contraste de ese número de adolescentes expuestos a riesgo con el número de usuarios de anticonceptivos en el momento del estudio dará una idea de las actividades de extensión necesarias. La evaluación de las deficiencias en materia de servicios de planificación familiar responderá a otros interrogantes, tales como si los adolescentes se sienten cómodos al buscar atención en los dispensarios locales y si el personal se siente cómodo al atenderlos.

2. **Concentrarse en los jóvenes antes del comienzo de la actividad sexual.** Las actividades de extensión basadas en la evaluación deben hacer participar a los jóvenes antes de que inicien la actividad sexual, con la meta de ayudarles a reducir el período entre la iniciación de esa actividad y la primera consulta al dispensario. Los componentes del programa deben incluir ejercicios interactivos y actividades para ampliar la destreza de los jóvenes en materia de adopción de decisiones, uso de anticonceptivos, comunicación con la pareja, negociación y rechazo. A medida que aumenta el uso de condones como principal método de protección, el suministro de información específica para jóvenes de ambos sexos será la clave para prevenir embarazos no planeados e infecciones de transmisión sexual.
3. **Realizar actividades intensivas de extensión en toda la comunidad.** Una vez identificada la clientela, el personal del dispensario puede participar activamente en actividades de extensión en la calle y en educación impartida por iguales. Es preciso hacer anuncios al público por medio de la radio y los diarios escolares para divulgar los servicios. Los agentes de extensión deben poder hacer citas o enviar clientes a otros servicios. Ciertos incentivos, como la distribución de llaveros en forma de condón, monedas para el autobús y marcadores de libros, animarán a los adolescentes a visitar el

dispensario. Recalque y anuncie la disponibilidad de servicios confidenciales gratuitos o de bajo costo.

4. **Concentrarse en los jóvenes de difícil acceso y carentes de servicios.** Los jóvenes de difícil acceso y carentes de servicios presentan más posibilidades de tener patrones de comportamiento que acarrear un riesgo de embarazo. A menudo tienen más obstáculos para recibir servicios que otros de su edad. Es importante identificar a esos grupos específicos en su comunidad. Entre los jóvenes particularmente vulnerables a patrones de comportamiento sexual de alto riesgo y a menudo carentes de acceso a los servicios existentes cabe citar los siguientes:

- Los jóvenes de la calle.
- Los jóvenes que están fuera de la escuela..
- Los jóvenes en establecimientos de acogida o de justicia juvenil.
- Los jóvenes en residencias de tratamiento.
- Los jóvenes que usan drogas o alcohol.
- Las adolescentes embarazadas y los adolescentes dedicados a la crianza de sus hijos.
- Los jóvenes pertenecientes a grupos de homosexuales, lesbianas, bisexuales y de personas transgénero.
- Las víctimas del abuso sexual en la niñez.
- Los jóvenes con discapacidad mental o física.

La educación y los servicios de extensión son esenciales para los adolescentes que han tenido mayores dificultades en la obtención de servicios. Es posible llegar a esos jóvenes por medio de servicios de extensión en la calle, programas de atención después de la escuela o albergues. El personal debe trabajar con entidades gubernamentales para que los jóvenes bajo la tutela del Estado también tengan acceso a servicios de educación sobre planificación familiar y de orientación.

Las siguientes recomendaciones revisten particular importancia para la cobertura eficaz de los jóvenes carentes de servicios y provienen de programas que trabajan con ese grupo de la población.

- **Tener un horario flexible.** Los jóvenes carentes de servicios pueden sentirse intimidados por la necesidad de hacer citas o renuentes a hacerlas y pueden buscar servicios para atender sus necesidades inmediatas. Los participantes en programas de tratamiento de toxicomanía o en residencias de tratamiento pueden tener dificultad para cumplir las citas y necesitar avisos repetidos para recordárselas. Es de particular importancia reducir al mínimo el tiempo de espera transcurrido entre el contacto inicial y la primera cita.
- **Capacitar al personal para analizar las situaciones de riesgo y prestar varios servicios o enviar a los clientes al servicio apropiado, según la necesidad.** El proceso de registro en un dispensario de servicios de planificación familiar es una importante oportunidad para evaluar los servicios adicionales que necesitan los jóvenes, desde enseñanza particular de clases en la escuela y capacitación para el empleo hasta atención de salud mental. Los dispensarios necesitan establecer mecanismos interinstitucionales de referencia de carácter oficial para esos jóvenes.

El personal de planificación familiar también debe tener conocimientos de realización de exámenes del uso de sustancias. Los patrones de comportamiento adictivo pueden impedir que los pacientes cumplan con el método anticonceptivo recomendado. Asimismo, los programas de tratamiento de abuso de sustancias deben proporcionar pruebas de confirmación del embarazo. Es preciso que los orientadores aborden cuestiones como la autoestima, la violencia sexual, la aptitud de comunicación, la reducción del riesgo, el uso de anticonceptivos y el embarazo (Armstrong, Kenen, Samost, 1991).

- **Establecer lazos de confianza con los jóvenes carentes de servicios.** El establecimiento de lazos de confianza es definitivo cuando se trata de jóvenes de difícil acceso y carentes de servicios. La orientación antes de los exámenes de la pelvis puede ayudar a establecer esos vínculos de confianza. Un hogar de acogida para jóvenes puede abrir sus puertas al público durante un período determinado para que el personal que trabaja en planificación familiar tenga la oportunidad de compartir información sobre los servicios que presta. Este contacto inicial calma a los jóvenes durante su visita al dispensario de servicios de planificación familiar más tarde. Los proveedores de servicios de planificación familiar deben abstenerse de juzgar y mantener la confidencialidad de los servicios.
- **Establecer programas culturalmente apropiados.** Prestar atención a los orígenes culturales de los jóvenes. Reconocer la forma en que la historia familiar, la salud y las creencias religiosas pueden influir en el uso de anticonceptivos. El personal debe poder hablar el idioma de una comunidad multicultural bilingüe. También debe distribuir material educativo fácilmente comprensible por personas con poca escolaridad en cada uno de los idiomas hablados en la comunidad.
- **Reconocer las necesidades especiales de algunos jóvenes y hacer las adaptaciones del caso.** Quizá los jóvenes desamparados, que huyen de su casa y o son expulsados por la familia no pueden o no desean dar una dirección residencial. Los jóvenes que viven con sus padres quizá no deseen que se establezca comunicación con ellos por razones de confidencialidad. Se deben hacer otros arreglos para mantener el contacto posterior con ellos durante el seguimiento.
- **Establecer redes de referencia oficiales.** Vincular a los jóvenes carentes de servicios con programas que atiendan las necesidades básicas, como vivienda y alimentos, así como transporte y cuidado de los niños. Estos servicios ayudan a los jóvenes a tener estabilidad en su vida y facilitan el contacto regular con el dispensario.

*Fuentes: Laken, Hutchins, 1996; Armstrong, Kenen, Samost, 1991.*

- **Las estrategias innovadoras pueden mejorar las actividades de extensión.** Además de ampliar o mejorar los servicios existentes, la puesta en práctica de nuevas estrategias puede incrementar el acceso a los anticonceptivos y su uso por los adolescentes de la comunidad. En realidad, los planificadores han facilitado la adquisición de anticonceptivos por medio de fuentes no tradicionales, como máquinas expendedoras, unidades móviles, actividades de extensión a cargo de iguales y centros de salud escolares y vinculados a las escuelas.

Un activista de la comunidad resume la necesidad de acceso no tradicional en la siguiente declaración: “en la ciudad donde vivo, los niños tienen relaciones sexuales en los baños del restaurante McDonald’s y en los salones de proyección de videos. Necesitamos máquinas expendedoras en todos los lugares de reunión de los adolescentes: todos los expendios de comida de preparación rápida, las estaciones de autobuses y los baños de los centros comerciales”.

Varios estudios de casos demuestran el valor de las estrategias innovadoras para mejorar la extensión.

Population Services International lanzó una campaña comunitaria de mercadeo social en Portland, Oregón, para incrementar el uso de condones por los adolescentes. Mensualmente se venden más de 6.000 condones a bajo costo por medio de 218 máquinas expendedoras en puntos clave de toda la ciudad, centros comunitarios, discotecas, pizzerías, pequeñas tiendas de abarrotes, cafés, tiendas de discos, salones de proyección de videos, piscinas, pistas de bolos, tiendas de ropa, salas de billar, parques, expendios de comida de preparación rápida y predios universitarios (Population Services International, 1994).

En Louisville, Kentucky, el proyecto *First Things First* de Planned Parenthood patrocina una unidad móvil. El personal está formado por adolescentes que han decorado esta unidad con vivos colores y ofrecen educación, servicios de extensión y condones a otros adolescentes en la comunidad local (Stahl, 1995).

Numerosos centros escolares y vinculados a las escuelas facilitan anticonceptivos a los estudiantes. En Filadelfia, Pennsylvania, el Family Planning Council ha establecido 10 centros de recursos de salud en las escuelas locales para proporcionar información y condones a los jóvenes (Furstenberg, Geitz, Teitler et al., 1997).

5. **Asegurarse de la accesibilidad de los servicios.** En repetidas ocasiones, los adolescentes identificaron la inaccesibilidad como el principal obstáculo para el uso de los servicios de los dispensarios. Al planear servicios recuerde que los adolescentes tienen restricciones de tiempo, dinero y movilidad.

*Me siento frustrada de la larga espera en el departamento de salud. Mi hija necesitaba repetir la fórmula de unas píldoras. La saqué de la escuela para ir a la cita. El médico estaba tan ocupado que no pudo atenderla. Volvimos al día siguiente. Tuvo que faltar dos días a la escuela.*

*Madre de una adolescente.*

- **Prestar atención al lugar y al horario de funcionamiento del servicio.** Los dispensarios deben quedar cerca de los lugares de reunión de los adolescentes, como centros comerciales, escuelas o centros juveniles. Las instalaciones deben ser de fácil acceso en medios de transporte público. El horario de atención al público deben incluir períodos fuera del horario escolar, noches y fines de semana. Para que el centro sea “amigo de los adolescentes”, se debe prestar atención fuera del horario regular, con arreglos para atención de emergencia cuando esté cerrado. Algunos establecimientos conectan sus teléfonos directamente a los de proveedores de servicios de reserva; otros ofrecen mensajes grabados en los que se explica a las personas que llaman cómo deben comunicarse con otros proveedores de atención accesible y no intimidante para los adolescentes. Por último, los dispensarios deben asegurarse de que los adolescentes puedan obtener anticonceptivos en casos de emergencia a más tardar 72 horas después de haber tenido relaciones sexuales.
- **Permitir consultas sin cita previa.** Muchos adolescentes no planean hacer consultas de planificación familiar. A menudo se presentan cuando los impulsa la necesidad, como cuando temen un embarazo. La atención de consultas sin cita previa exige algunos procedimientos especiales, por ejemplo, la programación de tiempo para ello durante el horario de funcionamiento, la asignación de personal para examinar a esos clientes a su llegada, el

establecimiento de una política de evaluación de los servicios necesarios y la definición de criterios para ayudar al personal a juzgar cuándo debe examinar a los clientes inmediatamente o hacerlos volver.

- **Asegurarse de que los servicios sean gratuitos o de bajo costo.** Típicamente, los adolescentes tienen poco dinero y desisten con facilidad por causa del costo de los servicios. Es importante prestarles servicios gratuitos o de bajo costo. Se puede emplear una escala gradual de tarifas para evaluar el ingreso y la capacidad de pago de los clientes, pero al establecer dichas tarifas hay que considerar el ingreso de los adolescentes, no el de su familia. El trabajo con los adolescentes para evaluar la cobertura del seguro y, al mismo tiempo, asegurar la confidencialidad o poner en práctica un cronograma de pago de bajo costo también llevará a prestar servicios de un costo más asequible.
6. **Ofrecer una gran variedad de servicios integrales y confidenciales.** Los programas de salud sexual y reproductiva de los adolescentes realizados con éxito recalcan y aseguran la confidencialidad, ofrecen una amplia gama de métodos anticonceptivos, abordan el problema de la victimización sexual y prestan amplios servicios, incluso orientación, para los adolescentes de uno y otro sexo.
- **Los servicios deben ser integrales.** Los dispensarios de planificación familiar deben prestar servicios integrales, que comprendan prevención, tratamiento y atención de seguimiento. Sería ideal ofrecer una amplia gama de servicios de atención de salud sexual y reproductiva, incluso exámenes de la pelvis y del seno, frotis de Papanicolaou; exámenes de detección y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual y orientación al respecto; exámenes de detección del VIH y orientación al respecto; uso de anticonceptivos y orientación al respecto; exámenes de confirmación del embarazo; y orientación sobre la salud sexual. Donde sea posible, los dispensarios también pueden ofrecer orientación sobre servicios o referencia a otros centros de salud, atención prenatal y puerperal, atención del niño sano, servicios sociales, exámenes físicos para deportes y empleo, servicios de salud mental y servicios de guardería infantil (Instituto Alan Guttmacher, 1995). Los dispensarios de atención de salud vinculados a las escuelas como el llamado Ten Health Connection (THC) en Charlotte, Carolina del Norte, ofrecen servicios completos, incluso de planificación familiar, a los jóvenes. Además, ese programa ha establecido arreglos oficiales con organizaciones de acogida y organismos de justicia juvenil para prestar servicios a los jóvenes en establecimientos no tradicionales (Teen Health Connection, 1996). Véase “Programas de acceso a anticonceptivos: información sobre contactos” en el apéndice B.
  - **Indicar claramente que los servicios son confidenciales.** Si bien todos los dispensarios tienen procedimientos para asegurar la confidencialidad, es poco probable que los adolescentes busquen servicios si no saben o no están seguros de que se mantendrá la confidencialidad. El personal debe comunicar explícitamente estos procedimientos a los clientes, tanto en el sitio del dispensario como en todas las actividades de extensión. Los dispensarios deben tener una declaración explícita sobre la confidencialidad en los materiales educativos y formularios de consentimiento y a la vista en las salas de espera. El personal debe discutir los procedimientos de confidencialidad con los clientes durante las sesiones educativas y de orientación, así como durante el contacto telefónico cuando los adolescentes pidan citas.
  - **Ofrecer una amplia gama de métodos y servicios anticonceptivos.** Para poder elegir con pleno conocimiento de causa, los adolescentes deben tener información comprensible sobre todos los métodos anticonceptivos disponibles. Los adolescentes tienen el derecho legal a escoger cualquier método, aunque algunos pueden adaptarse mejor a sus necesidades y etapa de

desarrollo. Muchos adolescentes sexualmente activos prefieren los condones, que proporcionan la única protección eficaz contra las enfermedades de transmisión sexual y la infección por el VIH durante las relaciones sexuales y se adaptan a la actividad sexual esporádica y espontánea característica de muchos adolescentes. Indique a los jóvenes que deben usar condones de látex solamente. El cuadro siguiente describe cada método anticonceptivo con sus ventajas y posibles inconvenientes para los jóvenes. En el apéndice D se ofrece más información.

Los jóvenes necesitan información y orientación para asegurarse de que se comprometan a usar la mayoría de los métodos anticonceptivos y a cumplir con las recomendaciones pertinentes. La abstinencia y los métodos controlados por el varón—los condones y el coito interrumpido—pueden exigir el aprendizaje de habilidades de comunicación y negociación para un cumplimiento constante. Los anticonceptivos orales, preferidos a menudo por los adolescentes de mayor edad, no suelen recomendarse para jóvenes de muy corta edad sobre todo por razones de incumplimiento.

### Cuadro de posibilidades de uso de anticonceptivos para adolescentes

Método	Posibles ventajas para los adolescentes	Posibles inconvenientes para los adolescentes	Eficacia
<b>Abstinencia</b>	Ningún efecto secundario. Pueden usarse en cualquier momento. Es gratuita. Recomendada para adolescentes que no han tenido relaciones sexuales, para quienes desean aplazar su próxima relación sexual y para quienes no creen estar listos para iniciar una relación sexual.	Exige compromiso y control de sí mismo. Puede ser difícil de practicar para los adolescentes que tienen relaciones coercitivas o que son víctimas de abuso. Los adolescentes necesitan tener habilidad para la negociación y apoyo para poder practicarla constantemente.	100%, si se observa correcta y constantemente.
<b>Anticonceptivos orales</b>	Protección continua contra el embarazo. Efectos reversibles. Protegen contra menstruaciones dolorosas, abundantes e irregulares y contra algunas clases de cáncer e infecciones. Recomendados para los adolescentes de más edad que tienen relaciones monógamas estables. Pueden emplearse en casos de emergencia.	Hay que acordarse de tomarlos a diario. Exigen receta médica. Posibles efectos secundarios. No protegen contra las ETS. No son apropiados para todas las adolescentes ni para quienes tienen relaciones sexuales esporádicas y espontáneas. Necesitan seguimiento y educación para cumplir con el tratamiento.	97-99%, si se usan correcta y constantemente.
<b>Anticonceptivos de emergencia</b>	Se emplean con otros métodos existentes. Evitan el embarazo no deseado después de relaciones sexuales coercitivas o sin protección. Evitan el aborto.	Náusea y vómito. Necesitan emplearse oportunamente, es decir, a más tardar 72 horas después de una relación sexual sin protección. No son tan eficaces como otros métodos.	75%, si se toman a más tardar 72 horas después de tener relaciones sexuales.
<b>Norplant</b>	Protección continua contra el embarazo por cinco años.	Costoso. Exige un procedimiento quirúrgico	99%.



	Efectos reversibles. No hay que recordar nada. Pueden recomendarse para adolescentes con embarazos repetidos o con antecedentes de incumplimiento con otros métodos.	menor y un proveedor de atención debidamente formado. Sangrado menstrual irregular. Posible dificultad para retirarlo. No protege contra las ETS. Posible causa de aumento de peso.	
<b>Depo Provera</b>	Protección continua contra el embarazo por tres meses. La menstruación cesa en más del 50% de las mujeres. Puede recomendarse para adolescentes que tienen relaciones estables o con antecedentes de incumplimiento con otros métodos.	Visita al médico cada tres meses. Sus efectos no son reversibles durante tres meses. La reanudación de la fecundidad puede tardar varios meses. No protege contra las ETS. Posible causa de aumento de peso.	99%.
<b>Dispositivos intrauterinos (DIU)</b>	Protección continua hasta por 10 años. Efectos reversibles. No hay que recordar nada. Pueden emplearse en casos de emergencia.	No es apropiado para todas las adolescentes. Aumenta el riesgo de enfermedad inflamatoria de la pelvis. Puede ser expulsado. Puede perforar el útero. No protege contra las ETS.	97%.
<b>Condón masculino</b>	Excelente protección contra las ETS. Exige cooperación de la pareja masculina. Barato. Se vende sin receta. Recomendado para los adolescentes que tienen relaciones sexuales esporádicas y espontáneas o para quienes tienen varias parejas sexuales.	Método controlado por la pareja masculina. Los varones pueden negarse a usarlo o abstenerse de usarlo. Quizá se necesite habilidad para negociar un acuerdo y el uso. Puede rasgarse o deslizarse cuando se usa incorrectamente. Puede acabar con la espontaneidad. Los adolescentes necesitan educación sobre el uso correcto y la aceptación. Pueden sentirse avergonzados de comprarlos si no están en un lugar de fácil acceso. Pueden impedir la sensación de placer.	88-98%, si se usa correcta y constantemente.
<b>Condón femenino</b>	Seguro. Se vende sin receta. Protección contra las ETS.	Puede ser difícil de introducir. Las jóvenes pueden dejar de usarlo. Se necesitan ciertos conocimientos sobre la sexualidad y los órganos sexuales. Puede desplazarse. Es costoso. Puede acabar con la espontaneidad.	82-95%, si se usa correcta y constantemente.
<b>Diafragma o capuchón</b>	Puede introducirse antes del	Exige adaptación, que puede	82-95%, si se usa correcta y

<b>cervical</b>	acto sexual. Permite tener relaciones sexuales varias veces. Ofrece alguna protección contra las ETS.	ser incómoda para las adolescentes. Las jóvenes pueden dejar de usarlo. Puede ser difícil de introducir. Exige planes con anticipación.	constantemente.
<b>Espuma, supositorios anticonceptivos</b>	<b>película,</b> Se venden sin receta. Ofrece alguna protección contra las ETS.	Exige planes con anticipación. Las jóvenes pueden dejar de usarlos. Pueden causar reacciones alérgicas.	72-97%, si se usa correcta y constantemente.
<b>Coito interrumpido</b>	Es gratuito. Puede ser un último recurso. Mejor que nada.	Depende de la pareja masculina. Exige compromiso y gran control y los varones pueden dejar de practicarlo. No protege contra las ETS. Puede impedir la sensación de placer.	Depende mucho de la persona.
<b>Método basado en la conciencia de la fecundidad</b>	Es gratuito.	Exige compromiso de ambos integrantes de la pareja. Se necesita abstinencia sexual durante gran parte del ciclo menstrual. No protege contra las ETS.	80-90%, si se combina con el calendario, la temperatura basal y los métodos basados en la secreción mucosa.
<b>Ningún método</b>	Es gratuito.	No protege contra las ETS ni contra el embarazo.	10%.

*Adaptado con la debida autorización de Peggy Brick, The New Positive Images: Teaching Abstinence, Contraception and Sexual Health, Planned Parenthood of Greater Northern NJ, 1995. (Para más información sobre este y otros materiales afines, sírvase llamar al (201) 489-1265.)*

Se debe instar a todos los adolescentes a usar un método de prevención del embarazo y condones para protegerse contra la infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual. Se recomienda un doble método para todos los adolescentes, que reviste particular importancia para quienes tienen patrones de comportamiento de alto riesgo, como parejas cuyo estado de infección por el VIH/ETS se desconoce, varias parejas sexuales y relaciones sexuales por vía anal.

Además de dejar de usar a veces el método anticonceptivo escogido, los adolescentes también se ven expuestos a relaciones sexuales forzadas. Para las jóvenes que se encuentren en alguna de esas circunstancias, los métodos anticonceptivos después de las relaciones sexuales son cada vez más aceptados por los proveedores de atención de salud a los adolescentes. Estos métodos incluyen el uso de píldoras anticonceptivas combinadas de administración oral como tratamiento de emergencia o inserción de dispositivos intrauterinos (DIU). En 1996, la Administración de Alimentos y Medicamentos concluyó que algunas clases de anticonceptivos orales se pueden usar con seguridad y eficacia después del acto sexual. Cuando se usan en las 72 horas siguientes a un acto sexual sin protección, los anticonceptivos de emergencia pueden reducir el riesgo de embarazo hasta 75% y, por tanto, previenen el aborto y los nacimientos no planeados.

- Incluir orientación en los servicios de planificación familiar, especialmente con exámenes de confirmación del embarazo.** La investigación muestra que los adolescentes pueden beneficiarse de

la educación y la orientación directivas sobre el uso de métodos anticonceptivos antes de iniciar la actividad sexual y después del embarazo (Nathanson, Becker, 1985). Aunque muchos proveedores de atención suelen ofrecer la información necesaria e instan a los clientes a tomar sus propias decisiones sobre la elección de métodos anticonceptivos, la investigación muestra que la orientación directiva o guiada es sumamente útil para los adolescentes, especialmente al escoger un método apropiado, prever complicaciones y abordar problemas.

Los formularios especiales sobre la historia clínica son útiles para la orientación directiva. Esos formularios abordan las preocupaciones sobre la salud mental, las relaciones personales, la violencia, el abuso sexual, el uso de sustancias y el rendimiento académico. Un ejemplo es el cuestionario de salud reproductiva del programa *TeenSMART*, preparado bajo los auspicios de la Oficina de Planificación Familiar de California, que evalúa las preocupaciones médicas, psicosociales, educativas y relacionadas con la familia (apéndice E). Otro ejemplo es el formulario de la historia clínica de salud reproductiva de la National Adolescent Reproductive Health Partnership (apéndice F). El formulario de la guía médica de la historia clínica de salud reproductiva del adolescente ayudará al médico a evaluar el formulario lleno para enterarse de los antecedentes de la vida sexual del cliente (apéndice G).

El programa *TeenSMART* usa un sistema intensificado de orientación para fortalecer los servicios clínicos para los adolescentes. Ayuda a los adolescentes a adoptar decisiones inteligentes sobre su comportamiento sexual y a adherirse a ellas. Incluye una evaluación del riesgo de ETS y de embarazo con un cuestionario autoadministrado, una sesión ampliada de orientación, planificación de intervenciones y un proceso de referencia a cargo de facilitadores. Los orientadores reciben información especial para abordar cada campo específico de interés y se compensa a los dispensarios por gastar tiempo adicional con cada cliente adolescente. Alrededor de 50 instituciones de planificación familiar de California han implantado el programa, actualmente sometido a evaluación.

Este programa cita los siguientes elementos de importancia para los servicios de orientación intensificada. Los orientadores deben hacer lo indicado a continuación.

- fomentar la participación de los jóvenes como colaboradores en la identificación de asuntos problemáticos y el establecimiento de prioridades de orientación;
- identificar y elogiar los puntos fuertes y éxitos de los adolescentes, en lugar de enfocarse en patrones de comportamiento que los exponen a riesgo para la salud reproductiva;
- ayudar activamente a los adolescentes a acceder a recursos comunitarios apropiados;
- ayudar a cada adolescente a preparar un plan de acción que aborde sus principales preocupaciones y que quizá **no** sea igual al del orientador (Oficina de Planificación Familiar, 1995).

Si bien todos los clientes adolescentes deben recibir orientación sobre el uso de anticonceptivos, quienes tengan resultados negativos en la prueba de confirmación del embarazo deben escogerse especialmente para orientación detallada. Los dispensarios de planificación familiar deben dar prioridad a las citas de seguimiento de las adolescentes que solicitan pruebas de confirmación del embarazo. Muchas adolescentes visitan primero un dispensario de servicios de planificación familiar por temor de embarazo. Esas jóvenes están expuestas a un alto riesgo de embarazo y podrían beneficiarse mucho de servicios de orientación detallada y de información sobre métodos anticonceptivos. Puesto que esas jóvenes ya son sexualmente activas y no desean un embarazo, los dispensarios tienen la oportunidad de

intervenir en un momento en que están listas y especialmente motivadas a usar anticonceptivos. La investigación apoya esa estrategia.

Un estudio de las adolescentes que solicitaron prueba de confirmación del embarazo en 1989 indicó que las jóvenes que realmente desean evitar un embarazo se sienten motivadas a usar anticonceptivos. Muchas muestran ambivalencia en cuanto a la procreación y al uso de anticonceptivos. Una comprobación importante es el hecho de que cuanto más ambivalencia muestre una cliente, mayores serán las posibilidades de un embarazo ulterior (Zabin, Hayward, 1993). Esto recalca que existe una oportunidad de hablar con las adolescentes sobre sus metas y aspiraciones futuras y de ayudarles a poner en claro lo que piensan sobre el embarazo a su edad. Según lo que piensen, las jóvenes pueden mostrarse dispuestas a recibir orientación sobre el uso eficaz de métodos anticonceptivos o sobre un embarazo sano. En otro estudio con 3.000 jóvenes sometidas a prueba de confirmación del embarazo se indica que casi 60% tuvieron resultados negativos en los exámenes realizados antes de quedar embarazadas (Zabin, Emerson, Ringers et al., 1996). Esto subraya la necesidad de realizar intervenciones eficaces con las adolescentes en el momento en que reciben los resultados negativos de la prueba de confirmación del embarazo.

La prestación de servicios de orientación y acceso a servicios clínicos en el momento de dicha prueba significa un cambio de las prácticas tradicionales de programación y exige reasignación o aumento de recursos. En muchos dispensarios de planificación familiar no se discuten los resultados de las pruebas de confirmación del embarazo, especialmente los negativos, por falta de recursos y tiempo. Muchos dispensarios han reemplazado las citas programadas para pruebas de confirmación del embarazo y orientación con pruebas sin cita previa y orientación por teléfono. Los orientadores suelen gastar más tiempo con clientes que tienen resultados positivos que con quienes arrojan resultados negativos en las pruebas. A esas clientes se les dice a menudo cuáles son los resultados y sencillamente se les insta a hacer una cita para información sobre métodos anticonceptivos. Los dispensarios raras veces realizan seguimiento de las adolescentes para asegurarse de que cumplan con la cita programada.

Sería ideal programar una consulta para información sobre anticonceptivos poco después de la prueba de confirmación del embarazo—de ser posible, el mismo día. Los dispensarios deben presentar los resultados de la prueba de confirmación del embarazo *in situ* y hacer citas para información sobre métodos anticonceptivos para las clientes con resultados negativos, de conformidad con las recomendaciones dadas a continuación.

- Programar las citas para dar los resultados de la prueba de confirmación del embarazo en lugar de realizar procedimientos sin cita previa.
- Discutir los resultados de la prueba durante sesiones de orientación cara a cara en lugar de hacerlo por teléfono.
- Explorar la motivación de la cliente para ir al dispensario. ¿Es la consulta el resultado de no haber tenido la menstruación? ¿Ha tenido relaciones sexuales sin protección? ¿Es la consulta un pedido de ayuda? ¿Desea la adolescente quedar embarazada? ¿Muestra ambivalencia con respecto al embarazo y a la maternidad? ¿Hay alguien en su vida con quien puede discutir esto? ¿Qué piensa su pareja del embarazo? ¿Es víctima de coerción o de abuso sexual?
- Proporcionar información concreta sobre cómo realizar los próximos pasos. Si la prueba es positiva, dé información sobre las posibilidades con respecto al embarazo. Si el resultado es negativo, la orientación se puede dirigir según las necesidades de la cliente. Por ejemplo, ¿desea evitar el embarazo pero tiene problemas de usar constantemente el método anticonceptivo actual? ¿Muestra

ambivalencia y necesita ayuda para aclarar sus metas en el futuro? Si es apropiado, invite a la joven a llevar a su pareja a una sesión de orientación. Entréguele, por lo menos, espuma anticonceptiva y condones.

- Si una cliente muestra ambivalencia con respecto al embarazo y a la maternidad, explore sus metas y aspiraciones, su motivación para quedar embarazada y su deseo de tener un hijo en el momento de la consulta. Concéntrese en sus relaciones con la pareja, los compañeros y la familia. Explore las metas educativas, las aspiraciones de carrera profesional y los planes para el futuro. Ayude a la cliente a aclarar sus sentimientos ambivalentes, ya sea para aplazar el embarazo por un tiempo o para esperarlo con interés en un futuro próximo.
- Si una cliente no desea quedar embarazada, la sesión debe incorporar información sobre el examen ginecológico, todos los métodos anticonceptivos y la orientación de seguimiento. Preste los servicios anticonceptivos ese día si es posible o entregue las existencias de anticonceptivos y programe un seguimiento apropiado. Asegúrese de que la cliente salga del dispensario con condones y espuma anticonceptiva. Si no acude a la cita, haga una llamada de seguimiento. Acuérdesse de garantizar la confidencialidad al tratar de comunicarse con ella por teléfono.
- Si una cliente desea quedar embarazada, la sesión debe incluir información precisa sobre la forma de lograr un embarazo sano. Explore la importancia de la atención prenatal temprana, la necesidad de inmunizaciones y el riesgo de usar drogas y alcohol durante el embarazo.

*Fuente: American Health Consultants. The pregnancy test is negative: What now? Contraceptive Technology Update; 1996;17:72-75*

8. **Determinar si los adolescentes, especialmente los más jóvenes, han sido víctimas de abuso sexual.** La victimización sexual afecta a los jóvenes de ambos sexos y se presenta de muchas formas: abuso y maltrato sexual de menores, presión sexual directa, fuerza física y violación (Moore, Miller, Gleib et al., 1995). Las relaciones sexuales causantes de embarazo de adolescentes menores de 15 años no suelen ser consensuales. Se debe considerar la posibilidad de maltrato sexual. Especialmente se debe preguntar a los adolescentes menores sexualmente activos si se les ha forzado alguna vez a tener relaciones sexuales.

*El tratamiento con una actitud comprensiva y la oportunidad de hablar (sobre coerción sexual) pueden facilitar la “cura”. Los trabajadores del campo de la planificación familiar pueden prestar un importante servicio sencillamente al romper el silencio que rodea al abuso y poner a la mujer en contacto con personas y grupos mejor preparados para abordar sus problemas. Aun donde no hay servicios, un proveedor puede recalcar que nadie merece ser culpado por ser víctima de violación. Este reto a las normas dominantes permite ayudar a la mujer a ahorrarse la propia asignación de culpabilidad y a tomar medidas positivas (Heise, Moore, Toubia, 1995).*

La investigación señala que hay un estrecho vínculo entre el abuso sexual y el embarazo de adolescentes, especialmente cuando el abuso ha ocurrido en la niñez (American Health Consultants, 1998; Boyer, Fine, 1992). La relación entre el abuso sexual y la actividad sexual a temprana edad ha llevado a los proveedores de servicios de planificación familiar a considerar una forma más eficaz de abordar este problema a menudo oculto, pero común.

## ● HECHOS

## Victimización sexual de los adolescentes

- Aproximadamente 74% de las mujeres que han tenido relaciones sexuales antes de los 14 años de edad y 60% de quienes las han tenido antes de los 15 años, declararon que había sido un acto involuntario, según un estudio de los adolescentes de menor edad. Este último grupo es especialmente vulnerable a la presión y coerción sexuales (Instituto Alan Guttmacher, 1994).
  - Varios estudios hechos en Illinois y Washington revelan que hasta dos tercios de las madres adolescentes objeto de estudio fueron víctimas de abuso sexual cuando eran niñas, lo que indica que el abuso sexual puede ser uno de los principales factores de riesgo de procreación en la adolescencia (Ounce of Prevention Fund, 1987; Boyer, Fine, 1992). En uno de esos estudios también se preguntó a las adolescentes embarazadas si habían tenido relaciones sexuales a cambio de drogas, albergue o dinero. Ochenta y nueve por ciento de quienes habían tenido relaciones sexuales a cambio de una de las cosas aquí señaladas habían sido víctimas de abuso sexual. Entre quienes tuvieron relaciones sexuales a cambio de dos cosas de las aquí señaladas, 93% habían sufrido abuso sexual. Ciento por ciento de las adolescentes que habían tenido relaciones sexuales a cambio de drogas, albergue y dinero habían sido víctimas de abuso sexual (Boyer, Fine, 1992).
  - Hasta 25% de las jóvenes sufren alguna forma de coerción sexual antes de los 18 años de edad (Moore, Miller, Gleit et al., 1995).
  - Las adolescentes víctimas de abuso sexual tienen mayor riesgo de embarazo, mayor frecuencia de relaciones sexuales, más parejas sexuales, mayores tasas de uso de alcohol y drogas y más trastornos de salud mental que quienes no han sido víctimas de ese abuso (Moore, Miller, Gleit et al., 1995).
  - Las víctimas de violación, incesto o abuso sexual de menores tienen también menos probabilidades de usar anticonceptivos para prevenir el embarazo o las enfermedades de transmisión sexual que sus compañeros que no han sido víctimas de abuso (Boyer, Fine, 1992).
- 

En los programas de prevención del embarazo de adolescentes se debe abordar el abuso sexual por medio de exámenes de detección mediante prestación de servicios y orientación apropiados para las víctimas de abuso, establecimiento de sistemas eficaces de referencia y acopio de datos para confirmar el grado de abuso en la comunidad. Un experto en el campo de la planificación familiar hace las siguientes recomendaciones para planificadores de programas comunitarios sobre la victimización sexual del adolescente.

- **Mantenerse alerta del abuso sexual.** Al tener presente la posibilidad de abuso, los proveedores pueden atender mejor las necesidades de los clientes y velar por su seguridad (Moore, Rogow, 1994). Muchos programas de prevención del embarazo, ETS e infección por el VIH se basan en la hipótesis de relaciones sexuales consensuales, que puede ser falsa.
- **Establecer políticas para abordar el problema de abuso sexual.** El personal debe conocer las leyes que gobiernan la denuncia del abuso sexual por profesionales. Es preciso asegurarse de la introducción y ejecución de políticas institucionales relacionadas con los mandatos legales de denuncia de abuso sexual de menores. También se necesita capacitar al personal y a los

educadores de su misma edad para que traten con sensibilidad a las víctimas del abuso y sigan las políticas y procedimientos establecidos.

- **Prestar servicios de orientación y referencia a las víctimas de abuso sexual.** El personal debe recibir capacitación para ofrecer servicios apropiados de orientación y referencia para dar a las víctimas la habilidad necesaria para tener relaciones sexuales seguras. Muchas de las habilidades necesarias para protegerse contra un embarazo no deseado o una infección por el VIH o ETS son exactamente las que el abuso sexual tiende a erradicar.
- **Establecer relaciones con instituciones locales que aborden el problema del abuso sexual.** Establecer sistemas de referencia para orientación y apoyo permanentes a los clientes adolescentes. Facilitar la transición según sea necesario para que ellos se sientan más cómodos y para asegurar el seguimiento.
- **Recoger datos sobre usuarios y programas para determinar la gravedad del problema.** Los datos sobre las víctimas definen la prevalencia y las causas en la comunidad. Los datos sobre costos muestran el monto correspondiente al tratamiento de las víctimas del abuso. Los datos sobre programas permiten determinar qué métodos son más eficaces para ayudar a las víctimas a convertirse en usuarias eficientes de anticonceptivos y a reducir las posibilidades de sufrir un embarazo no deseado (Moore, Rogow, 1994).
- **Publicar los resultados.** La prevención debe comenzar con el traslado del abuso sexual del campo privado de la familia al foro de la salud pública (Paone, Chavin, 1993).
- **Fomentar la participación de la comunidad en todos los niveles.** Hacer participar a los padres de familia, maestros, dirigentes comunitarios y jóvenes para abordar el problema del abuso sexual y encontrar respuestas apropiadas. Hacer participar a los padres de familia y las comunidades para dar más poder a las jóvenes, educar a los jóvenes de ambos sexos y dar posibilidades de elegir mejor con respecto a la sexualidad y la salud reproductiva (Moore, Rogow, 1994).
- **Incluir el tema del abuso en la educación sexual.** Abordar no solamente las necesidades de los adolescentes en comparación con las de los adultos, sino también de las niñas en comparación con los varones. Educar a los jóvenes de ambos sexos sobre la forma de controlar su cuerpo y de buscar ayuda si es necesario. Los programas de prevención deben incluir técnicas de negociación de las relaciones sexuales, comunicación sobre una vida sana, la resolución de diferencias y las funciones positivas de cada persona según las diferencias de sexo y de género (Moore, Rogow, 1994).

*Fuente: Stewart, 1998*

9. **Prestar servicios a mujeres y varones adolescentes.** Varios estudios muestran que los hombres desempeñan una función importante en la decisión de escoger los anticonceptivos y el método apropiados y en la observancia del tratamiento con anticonceptivos (Nathanson, Becker, 1985).

*En nuestro condado tenemos una base militar muy grande. La mayoría de los reclutas son jóvenes solteros. La tasa de embarazo de adolescentes es mayor aquí que en los condados circunvecinos. Los jóvenes solían casarse con las chicas. Ahora sencillamente se trasladan al nuevo lugar de destino. A menudo las chicas son sumamente jóvenes. Necesitamos encontrar una mejor forma de hacer participar activamente a los varones en los servicios de planificación familiar.*

*Especialista en planificación de programas*

Los dispensarios de planificación familiar deben trabajar diligentemente para superar las barreras para los hombres. Muchos hombres se sienten incómodos en dispensarios de ese tipo, que tradicionalmente están dotados de personal femenino al servicio de la mujer. Los dispensarios necesitan prestar servicios específicamente para los hombres, que tienen sus propias necesidades de salud reproductiva y sexual. Los proveedores también necesitan abordar las relaciones entre mujeres jóvenes y sus compañeros de mayor edad y tener presente la posibilidad de presión y abuso sexual (Landry, Forrest, 1995).

En un mundo en que casi todos los servicios de planificación familiar se destinan a la mujer, pocos proveedores de servicios atienden a clientes jóvenes del sexo masculino con fines de anticoncepción. Aunque relativamente pocos jóvenes visitan los dispensarios para el tratamiento de ETS y problemas afines, la planificación familiar es predominantemente un campo femenino. En un informe del Instituto Urbano se señalaron varias razones por las cuales a menudo es difícil prestar servicios a los hombres en los establecimientos de planificación familiar.

- **Restricciones de recursos.** La mayoría de los dispensarios de planificación familiar ya funcionan a máxima capacidad y carecen de fondos o de tiempo para ampliar sus servicios a los hombres.
- **Falta de personal masculino.** El personal de planificación familiar suele ser del sexo femenino. La falta de personal masculino puede desalentar a los jóvenes de solicitar atención.
- **Actitud adversa con respecto a la participación masculina.** Algunos miembros del personal de los dispensarios y clientes del sexo femenino se sienten más cómodos en un dispensario cuya atención se centra en la mujer y se resisten a prestar servicios a los hombres.

*Fuente: Schulte, Sonestein, 1995*

El fomento de la participación de los varones jóvenes podría dar como resultado un uso de anticonceptivos más amplio y eficaz. El número de varones jóvenes que reciben educación sexual es menor que el de mujeres (Nolim, Petersen, 1992; Ku, Sonestein, Pleck, 1992). Sin embargo, en un estudio, 75% de los adolescentes del sexo masculino estuvieron totalmente de acuerdo en que antes de tener relaciones sexuales los hombres deben saber si su pareja usa anticonceptivos y 71% concordaron en que deben ayudar a pagar los anticonceptivos empleados por la pareja (Marsiglio, 1993). Los varones jóvenes necesitan los mismos servicios de orientación sobre salud reproductiva y sexual y otros prestados a las mujeres jóvenes en los dispensarios de servicios de planificación familiar.

Se ha evaluado un modelo de programa, llamado *Orientación sobre la salud reproductiva para hombres jóvenes*, que funciona en una organización para el mantenimiento de la salud y se ha determinado que es eficaz para aumentar el uso de anticonceptivos por parte de los jóvenes del sexo masculino y de sus parejas (véase el apéndice B).

Una investigación hecha con cerca de 1.200 varones de 15 a 18 años de edad, estudiantes de secundaria, mostró que el programa citado puede promover el uso eficaz de anticonceptivos. Los jóvenes vieron un programa presentado en transparencias y video en que se abordaron varios temas, incluso las características anatómicas de los órganos genitales, la fecundidad, el uso de anticonceptivos, las hernias, el autoexamen de los testículos, las ETS, la comunicación y el acceso a anticonceptivos. Después de examinar la presentación por 30 minutos, los clientes se reunieron en privado con un profesional de salud por otros 30 minutos para discutir la sexualidad, las metas de la crianza de los hijos,



los patrones de comportamiento arriesgado y la comunicación. La evaluación con fines de seguimiento hecha al cabo de un año mostró que los participantes sexualmente activos y su pareja tenían más posibilidades de usar un método anticonceptivo (Danielson, Marcy, Pluncket et al., 1990).

Se recomiendan los siguientes pasos para hacer participar a los hombres en los programas:

- **Contratar personal del sexo masculino.** El aumento del número de funcionarios del sexo masculino puede ayudar a los hombres a sentirse más cómodos en la búsqueda de atención en un medio predominantemente femenino.
- **Capacitar al personal para prestar servicios a los hombres.** El personal debe tener habilidades para ampliar el grado de comodidad de la clientela masculina, conocer los aspectos de la salud del hombre y entender los problemas sociales que afectan al comportamiento sexual y al uso de anticonceptivos por parte de los hombres.
- **Prestar servicios de extensión y educación dirigidos hacia los hombres y manejados por ellos.** Los servicios comunitarios de extensión y educación dirigidos por varones jóvenes también pueden alentar a otros a visitar el dispensario.
- **Ofrecer orientación centrada en la pareja al adoptar decisiones sobre el uso de anticonceptivos.** En la orientación centrada en la pareja, se invita a sus integrantes a participar. Al tomar la historia clínica se pueden discutir asuntos o hacer preguntas que el cliente no desea compartir con su pareja. Al entrevistar al cliente primero y luego pedirle a la pareja que se una a la sesión educativa se aborda esta preocupación. Los siguientes procedimientos facilitan esas sesiones:
  - Incluir a ambos integrantes de la pareja dándoles la bienvenida y saludándolos por su nombre.
  - Felicitarlos por haber ido como pareja al dispensario.
  - Mirarlos a los ojos y mantener la comunicación directa con ambos aunque escojan solamente un método anticonceptivo para la mujer.
  - Preguntar a cada persona si tiene preocupaciones o preguntas.
  - Invitar a cada integrante de la pareja a volver al dispensario o a llamar para hacer otras preguntas (Redmond, 1982).

Aunque los programas modelo son testimonio de los resultados positivos de utilizar personal masculino, la orientación centrada en la pareja no se ha investigado extensamente. Pocos programas han ejecutado esos servicios, a menudo porque las compañías de seguro raras veces reembolsan a los dispensarios por ese gasto.

10. **Incorporar procedimientos y funcionarios “amigos de los adolescentes”.** Las necesidades de los adolescentes son distintas de las de los adultos y los primeros suelen buscar menos servicios que los últimos. Por lo tanto, es importante que el personal encargado de prestar servicios de planificación familiar sea amistoso y que los procedimientos no sean intimidantes. Un medio amistoso no intimidante fomentará el cumplimiento con el uso de métodos anticonceptivos por parte de los adolescentes y la promoción de los servicios del dispensario entre sus compañeros. Las siguientes recomendaciones para realizar procedimientos “amigos de los adolescentes” se han tomado de dos programas evaluados.

- **Asegurarse de que el personal sea formado en desarrollo y salud de los adolescentes.** El personal proveedor de servicios y de orientación a los adolescentes debe tener la debida formación para entender a su clientela y prestar servicios eficaces. El personal de recepción y los agentes de extensión revisten importancia crítica puesto que son el primer punto de contacto para los adolescentes. Un dispensario local de planificación familiar, el departamento de salud o una universidad o facultad universitaria cercanos, pueden ofrecer capacitación en salud, desarrollo y sexualidad de los adolescentes. También pueden ofrecerla varias organizaciones nacionales como los grupos Advocates for Youth y Planned Parenthood Federation of America (el apéndice A contiene una selección de organizaciones especializadas).
- **Adaptar los servicios médicos para mayor comodidad.** Muchos adolescentes se sienten preocupados e inseguros cuando acuden a la primera consulta de planificación familiar. La adaptación de los servicios a sus necesidades significa ampliar los componentes de orientación y educación y demorar los exámenes de la pelvis y de sangre en la consulta inicial sobre el uso de anticonceptivos (Armstrong, Stover, 1994; Winter, Breckenmaker, 1991).
- **Permitir que los adolescentes programen el examen de la pelvis y de sangre seis meses más tarde.**
- **Incluya servicios de orientación y educación en la primera consulta, junto con un método anticonceptivo seleccionado.** Durante la consulta inicial, el cliente tiene la oportunidad de aprender cuáles son los exámenes médicos necesarios, conocer al personal, ver las salas de examen, hacer preguntas, expresar sus preocupaciones y escoger un método. Se debe dar a los adolescentes una receta o existencias del producto seleccionado suficientes para seis meses.
- **Considere la posibilidad de realizar una sesión con los adolescentes de menor edad (de 13 a 16 años) para educarlos en un ambiente colectivo.** Incluya habilidades de adopción de decisiones, negociación de relaciones sexuales o comunicación, así como información sobre abstinencia, otros métodos anticonceptivos, ETS y examen de la pelvis. El ambiente colectivo puede hacer que los adolescentes se sientan más cómodos y dar una oportunidad de hacer ejercicios interactivos, como actividades de adquisición de conocimientos sobre la infección por el VIH/sida, y de compartir preocupaciones.

*SmartStart, creado originalmente por un dispensario de servicios de planificación familiar del sur de Pennsylvania y ahora duplicado en todo el país, permite a la nueva clientela de adolescentes aplazar el examen regular de la pelvis y de sangre hasta por seis meses mientras recibe anticonceptivos orales. Las jóvenes se someten a una cuidadosa evaluación médica y social en su consulta inicial. Los resultados de una evaluación completa a los 18 meses de haber iniciado el programa mostraron que las participantes que optan por aplazar el examen de la pelvis tienen más posibilidades de volver al dispensario para atención de seguimiento, declaran un uso más constante de condones y tienen un número de embarazos ligeramente menor que quienes no demoran el examen. Lo más importante es que ninguna adolescente queda expuesta a riesgo innecesario por haber demorado el examen (Armstrong, Stover, 1994).*

*El Family Health Council de la región central de Pennsylvania puso en práctica las actividades del programa destinadas a mejorar los servicios prestados a los adolescentes con la preparación de protocolos y procedimientos cuidadosamente adaptados para proporcionar un sistema de prestación total de servicios de planificación familiar a los pacientes menores de 18 años. En la evaluación de dichos protocolos se incluyeron más de 1.200 clientes en seis dispensarios fuera de zonas metropolitanas. El estudio realizado a intervalos de 6 y 12 meses mostró que, a los 6 meses,*

*los clientes tenían más posibilidades de usar un método anticonceptivo y de seguir usándolo a pesar de los problemas surgidos y menos posibilidades de tener dificultades para abordar los problemas de anticoncepción y habían aprendido más durante la sesión educativa que el grupo testigo. Además, en el seguimiento al cabo de un año se mostró que las clientes tenían menos posibilidades de quedar embarazadas. (Winter, Breckenmaker, 1991). (Para mayor información sobre este y otros programas de uso de anticonceptivos, véase el apéndice B.)*

El momento de realizar las consultas médicas y de orientación a los dispensarios del Family Health Council difiere ligeramente del indicado en el programa *SmartStart* en el sentido de que los adolescentes van al dispensario a dos citas iniciales. Algunos profesionales se preocupan de la demora entre una consulta y otra y de que algunos adolescentes no deseen visitar el dispensario más de una vez. La discusión de las opciones con la clientela de adolescentes debe permitir entender sus necesidades y actitudes.

**11. Vincular los servicios de planificación familiar con otras organizaciones proveedoras de servicios sociales y de salud.** La investigación comprueba el vínculo existente entre el comportamiento sexual arriesgado y el abuso de sustancias, la delincuencia y otros trastornos de salud mental (Boyer, Fine, 1992; Polit, White, Morton, 1990). Es preciso familiarizarse con otros servicios disponibles para los adolescentes y enviar a los clientes a otros establecimientos según sea necesario.

Las relaciones sexuales sin protección, el uso de alcohol y otras drogas, el porte de armas, las peleas, la conducción en estado de embriaguez o con un conductor embriagado y el absentismo escolar están entre los patrones de comportamiento arriesgado seguidos por algunos adolescentes por placer, búsqueda de emociones o protesta o para averiguar si hay una forma de “encajar” en el grupo social (Willard, Schoenborn, 1992). Por lo tanto, para servir a los jóvenes expuestos a riesgo, es preciso vincular los dispensarios de planificación familiar con otros proveedores de servicios sociales y de salud y escuelas que puedan abordar estos otros patrones de comportamiento arriesgado.

## ● HECHOS

---

### El comportamiento sexual arriesgado y el alcohol y otras sustancias

- La actividad sexual de los adolescentes se realiza a menudo sin planear y después de beber alcohol o de usar drogas (Hingson, Strunin, Berlin et al., 1990). En investigaciones realizadas con adolescentes que han tenido la experiencia de un embarazo no deseado, casi un tercio de ellas habían bebido alcohol o usado drogas antes del acto sexual causante del embarazo (Flanigan, McLean, Hall et al., 1990).
  - Los resultados de la encuesta sobre el comportamiento arriesgado de los jóvenes realizada en 1995 muestran que, en todo el país, 80% de los estudiantes de secundaria declaran que han bebido alcohol, más de la mitad indican que lo consumen regularmente y más de un tercio, que han bebido mucho de vez en cuando, es decir, han tomado más de cinco bebidas a la vez, en los últimos 30 días (Kann, Warren, Harris et al., 1996).
  - Los adolescentes cuya primera relación sexual no se planea tienen más posibilidades de declarar consumo previo de alcohol en comparación con los que planean la primera relación y quienes beben alcohol inmediatamente antes de su primera relación sexual tienen menos posibilidades de usar métodos anticonceptivos (Fortenberry, 1995). Los investigadores de un estudio observaron que los
-

estudiantes de secundaria sexualmente activos tienen más posibilidades de haber usado sustancias que quienes no lo son (cigarrillos, 58 frente a 40%; alcohol, 80 frente a 59%; marihuana, 24 frente a 7%; cocaína, 4 frente a 0,2%) (Levy, Handler, Weeks et al., 1995).

- Un reciente estudio de las relaciones sexuales y los patrones de comportamiento arriesgado de los jóvenes que han llegado a la mitad del período de adolescencia reveló que quienes tienen más parejas sexuales también declaran el mayor índice de uso de sustancias, patrones de comportamiento delictivo y grupos de compañeros que usan alcohol y sustancias ilícitas (Tubman, Windle, Windle et al., 1996).
  - El uso de sustancias por parte de los familiares también guarda relación con los riesgos sexuales que toman los adolescentes. Once por ciento de las adolescentes embarazadas usuarias de sustancias, participantes en un estudio, declararon que sus padres usaban marihuana (Sarvela, Ford, 1992).
- 

Los proveedores de servicios de planificación familiar deben ofrecer acceso *in situ* y referencia a servicios de salud mental para abordar los problemas psicológicos y de comportamiento que pueden afectar a la capacidad de juzgar que tienen los adolescentes cuando se trata de relaciones sexuales arriesgadas, uso de anticonceptivos y adopción de decisiones. También es importante que el personal del dispensario tenga la debida formación para identificar y tratar estos trastornos específicos, intervenir cuando sea necesario o enviar a los clientes a otros servicios. Algunos adolescentes necesitarán servicios más amplios, que comprendan tratamiento para abuso de sustancias y orientación. Algunos dispensarios hacen arreglos formales de referencia de clientes o comparten diversos sitios de servicio. Los programas llamados *Self Center* y *Health Bridge*, este último del grupo Girls Incorporated, descritos a continuación, son ejemplos de programas vinculados con organizaciones de atención de salud para prestar más servicios a los participantes.

*El **Self Center**, un programa escolar para niños de 7° a 12° grado en Baltimore, Maryland, vincula a grupos de estudiantes con servicios de educación en salud reproductiva y orientación en un dispensario cercano a la escuela. Un trabajador social y una enfermera de atención directa pasan todas las mañanas trabajando en el sitio de la escuela, dictando conferencias en los salones de clase, dando orientación particular, celebrando sesiones de baile y dirigiendo debates sobre educación. El trabajador social y la enfermera luego trabajan en un centro de salud cercano a la escuela por la tarde, donde prestan a los estudiantes servicios de atención de salud reproductiva, que incluyen información sobre métodos anticonceptivos. Se envía a los clientes a otros servicios de salud, cuando es necesario. El **Self Center** demora mucho la iniciación de la actividad sexual de las participantes de 14 y 15 años de edad. El programa también aumentó 20 puntos porcentuales el uso de anticonceptivos en la última relación de las jóvenes sexualmente activas (Zabin, Hirsch, Smith et al., 1986).*

*Los afiliados al grupo Girls Incorporated en todo el país han puesto en práctica el programa **Health Bridge**, un innovador programa realizado después de que termina el horario escolar, que vincula a las escolares de 12 a 18 años con servicios integrales de salud que incluyen planificación familiar. El programa pone la atención de salud al alcance de las adolescentes y enseña a las jóvenes a sentirse cómodas de buscar servicios de salud, asegurando que se les presten servicios confidenciales y estableciendo relaciones de confianza entre los clientes y el personal del dispensario. El programa se ofrece en*

*colaboración con los hospitales y el personal de los centros de salud (Nicholson, Postrado, 1992).*

Al establecer vínculos con otras organizaciones, los planificadores deben estar conscientes de las posibles barreras existentes dentro de las organizaciones que, de alguna manera, restringen la prestación de servicios integrales de planificación familiar. El siguiente ejemplo explica cómo se pueden vencer esos obstáculos.

*Muchos centros de salud escolares se han visto afectados por políticas que restringen la prestación de servicios de planificación familiar. Los centros ofrecen servicios de atención primaria de salud, orientación sobre salud mental y exámenes físicos para la práctica de deportes, pero pocos prestan servicios de anticoncepción. Algunas comunidades han optado por establecer centros de salud vinculados a las escuelas (dispensarios localizados cerca de las escuelas) en lugar de dispensarios escolares para atender todas las necesidades de salud de los jóvenes, incluido el uso de anticonceptivos, por medio de exámenes de detección, referencia a otros servicios y seguimiento (Hauser, 1993).*

- 12. Usar los medios de información pública para cambiar las normas sociales sobre el uso de anticonceptivos.** La extensión a través de los medios de comunicación puede comprender desde la descripción de servicios en los diarios escolares o comunitarios hasta activas campañas estatales o nacionales en esos medios para cambiar los patrones de comportamiento arriesgado. Los planificadores de programas pueden hacer anuncios por medio de fuentes locales que lleguen a los adolescentes, tales como radiodifusoras, conciertos de música rock, carteleros en los autobuses o en otros lugares públicos y carteles o pueden unirse a otras organizaciones para lanzar una campaña publicitaria más extensa y posiblemente más costosa, empleando la televisión y otros medios de comunicación.

Los medios de comunicación desempeñan una importante función para impartir enseñanzas a los jóvenes sobre la sexualidad y pueden tener un efecto favorable en la actitud y el comportamiento. El 10 de abril de 1997, el programa de televisión llamado ER transmitió un segmento sobre el uso de anticonceptivos orales en casos de emergencia. La Fundación de la Familia Kaiser observó que antes del episodio del programa transmitido el 10 de abril, solamente 50% de los telespectadores habían dicho que una mujer puede hacer algo para prevenir el embarazo aun después de haber tenido relaciones sexuales sin protección. Ese número ha tenido un marcado aumento a 67% después del episodio del programa ER, con lo que se demuestra el poder de los medios de comunicación para sensibilizar al público sobre la salud sexual y reproductiva (Henry J. Kaiser Family Foundation, 1997). Impulsados por la epidemia de infección por el VIH/sida, algunos programas de televisión populares han combinado los mensajes educativos con el entretenimiento, mientras que otros han promovido el uso de condones.

Además, algunos estados han lanzado campañas de prevención del embarazo. Sin embargo, muchas de esas campañas, que recalcan las consecuencias de la actividad sexual y fomentan la responsabilidad personal por medio de abstinencia, dejan de promover el uso de anticonceptivos por los jóvenes sexualmente activos. Por desgracia, no hay datos de evaluaciones rigurosas que demuestren el efecto de las campañas realizadas en los medios de comunicación en el cambio de las normas sociales o los patrones de comportamiento sexual.

Pocos programas emplean los medios de comunicación para educar a los jóvenes sobre el uso de métodos anticonceptivos. Sin embargo, el programa escolar y comunitario de reducción del riesgo sexual de los adolescentes es una exitosa actividad comunitaria que utilizó varios métodos de promoción y canales de comunicación para ampliar el acceso a anticonceptivos.

**El programa escolar y comunitario de reducción del riesgo sexual de los adolescentes**, un programa de prevención del embarazo en las escuelas y comunidades de Denmark, Carolina del Sur, ofreció acceso a métodos anticonceptivos y a educación sexual por varios canales. En la campaña de educación pública destinada a la comunidad se emplearon la radio y la prensa para sensibilizar al público de la importancia de los anticonceptivos para los adolescentes sexualmente activos. Una enfermera de una escuela ofreció orientación, distribuyó condones por solicitud y llevó a las adolescentes al dispensario de servicios de planificación familiar del departamento de salud del condado para que pudieran recibir servicios y productos anticonceptivos. A los maestros y administradores de distrito se les ofrecieron cursos superiores sobre educación sexual, el proceso de adopción de decisiones de los adolescentes, estima propia y comunicación. Se ofrecieron cursos para dirigentes religiosos y padres de familia. Como resultado del programa se redujo la tasa media anual de incidencia de embarazo de 77 por 1.000 adolescentes en 1981-1982 a 37 por 1.000 en 1984-1986. Después de la intervención, el estado prohibió que se dispensaran anticonceptivos en las escuelas y la tasa de incidencia de embarazo aumentó a 66 por 1.000 en 1987-1988 (Koo, Dunteman, George et al., 1994).

Aunque hay muchas posibilidades de que las campañas de educación pública sobre el uso de anticonceptivos creen situaciones polémicas, la mayoría del público de los Estados Unidos apoya la propaganda de los anticonceptivos. Ocho de 10 participantes en una encuesta realizada por Louis Harris creían que la propaganda de anticonceptivos en la televisión podría tener efectos favorables para los adolescentes al instarlos a usar más anticonceptivos (Henry J. Kaiser Family Foundation, 1996). Para más información sobre las campañas en los medios de comunicación, se remite a los interesados a la publicación titulada *Sending the Message: State-Based Media Campaigns for Teen Pregnancy Prevention* de la Campaña Nacional de Prevención del Embarazo de Adolescentes. Contiene un directorio de campañas en los medios de comunicación de varios estados y consejos para los profesionales de salud (véase el apéndice A). El volumen I de esta serie también contiene información sobre el trabajo con los medios de comunicación y la realización de campañas de información pública.

La sección precedente ofrece una visión panorámica de los principales componentes de los programas de acceso a anticonceptivos. Con el reciente cambio a la atención administrada, los proveedores de servicios de planificación familiar están cada vez más preocupados por la forma en que se prestan servicios a los adolescentes y a los clientes de bajos ingresos. Para esa población de clientes, el acceso a los servicios reviste importancia crítica y es un asunto que debe abordarse. En la sección siguiente se discuten las repercusiones de la atención administrada en los servicios de planificación familiar.

## Sección II

# Atención administrada y dispensarios de planificación familiar: Negociación de la supervivencia a largo plazo

**Nota:** Todas las secciones en este volumen se han publicado en inglés. Pero, la sección II no tiene traducción al español.



## Sección III

# Vías conducentes a la prevención

## Capítulo 1

### Forma de realizar la evaluación de necesidades y recursos

Los registros y datos de los dispensarios o del departamento de salud local pueden proporcionar gran parte de la información para evaluar las necesidades. Si no existen, los planificadores pueden hacer una encuesta de usuarios y proveedores de atención y analizar los resultados. Cualquiera que sea el método empleado, fomente la participación de los jóvenes escogidos como objetivo al realizar las encuestas y al trabajar con grupos focales. El aspecto más importante de la evaluación es encontrar la forma de incluir a las adolescentes expuestas al riesgo de embarazo y carentes de acceso a anticonceptivos.

Al responder las preguntas indicadas a continuación, los planificadores pueden determinar la disponibilidad, el número y la amplitud de los servicios de planificación familiar en la comunidad, así como la aceptabilidad psicológica y la accesibilidad de esos servicios para los adolescentes. Véase una discusión completa de la evaluación de las necesidades en el Volumen II de esta serie.

### Disponibilidad de servicios de salud sexual y reproductiva

- ¿Qué servicios clínicos y de orientación sobre el uso de anticonceptivos están a disposición de los adolescentes? ¿Es el horario de servicio conveniente para ellos? ¿Es fácil encontrar servicios «amigos de los adolescentes»?
- ¿Se anima a los hombres y a las mujeres a participar?
- ¿De qué servicios de orientación, examen y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y de infección por el VIH se dispone?
- ¿Cuántos adolescentes utilizan esos servicios al año?
- ¿Cuál es la edad, el sexo, la raza y el origen étnico de los adolescentes usuarios de los servicios?
- ¿Pueden los adolescentes recibir servicios gratuitos de planificación familiar en la comunidad? ¿Cómo se anuncian?
- ¿Saben los adolescentes que existen esos servicios?
- ¿Se anuncian los anticonceptivos en la comunidad?
- ¿Se pueden conseguir condones y otros métodos anticonceptivos de venta libre con facilidad en las farmacias y droguerías locales?
- ¿Hay un programa de distribución de condones a los adolescentes de la comunidad?
- ¿Hay máquinas expendedoras de condones en los servicios sanitarios o los lugares de reunión de los jóvenes, como los centros comerciales y restaurantes de servicio rápido?
- ¿Pueden los adolescentes comprar condones con facilidad?
- ¿Pueden los adolescentes de uno y otro sexo recibir condones gratis en otros sitios, como los dispensarios?

- ¿Hay algún programa especial para llevar a los jóvenes información y servicios de distribución de anticonceptivos en las escuelas por medio de centros de salud escolares y vinculados a las escuelas, los lugares de recreo o los sitios de formación profesional?
- ¿Se ofrecen servicios de planificación familiar a los adolescentes en las instituciones de acogida? ¿A quienes viven en lugares de acogida y en residencias colectivas?

## **Actitudes y formas de percepción de la comunidad con respecto al uso de anticonceptivos**

- ¿Cuáles son los conocimientos y actitudes de los adolescentes de ambos sexos sobre la disponibilidad de anticonceptivos en su comunidad?
- ¿Pueden los adolescentes determinar específicamente a dónde irían en busca de atención?
- ¿Qué notan los adolescentes respecto de la actitud de los proveedores de servicios de planificación familiar hacia ellos?
- ¿Pueden los adolescentes recibir servicios gratis o de menor costo en la comunidad? ¿Lo saben?
- ¿Hay un gran número de adolescentes expuestas al riesgo de embarazo que no buscan servicios anticonceptivos en la comunidad? ¿Por qué?
- ¿Qué piensan los padres, proveedores de atención de salud y dirigentes comunitarios sobre el embarazo de las adolescentes de la comunidad? En su opinión, ¿cuáles son los principales factores contribuyentes?

*Fuente: Brindis, Card, Niego et al., 1996; Brindis, 1991*

Al buscar la ampliación de los servicios a disposición de los adolescentes, la comunidad debe considerar cuántos adolescentes sexualmente activos necesitan acceso a servicios subvencionados de planificación familiar.

- Para estimar el número de adolescentes de ambos sexos que necesitan servicios subvencionados, multiplique la población adolescente del sexo femenino por la proporción de familias con ingresos inferiores al nivel de pobreza. Los datos del censo y los registros de estadísticas nacionales y municipales proporcionan datos sobre la distribución de la pobreza. Obtenga estimaciones detalladas del nivel de pobreza de la región específica objeto de evaluación.
- Con un mapa de la región, los planificadores de programas deben señalar las regiones donde reside la población que más necesita servicios, donde hay servicios disponibles y donde existen deficiencias. Los datos de evaluación de las necesidades deben proporcionar información sobre el número y la edad de los adolescentes sexualmente activos. Si no hay información local, las estadísticas nacionales de actividad sexual por sexo, edad, raza o grupo de origen étnico pueden ayudar a proporcionar estimaciones aproximadas en la comunidad.

Sin embargo, es importante saber que, para fines de atención de planificación familiar, los adolescentes de todos los niveles de ingreso suelen considerarse necesitados por falta de ingreso personal. Recuerde que la necesidad de tener servicios confidenciales puede impedir que los adolescentes empleen los servicios de proveedores de atención o de seguro de la familia. En reconocimiento de la existencia de esas barreras para los adolescentes, el programa de

financiamiento federal bajo el Título X manda que se les presten servicios a un costo módico o gratis.

- Con datos del censo local, trace las zonas de alta y baja concentración de adolescentes. En las zonas de alta concentración, los planificadores deben determinar dónde residen los adolescentes y dónde hay servicios clínicos. Por contraste, las zonas de baja concentración, como los condados rurales, pueden exigir reformulación de las estrategias de servicio. En esas zonas, es poco práctico e irreal establecer un solo dispensario nuevo de planificación familiar y esperar que atienda las necesidades de servicio de los adolescentes. El suministro de transporte, la búsqueda de orientadores especializados en planificación familiar en un programa escolar o vinculado a una escuela, las estrechas relaciones de trabajo con los farmacéuticos y el establecimiento de varios programas de extensión educativa son posibilidades que deben considerarse para ampliar el acceso de los adolescentes en las zonas rurales.
- La evaluación de las necesidades y recursos permitirá hacer una comparación entre la necesidad potencial (es decir, el número de adolescentes expuestas al riesgo de embarazo) y el número de adolescentes sexualmente activos que se atienden en los dispensarios de planificación familiar de la comunidad, con lo que se puede estimar la suficiencia o deficiencia de los servicios de planificación familiar. Los datos sobre utilización acopiados en los dispensarios de planificación familiar ayudarán a determinar la amplitud de la brecha entre los servicios prestados y la necesidad estimada en la comunidad.
- Casi todos los dispensarios tienen información sobre la principal zona geográfica de atención y el perfil demográfico de la clientela. Sin embargo, esto solo proporcionará una estimación de la necesidad porque algunos adolescentes usan métodos anticonceptivos comerciales de venta libre o reciben atención médica privada o ambas cosas. A menudo los adolescentes buscan deliberadamente servicios de planificación familiar a gran distancia de su vecindario, lo que representa otra variación de las estimaciones de necesidad. Quizá haya que explorar la posibilidad de usar fichas para transporte en autobús u otros medios para ayudar a los adolescentes a acceder a esos servicios.
- Con la red de instituciones y dispensarios existentes como base del plan comunitario, evalúe la capacidad de atender las necesidades existentes. Una evaluación de la capacidad ayudará a determinar si se debe prestar atención, que incluya servicios clínicos y de extensión, examen, educación para la salud, orientación y referencia de casos, en nuevos puntos geográficos.

Al estudiar los puntos de localización de los dispensarios y explorar dónde se debe planear la construcción de nuevos sitios, considere también la posibilidad de establecer otros patrones de prestación de servicios en los dispensarios e instituciones en funcionamiento. Por ejemplo, los servicios de extensión, educación para la salud y orientación pueden prestarse en establecimientos no tradicionales. Un agente de extensión puede ayudar a hacer los arreglos necesarios si se reservan ciertas horas de consulta específicas en el dispensario para que atienda a los clientes. Ese agente puede informar a los nuevos clientes que estará en el dispensario a la hora designada para ayudarles y para que la transición a los servicios clínicos se realice sin tropiezos.

Al evaluar los recursos disponibles, considere la posibilidad que tienen los nuevos clientes adolescentes de asistir a sesiones continuas y a nuevas sesiones en los sitios establecidos y de recibir nuevos servicios clínicos en nuevos sitios. Por lo tanto, parte de la evaluación de base consiste en determinar si los servicios prestados se utilizan por completo, dónde deben ampliarse para atender a la población necesitada y qué otros recursos se necesitarán. Estudie las formas de coordinar los servicios dentro de la red de proveedores para distribuir equitativamente los servicios de planificación familiar en

toda la comunidad. Al considerar la capacidad del sistema de prestación de servicios, es importante determinar qué dispensarios funcionan ya a máxima capacidad y cuáles están subutilizados. Algunas entidades quizá puedan supervisar las actividades de extensión, programar sesiones de atención, fijar el horario de funcionamiento y las tarifas, dotar de personal los dispensarios para adolescentes y ofrecer información sobre transporte. Es posible que la falta de utilización de esos servicios se deba a que no son suficientemente «amigos de los adolescentes». Tal vez se necesite adiestrar más al personal.

## Capítulo 2

### Planificación del programa

El diseño o la adaptación de un programa de acceso a anticonceptivos entraña la elaboración de un plan de acción, la descripción de metas y objetivos, la preparación de un cronograma y la elaboración de un presupuesto. Se necesitan recursos y capacitación para poner en práctica y evaluar el programa. Defina todos esos componentes en la fase de planificación.

El cuadro de la página siguiente titulado «Secuencia de las medidas para introducir el cambio identificado», ayudará a los interesados a preparar el plan de ejecución del programa. En el Volumen III se encuentra un ejemplo de esta forma de uso.

Una de las tareas iniciales consistirá en examinar la evaluación de necesidades y recursos para determinar las prioridades del programa. La evaluación debe revelar deficiencias en la prestación de servicios y factores contribuyentes a la demora de los adolescentes en buscar atención para el uso de anticonceptivos. Por ejemplo, en dicha evaluación se pueden delinear las poblaciones que subutilizan los servicios y las barreras que encuentran. Se puede documentar que hay pocos servicios para los adolescentes, que el horario es poco conveniente para los de edad escolar, por ejemplo, que no se atiende al final de la tarde ni los sábados, o que el personal de planificación familiar parece mostrarse renuente a prestar atención a los adolescentes a menos que se incluya a los padres de familia.

Otros factores que revela la evaluación pueden incluir altos costos de los servicios, transporte público deficiente, localización geográfica inconveniente, exclusión de los servicios de distribución de anticonceptivos de la cobertura del seguro y falta de personal bilingüe. La evaluación de necesidades y recursos puede indicar que muchos adolescentes creen que los servicios no son confidenciales o temen la crítica del personal. La evaluación puede indicar que los adolescentes no saben dónde buscar atención.

Los patrones de uso de anticonceptivos de los clientes también pueden señalar el acceso. Aunque muchos adolescentes buscan atención para el uso de anticonceptivos o una prueba de confirmación del embarazo en un dispensario de planificación familiar, los proveedores notan a menudo que los adolescentes suelen dejar de acudir a las citas, tienen una alta tasa de deserción después de la consulta inicial y pueden tener dificultades para utilizar los anticonceptivos en forma eficaz y constante. Otros señalan que los adolescentes que tienen relaciones sexualmente coercitivas quizá no busquen servicios hasta cuando el embarazo esté muy avanzado. Si bien los proveedores de servicios esperan que la distribución de anticonceptivos reduzca directamente el embarazo de adolescentes, muchos factores pueden impedir que los jóvenes empleen esos métodos con eficacia.

Si la evaluación de necesidades y recursos ha revelado deficiencias en los servicios y factores que limitan el uso de servicios de planificación familiar por los adolescentes, los planificadores deben determinar qué necesidades de servicio abordar primero e identificar las metas, los objetivos y las actividades de los programas de acceso a anticonceptivos destinados a atenderlas.

Es preciso que las comunidades consideren tanto el acceso a la atención como su continuidad, que comprende desde mayor acceso inicial hasta seguimiento y mantenimiento. Quizá se necesite una estrategia polifacética. Por ejemplo, una comunidad puede buscar financiamiento adicional o redistribuir sus recursos para ampliar el acceso real a los servicios de planificación familiar en la comunidad y, simultáneamente, trabajar porque los jóvenes estén más conscientes de los servicios confidenciales de planificación familiar a su disposición. En fases ulteriores de desarrollo y evaluación de los programas

se pueden destacar otros componentes necesarios, tales como actividades ampliadas de seguimiento de los adolescentes que acuden a dispensarios de planificación familiar solamente para someterse a una prueba de confirmación del embarazo.

## Secuencia de las medidas para introducir el cambio identificado

### Página de planificación

Emplee esta página para esbozar la secuencia de las medidas para introducir cada cambio identificado que se pretenda buscar en cada sector de la comunidad.

Sector de la comunidad: \_\_\_\_\_

Cambio buscado en la comunidad: \_\_\_\_\_

Medidas	¿Quién?	¿Cuándo?	Recursos / Apoyo necesario / disponible	Posibles barreras o resistencia	Comunicación
¿Qué se necesita hacer?	¿Quién tomará las medidas?	¿Qué recursos financieros, humanos, políticos y otros se necesitan? ¿Qué recursos hay?	¿Qué personas y organizaciones podrían oponer resistencia? ¿Cómo?	¿A qué personas y organizaciones se debe informar sobre esas medidas? ¿sobre los resultados?	

*Fuente: Fawcett, Paine-Andres, Francisco et al., 1994*

## Estrategias acertadas para ampliar el acceso de los adolescentes a los anticonceptivos

### Punto de iniciación

Si el dispensario no presta servicios para adolescentes, ¿cómo se pueden prestar? Para quienes apenas comienzan, las siguientes medidas serán de utilidad.

1. Seleccione un grupo de planificación encargado de realizar una evaluación de necesidades y de elaborar un plan para los programas. Invite al personal directivo del dispensario o a los voluntarios, incluso a la enfermera de atención primaria, y a los administradores, orientadores y recepcionistas, así como a la clientela formada por adolescentes. Celebre reuniones de planificación a una hora en que los adolescentes puedan asistir, después de salir de la escuela o por la noche. (Refiérase al Volumen II de esta serie para obtener información detallada sobre la forma de realizar una evaluación de necesidades y recursos.)
2. Determine el nivel de utilización de servicios. Analice las siguientes preguntas: ¿Cuántos adolescentes reciben servicios en el dispensario? ¿Qué tipo de servicios reciben? ¿Cuántos clientes adolescentes son nuevos? ¿Hay alguno que vuelva a consulta? ¿Se ofrecen pruebas de confirmación del embarazo a las clientes? ¿Cuáles son los antecedentes de los clientes según el sexo, la edad, la raza, el origen étnico y las condiciones socioeconómicas? ¿Cuántos clientes son hombres? ¿Cuántos son adolescentes pequeños? ¿Cuántos son jóvenes de color? ¿Cuántos son clientes de Medicaid? Use los registros del dispensario y las entrevistas del personal para acopiar datos sobre utilización. Si no se dispone fácilmente de esta información en los registros, considere la posibilidad de solicitar a los adolescentes que llenen un registro de la visita al dispensario por un mes. Luego analice esos datos.

3. Evalúe las necesidades de los jóvenes en una comunidad en relación con la prevención del embarazo. ¿Cuáles son las tasas de embarazo y de natalidad de los adolescentes por edad, raza y nivel socioeconómico? ¿Cuáles son las tasas de aborto, ETS/infección por el VIH, deserción escolar, empleo, desamparo? ¿Cuáles son los niveles de pobreza de los adolescentes en la comunidad? ¿Cuántos jóvenes están en programas de instituciones de acogida? ¿En programas de tratamiento del abuso de sustancias? ¿En reformatorios de menores establecidos por el sistema judicial? Gran parte de esta información puede obtenerse por medio del departamento de servicios sociales o de salud, la biblioteca o el organismo de planificación de la comunidad.
4. Evalúe la disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios de planificación familiar para adolescentes existentes en la comunidad y dentro de cada dispensario que los preste. Averigüe si alguna vez se ha realizado una evaluación de las necesidades de planificación familiar en la comunidad. ¿Dónde reciben los adolescentes servicios de planificación familiar? ¿Qué tan accesibles y eficaces son? ¿Qué políticas hay sobre consentimiento, confidencialidad y facturación? ¿Hay lista de espera para las citas relacionadas con el uso anticonceptivos? Véase la lista de evaluación del acceso a anticonceptivos en «Factores contribuyentes al uso de anticonceptivos por los adolescentes» en la Sección I de este volumen.
5. Familiarícese con los programas modelo que se pueden ejecutar en el dispensario. Considere la posibilidad de instituir los métodos citados en *New Adolescent Approach: Tailoring Family Planning Services to Meet the Special Needs of Adolescents* o en *Reproductive Health Counseling for Young Men* como forma de mejorar los servicios (véase el Apéndice B). Examine los materiales, suplementos en video, formularios de historia clínica y requisitos de dotación de personal, necesidades de capacitación y los costos generales de la ejecución del programa. Estudie la forma de modificar o adaptar los materiales según el grado de riesgo y los antecedentes culturales y étnicos de los adolescentes. Considere la posibilidad de realizar una prueba piloto de uno de esos modelos en un dispensario para evaluar la factibilidad de realizarla en todos y la aceptabilidad del modelo escogido en la comunidad respectiva. Si el modelo escogido es aceptable para la comunidad, perfecciónelo antes de ponerlo en práctica en todos los sitios.
6. Determine qué se debe hacer para mejorar los servicios de planificación familiar empleando esos modelos. ¿Cuáles son las repercusiones para la dotación de personal y el funcionamiento del dispensario? ¿Se contratará nuevo personal? ¿Cómo se adiestrará al personal en desarrollo de los adolescentes? ¿Estará preparado el personal para ofrecer orientación sobre abuso sexual? ¿Para ofrecer orientación a las parejas? ¿Para envío de pacientes a los servicios de salud mental? ¿Se ha comprometido todo el personal a servir a los adolescentes o debe asignarse un funcionario particular a esos clientes? ¿Se siente cómodo el personal al ofrecer servicios anticonceptivos de emergencia? ¿De qué forma dará cabida el dispensario a los nuevos servicios? ¿Hay suficientes recursos para dedicar determinadas horas a los adolescentes? ¿Quién puede ofrecer capacitación del personal o formación educativa en servicio en la comunidad?
7. Determine qué tipos de políticas y procedimientos se deben instituir para apoyar la mejora de los servicios. ¿Cómo hará citas el personal? ¿Cómo realizará seguimiento por teléfono? ¿Cómo manejará las situaciones de emergencia y la confidencialidad?
8. Prepare un plan de acción con metas realistas, objetivos mensurables y actividades específicas. Prepare un cronograma, un presupuesto y un plan de evaluación. Considere la posibilidad de buscar fondos externos para proyectos específicos.



## Forma de llevar a los adolescentes al dispensario

Si el dispensario ya tiene servicios de alta calidad específicamente para adolescentes, pero ellos no los utilizan al máximo, prepare un plan de mercadeo cuidadosamente definido. Tome las siguientes medidas:

1. Convoque un comité asesor en asuntos juveniles para ayudar a enfocar las actividades. Dicho comité puede realizar una evaluación de las necesidades, preparar materiales de extensión y ayudar a planear el programa. Los siguientes consejos para trabajar con los adolescentes ofrecen ideas útiles para su participación en el comité asesor. En general, esas medidas son simplemente actos de cortesía de sentido común que hacen que cualquier actividad colectiva sea todo un éxito. Para conseguir adolescentes interesados, comuníquese con los programas de educación entre iguales, servicios juveniles y programas de liderazgo juvenil en la comunidad, especialmente los que se concentran en la sexualidad de los adolescentes.

---

## Consejos para trabajar con los adolescentes

- **Incorpore a los jóvenes a las actividades del programa.** Programe las reuniones en un lugar accesible a una hora en que los adolescentes puedan asistir. Como a cualquier persona, a los jóvenes se les debe mantener informados de los planes y horas de reunión. Permítales tener una participación importante en las actividades realizadas en grupo. Los jóvenes deben participar tanto como sea posible en el proceso de adopción de decisiones del grupo de planificación, tener igualdad de derechos de voto y ocupar cargos de liderazgo. Deje en claro ante otros miembros del grupo de planificación que los jóvenes ocupan una posición de igualdad en este empeño.
- **Muéstrese abierto y sin espíritu de crítica con respecto a la opinión y a las sugerencias de los jóvenes.** Hágales saber que su participación es importante. Absténgase de descartar sus sugerencias o de mostrar una reacción negativa a ellas. Muchos jóvenes se sienten intimidados por los adultos y quizá no estén acostumbrados a que se les incluya en las discusiones sobre planificación u otras estrategias. Tenga presente que se puede necesitar tiempo y esfuerzo para lograr la plena participación de los jóvenes en el programa. Trabaje para que se sientan cómodos. No suponga que un adolescente no tiene ninguna opinión que expresar porque no habla. Solicite sus ideas y opiniones durante las reuniones y discusiones.
- **Aproveche la pericia de los jóvenes.** Los jóvenes conocen a sus compañeros. Anímelos a compartir sus conocimientos sobre el efecto positivo o negativo de la propuesta para ellos. Haga valer su aporte.
- **Sea honrado** respecto de las expectativas para el proyecto, el aporte de los adolescentes y los beneficios de su participación. No afirme que sus problemas pueden ser abordados y resueltos por este grupo de planificación solo.
- **Esté preparado para ofrecer apoyo a los jóvenes.** Piense en la clase de apoyo que se puede necesitar para hacer participar a un amplio y variado número de jóvenes en el proyecto. El apoyo puede incluir asistencia financiera, transporte, capacitación e información. Anime a los miembros del grupo de planificación a interactuar unos con otros con el fin de prestar ese apoyo para ampliar al máximo la participación de todos.
- **Haga que el trabajo sea interactivo y divertido.** Al igual que los adultos, los jóvenes tienen más

posibilidades de participar activamente en proyectos interesantes y satisfactorios. El trabajo voluntario debe ser agradable.

- **Ayude a los jóvenes a adquirir conocimientos prácticos para que puedan ampliar su participación.** Los jóvenes pueden necesitar información sobre estadísticas de salud de los adolescentes, la situación política general o la necesidad de un programa particular en la comunidad. Pueden necesitar ayuda para aprender a convertirse en comunicadores eficaces y a sentirse cómodos al hablar con los directores de programas, los medios de comunicación o las instancias normativas. Es indispensable dar a los jóvenes la oportunidad de ampliar sus conocimientos prácticos.
- 

*Fuente: Clark, Haughton-Denniston, Flinn et al., 1993*

2. Pregunte a los adolescentes de la comunidad cómo mejorar el servicio de los dispensarios. Pídale al comité que prepare y distribuya una encuesta a otros adolescentes y que realice reuniones de grupos focales. Cubra una amplia gama de preguntas tales como las siguientes: ¿En qué sitio de la comunidad obtienen los adolescentes información y servicios anticonceptivos? ¿Han visitado los adolescentes un dispensario de planificación familiar antes? ¿Qué piensan ellos de los servicios? ¿Saben los adolescentes que tienen el derecho legal de recibir servicios confidenciales? ¿Qué clase de transporte emplearían los adolescentes para llegar al dispensario? Según los adolescentes, ¿cuáles son las buenas cualidades de un orientador idóneo en planificación familiar?
3. Familiarícese con las actividades locales y nacionales en que se emplean estrategias de extensión para ampliar el acceso de los adolescentes a los anticonceptivos. Comuníquese con Advocates for Youth, la Campaña Nacional de Prevención del Embarazo de Adolescentes, SIECUS o la Federación de Planificación Familiar para enterarse de métodos prometedores, tales como programas de educación entre iguales en la comunidad, actividades de extensión en la calle, programas de distribución de condones, campañas en los medios de comunicación y así sucesivamente (véase el Apéndice A.) Estudie cómo se podrían adaptar estrategias específicas para poblaciones particulares de jóvenes. Por ejemplo, considere la posibilidad de patrocinar sesiones de educación entre iguales en las escuelas y organizaciones religiosas o capacitación «cruzada» del personal y los adolescentes participantes en otras actividades de prevención en la comunidad, tales como el control de la infección por el VIH/sida, el abuso de sustancias y la prevención de la violencia.
4. Elabore una estrategia de comercialización para anunciar los servicios para los jóvenes. Pídale al comité asesor en asuntos juveniles que le ayude a preparar materiales de comercialización «amigos de los jóvenes» y de particular interés para los hombres, las mujeres, diferentes grupos lingüísticos y culturales, jóvenes deportistas, etc. Considere la posibilidad de repartir tarjetas de referencia que puedan ser distribuidas por todas las entidades de servicios sociales y de salud que ofrezcan descuentos especiales a los jóvenes. Pregúntele al especialista en educación sexual de la escuela de secundaria local si el personal de planificación familiar y los representantes de los jóvenes podrían visitar los salones de clase para compartir información sobre el dispensario. Anuncie en los autobuses, los diarios escolares y las radiodifusoras populares.
5. Prepare un plan que haga participar a los clientes en actividades de mercadeo. Ellos pueden ayudar a menudo a facilitar el acceso de los amigos y los familiares al dispensario. El hecho de pasar la voz es una de las técnicas de propaganda más poderosas. Pregunte a los clientes si conocen a alguien más que pueda estar interesado en visitar el dispensario de planificación familiar. Ofrezcales incentivos para que le recomienden a otras personas. Ofrezca tarjetas de descuento a los nuevos clientes que reciban un formulario de referencia de uno antiguo. Es posible que los clientes deseen acompañar a

un hermano menor, a un hijo o a una hija al dispensario. Si bien muchos adolescentes no quieren que su padre o hermano participe en su consulta de planificación familiar, muchos de ellos agradecen el apoyo y la compañía. Un dispensario de planificación familiar apoya activamente la comunicación entre padres e hijos sobre la sexualidad. A los padres de los adolescentes se les ofrecen juegos de información y oportunidades de participar en talleres y capacitación (Six Rivers Planned Parenthood, 1997).

6. Determine el tipo de cambios necesarios en el dispensario con el fin de dar cabida a más clientes adolescentes. ¿Qué políticas o procedimientos se deben realizar? ¿Cómo manejará el personal el mayor número de clientes resultante de las actividades de mercadeo? ¿Puede el dispensario trabajar con los sistemas locales de tránsito público para preparar facturas de transporte?
7. Prepare un plan de acción con metas, objetivos y actividades reales y alcanzables. Prepare un cronograma, un presupuesto y un plan de evaluación.

### Forma de llevar los servicios de planificación familiar a los adolescentes

Cuando se trata de algunas comunidades o de ciertas poblaciones de jóvenes, los dispensarios de planificación familiar necesitan hacer mucho más que fortalecer la calidad de los servicios o ampliar las actividades de mercadeo. Si ya hay servicios de alta calidad pero todavía no se puede llegar a los jóvenes carentes de ellos y difíciles de alcanzar, como los toxicómanos, encarcelados y desamparados, es posible que el dispensario necesite ampliar las actividades de extensión, establecer centros satélite o crear vínculos con otras organizaciones, como escuelas y otros proveedores de servicios sociales y de salud. Si bien esta puede ser una estrategia que exige uso intensivo de tiempo y de recursos, también puede ser una de las formas más eficaces de llegar hasta los jóvenes. Es posible que el grupo de planificación o la coalición desee considerar las siguientes medidas para prestar amplios servicios a todos los jóvenes, especialmente a quienes son difíciles de alcanzar.

1. Realice una evaluación de necesidades para determinar qué jóvenes están más expuestos a riesgo o son más carentes de servicios en la comunidad. Analice cuidadosamente las necesidades particulares de los jóvenes en los programas de abuso de sustancias, albergues para desamparados, reformatorios de menores establecidos por el sistema judicial y programas de atención en instituciones de acogida. Considere la posibilidad de entrevistar a los proveedores y de convocar reuniones de grupos focales con esos adolescentes para averiguar dónde y cómo reciben servicios de planificación familiar. Ofrezca un pequeño regalo u otro incentivo a los participantes en cada grupo focal. Para más información sobre la evaluación de necesidades y recursos véase el Volumen II de esta serie.
2. Evalúe la factibilidad y el efecto potencial de establecer un dispensario vinculado a una escuela. ¿A cuántos jóvenes se podría servir? ¿Hay otras instalaciones en el vecindario que pueden usarse para vincular a los adolescentes a los servicios, por ejemplo, un albergue para desamparados? ¿Se puede establecer una relación formal con la escuela para que todos los adolescentes sexualmente activos se enteren de los servicios prestados en el dispensario? ¿Puede la enfermera de la escuela enviar a los adolescentes sexualmente activos a esos servicios comunitarios?
3. Evalúe la factibilidad y el efecto potencial de establecer vínculos formales e informales con organizaciones de servicio a los jóvenes y proveedores de servicios sociales. ¿Puede el dispensario copatrocinar el uso de una unidad móvil con el departamento de salud local para transportar a los adolescentes a varios lugares y servicios de la comunidad? ¿Se pueden oficializar los servicios de referencia? ¿Se puede poner en práctica un modelo de gestión de casos? ¿Se pueden localizar los servicios de tal manera que el dispensario de planificación familiar y el organismo de servicio social

compartan una misma instalación? Considere la posibilidad de realizar actividades de extensión en la calle y programas de distribución de condones para llegar hasta los jóvenes desamparados y que están fuera de la escuela. Considere la posibilidad de vincular las actividades de prevención de la infección por el VIH/sida y la capacitación para el empleo en la comunidad con las campañas de prevención del embarazo de adolescentes.

4. Familiarícese con otras asociaciones locales o nacionales destinadas a ampliar el acceso a los anticonceptivos por medio de vínculos interinstitucionales. Estudie los modelos de *Health Bridge* del Self Center o de Girls Incorporated, discutidos antes, que vinculan los servicios de planificación familiar a escuelas y organizaciones de servicio a los jóvenes.
5. Determine qué medidas necesitan tomarse para establecer el vínculo, incluida la posibilidad de preparar un memorando oficial de entendimiento o de acuerdo. ¿Quién debe participar en el proceso de adopción de decisiones? Considere la posibilidad de hacer participar a los administradores y al personal de la entidad. Trabaje para asegurarse de que se sientan bastante cómodos y demuestren un sólido compromiso de cooperación con todas las entidades participantes en las actividades interinstitucionales. ¿Qué políticas y procedimientos es preciso instituir o cambiar para facilitar la colaboración? ¿Qué barreras existen? ¿Cómo se pueden superar? ¿Oficializará un memorando de acuerdo la relación existente de manera que se puedan mantener las relaciones con la entidad aunque haya rotación de personal?
6. Prepare un plan de acción con metas, objetivos y actividades reales y alcanzables. Prepare un cronograma y un presupuesto. El plan debe abordar cómo compartirán las entidades asociadas personal, recursos, nuevo financiamiento y apoyo en especie.

## **Establecimiento de metas y objetivos**

Ya sea que se trate de preparar un plan comunitario o un programa de un solo componente para un sitio específico, establezca metas que reflejen las necesidades de la población a la que se pretende servir. Recuerde que las metas deben corresponder de una forma real a las intervenciones programáticas previstas.

### **Selección de metas apropiadas**

Considere cuidadosamente las metas al seleccionar intervenciones programáticas. Los programas de acceso a anticonceptivos incluidos en *Program Archive on Sexuality, Health, and Adolescence* de Sociometrics ejercen influencia en varios resultados referentes al embarazo, como el aplazamiento y la disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales, la reducción del número de parejas sexuales, el aumento del uso de anticonceptivos en la primera y la última relación sexual, el aumento del uso constante de anticonceptivos por los adolescentes sexualmente activos en cada relación y la prevención del embarazo. Los resultados referentes a actitudes, habilidades, intenciones y creencias incluyen ampliación de los conocimientos prácticos de técnicas de rechazo y negociación, cambio de intenciones y conocimientos sobre el comportamiento sexual o el uso de anticonceptivos y cambio de valores y actitudes para apoyar el aplazamiento, la negociación y la protección (Sociometrics, 1996b).

### **Establecimiento de objetivos**

Las metas indican los resultados generales deseados. Los objetivos son más concretos y específicos que las metas generales y ayudan a definir la forma de lograr estas últimas. Son mensurables e incluyen información sobre quién ejecutará el programa y cómo, el público específico, el cronograma previsto y

la localización. Considere la posibilidad de establecer objetivos del proceso y del resultado. Refiérase al Volumen II si desea consejos prácticos sobre el establecimiento de objetivos en toda la comunidad.

Considere el siguiente escenario. La Escuela Secundaria del Condado de Edgewater ha decidido expedir tarjetas de referencia a servicios de planificación familiar a los estudiantes de la escuela intermedia y secundaria. Trabajará con los dispensarios locales de planificación familiar en la comunidad para poner en práctica el programa. Además, dichos dispensarios contratarán personal del sexo masculino y adiestrarán a todo el personal para que pueda prestar servicios a adolescentes de ambos sexos.

#### **Ejemplo de las metas del programa:**

Aumentar el uso de anticonceptivos por los adolescentes sexualmente activos y hacerlos más conscientes de los servicios de planificación familiar existentes en la comunidad.

#### **Ejemplos de los objetivos del proceso:**

- En julio (del presente año), 500 adolescentes de la escuela recibirán condones, folletos educativos y tarjetas de referencia para acudir a los dispensarios de planificación familiar de la comunidad.
- En enero (del año entrante), todos los dispensarios de planificación familiar de la comunidad incorporarán nuevos protocolos «amigos de los adolescentes».
- En enero (dentro de 2 años), todos los dispensarios de planificación familiar de la comunidad prepararán un plan para llevar a los jóvenes mensajes de prevención del embarazo y de responsabilidad sexual.

#### **Ejemplos de los objetivos del resultado:**

- En enero (del año entrante), por lo menos 300 adolescentes visitarán los dispensarios de planificación familiar de la comunidad para recibir atención sobre el uso de anticonceptivos, como resultado de la campaña de referencia (que se medirá por la recolección de las tarjetas de referencia en el dispensario y en sus registros).
- En enero (del año entrante), por lo menos otros 300 adolescentes sabrán usar condones efectivamente y declararán que los usan en forma permanente (lo cual se determinará con un cuestionario de autonotificación).
- En enero (dentro de 3 años), los servicios de planificación familiar mostrarán un aumento de 25% del número de hombres que usan los servicios (que se medirá mediante los registros de visita al dispensario).
- En enero (dentro de 3 años), los dispensarios de planificación familiar de la comunidad declararán un aumento de 30% en el número de clientes adolescentes como resultado de nuevos procedimientos de accesibilidad (que se medirá con una encuesta de satisfacción de los clientes y procedimientos de seguimiento).

#### **Ejemplos de los objetivos del impacto:**

- En enero (dentro de 7 años), la Escuela Secundaria del Condado de Edgewater tendrá una reducción de 20% de la tasa de embarazo de adolescentes.

## Designación de actividades

Después de identificar algunas metas y varios objetivos, el grupo de coalición o planificación realizará actividades todavía más específicas para poder cumplir y poner en práctica los objetivos. Para lograr el primer objetivo del proceso citado para la Escuela Secundaria del Condado de Edgewater se necesita realizar las siguientes clases de actividades.

1. Conseguir apoyo y aprobación de los principales interesados.
  - Reunirse con las enfermeras, los orientadores, miembros de la junta directiva, administradores y maestros de la escuela.
  - Reunirse con el personal clínico y los administradores de los programas de planificación familiar.
  - Preparar un resumen de la evaluación de necesidades que documente las que sean particulares de los estudiantes en las comunidades vecinas.
  - Reunirse con los padres de familia y ofrecerles oportunidades de participar en talleres que los lleven a sentirse más cómodos con respecto al comportamiento de sus hijos en materia de relaciones sexuales y uso de anticonceptivos.
2. Establecer vínculos entre la escuela Edgewater y los dispensarios locales de planificación familiar.
  - Establecer los tipos de servicio que se pretende ofrecer.
  - Preparar un memorando de entendimiento.
  - Establecer un sistema de referencia.
  - Adiestrar al personal.
3. Preparar un programa de distribución de condones para las escuelas.
  - Evaluar las necesidades y la posibilidad de controversia.
  - Establecer políticas y procedimientos.
4. Seleccionar materiales educativos sobre planificación familiar.
  - Comunicarse con los centros locales de planificación familiar para conseguir materiales.
  - Hacer que un grupo de planificación formado por padres de familia, adolescentes, maestros, administradores de escuela y proveedores de atención de salud recoja y revise los materiales.
5. Buscar médicos de los dispensarios de planificación familiar para visitar la escuela y proporcionar información sobre servicios a los estudiantes.
  - Conseguir aprobación, según sea necesario.
  - Hacer arreglos para visitar el sitio con maestros, médicos y estudiantes.
6. Establecer un sistema oficial de referencia.

- Diseñar tarjetas de referencia para los estudiantes con información específica sobre contactos con los servicios de distribución de anticonceptivos en la comunidad.
  - Dar información a los estudiantes sobre transporte público a dispensarios de planificación familiar.
7. Preparar un presupuesto, un plan financiero y otro de evaluación. (Para más información, refiérase a las secciones tituladas «Creación de una estrategia de financiamiento» y «Planificación para evaluar los programas de acceso a anticonceptivos» en este Volumen).

### **Establecimiento del cronograma**

El cronograma ayudará a determinar las actividades necesarias para lograr las metas y los objetivos y a dirigir el programa de actividades. Para establecer un cronograma con el que se pueda cumplir, el grupo de coalición o planificación debe responder a las siguientes preguntas.

1. ¿Qué tareas críticas necesitan realizarse?
2. ¿Cuáles son las fechas críticas? Por ejemplo, ¿cuándo hay que realizar las tareas para cumplir con los planes de ejecución previstos?
3. ¿Qué otras tareas interinas se deben realizar antes de ejecutar el plan?
4. ¿Qué puntos de referencia concretos indicarán el progreso alcanzado hacia el logro de las metas y objetivos?
5. Tenga en cuenta la cantidad de tiempo necesario para crear un instrumento de evaluación de necesidades para uso en la comunidad o para adaptar otro ya existente.

*Fuente: Brindis, Pittman, Reyes et al., 1991*

## Capítulo 3

### Duplicación y adaptación de programas

Los programas nuevos y ampliados que prestan servicio a los adolescentes pueden tener mayores posibilidades de éxito cuando se basan en otros evaluados con resultados positivos. Muchos de los estudios de casos que figuran en esta serie son programas evaluados que prometen ayudar a los adolescentes a usar métodos anticonceptivos de una forma más eficaz.

La duplicación de un programa de eficacia comprobada aumenta su éxito. En la sección siguiente se discute el proceso de adaptación y duplicación de esos programas. Los planificadores deben analizar cuidadosamente esos pasos antes de decidir cuál es el modelo apropiado para la población destinataria.

Para mejores resultados es importante poner en práctica tantos componentes del programa evaluado como sea posible. El mantenimiento de la integridad del método ampliará al máximo el potencial para lograr resultados similares a los de los modelos originales. Puesto que no hay dos dispensarios de planificación familiar idénticos, probablemente se necesitarán adaptaciones. Adapte el modelo evaluado a las necesidades de los jóvenes escogidos como objetivo y al contexto local. El proceso de adaptación en sí puede llevar a ese grupo a identificarse con el modelo.

Los planificadores de los programas también deben referirse a la publicación *No Easy Answers* (Kirby, 1997), que ofrece un profundo análisis de los programas evaluados de prevención del embarazo y resume los principales componentes.

Tome medidas cuidadosas para adaptar los programas o métodos evaluados. Los siguientes principios pueden orientar a los planificadores para seleccionar, duplicar y adaptar programas modelo.

- **Seleccione y adapte programas basados en las necesidades singulares de los participantes jóvenes.** Escoja programas que presten servicios a poblaciones similares, empleando los datos de la evaluación de las necesidades para determinar la concordancia. Una vez que se seleccione un programa considere la forma de aplicarlo más efectivamente a los antecedentes y experiencias de los participantes jóvenes de la comunidad. Realice reuniones de los grupos focales para probar la aceptabilidad y pertinencia del modelo. Estudie la posibilidad de crear y poner en práctica una serie continua de métodos para llegar a diferentes grupos de edad. Los programas apropiados para el desarrollo que se destinan a los adolescentes de menor edad pueden servir de elemento constitutivo de los programas educativos y clínicos adaptados a los adolescentes mayores de la comunidad.
- **Analice los valores de la comunidad.** Escoja un programa compatible con los valores de la comunidad y que refleje la investigación sobre programas eficaces.
- **Comience en pequeña escala y trabaje con el personal para formar una base.** Primero ejecute el programa en pequeña escala. Planee cualquier cambio con cuidado. Estudie la posibilidad de realizar una prueba piloto antes de poner en práctica estrategias difíciles. Haga una evaluación del proceso para medir la aplicabilidad y el éxito del programa para la población servida. Si tiene éxito, perfeccione y amplíe el programa para una población adolescente más numerosa.
- **Manténgase fiel al modelo.** Al adaptar un programa sometido a prueba, los cambios no deben comprometer las metas ni los objetivos del programa original. Si es necesario, suplemente los materiales evaluados para adaptar el programa a un público específico, pero esos materiales no deben cambiar el espíritu de los originales. Por ejemplo, los planificadores de programas que utilicen



el método explicado en *Reproductive Health Counseling for Young Men* pueden optar por escoger un video o un formulario de historia clínica diferente del modelo original, pero cualquiera que se escoja debe dar la misma información sin cambiar la intención del original.

- **Planee una evaluación del programa desde el principio.** La evaluación es un instrumento valioso. Permite no solo evaluar los resultados del programa sino ofrecer orientación permanente.
- **Busque asistencia externa.** Establezca contacto con las personas que han empleado el programa para aprender cuáles son las posibles dificultades o deficiencias. Aprenda de la experiencia de esas personas. Consulte a un investigador o a un estadígrafo sobre la mejor forma de evaluar el programa. Por ejemplo, un profesor de una universidad local quizá esté dispuesto a prestar asistencia para planear y realizar la evaluación y el análisis de datos.
- **Analice los recursos y el adiestramiento.** Para poner en práctica el modelo del programa, cerciórese de que haya suficientes recursos, incluso de personal. Se recomienda encarecidamente capacitar a las personas encargadas de ejecutar programas modelo en la adquisición de aptitudes. Algunos de esos programas patrocinan seminarios de capacitación y otros exigen que los planificadores asistan a sesiones de adiestramiento antes de duplicar el modelo.

## Análisis de las necesidades de dotación y adiestramiento de personal

**Seleccione debidamente el personal.** El personal reviste importancia crítica para que un programa pueda ampliar el acceso, ser aceptado y tener éxito. La dotación de personal de un dispensario de atención de adolescentes dependerá obviamente del tipo de programa ejecutado y de los recursos existentes. Los siguientes ejemplos ilustran la pericia exigida al personal por diferentes modelos de programas. Aparte de una sólida instrucción y pericia profesional, el personal con una actitud positiva no crítica será el mayor recurso.

El modelo del *Self Center*, creado en Baltimore, Maryland, exige un trabajador social, una enfermera y un administrador de programa (de preferencia con estudios de educación general o para la salud) en cada dispensario. Además, debe haber médicos de turno para prestar los servicios y la supervisión clínica que se necesiten (Sociometrics, 1996b).

La puesta en práctica del modelo de *Reproductive Counseling for Young Men* está a cargo de profesionales de atención de salud, que ofrecen una breve introducción a una sesión de presentación de un video y de diapositivas que cada cliente de 15 a 18 años del sexo masculino ve en privado. Los profesionales sirven luego de orientadores en una consulta de media hora después de la presentación del video (Sociometrics, 1996b).

El modelo de *New Adolescent Approach: Tailoring Family Planning Services to Meet the Special Needs of Adolescents* exige que un educador especializado en orientación revise los formularios de información personal de los pacientes y dirija la parte educativa de la primera consulta de cada paciente, además del personal clínico regular, como un ginecólogo o una enfermera de atención directa (Sociometrics, 1996b).

**El adiestramiento del personal es importante para la ejecución de los programas.** En la siguiente discusión se señalan los campos en que se debe capacitar al personal de planificación familiar (Proyecto de Prevención del Embarazo de Adolescentes, 1996).

- **Información corriente.** El conocimiento debe incluir las características anatómicas y fisiológicas del aparato reproductivo, el desarrollo sexual del adolescente, métodos anticonceptivos, incluso

abstinencia, enfermedades de transmisión sexual, infección por el VIH/sida, abuso sexual, abuso de sustancias y cuestiones educativas, económicas y de salud.

- **Información sobre el embarazo de adolescentes.** Los conocimientos deben incluir antecedentes del embarazo de adolescentes; investigación sobre estrategias exitosas e integrales de prevención de esa clase de embarazo; y estrategias para fomentar la participación de los adolescentes y adultos del sexo masculino, los padres de familia y otros adultos y los jóvenes en general.
- **Valores, actitudes y creencias sobre la sexualidad y la conducta sexual de los adolescentes.** El personal debe sentirse cómodo al expresar su opinión sobre la sexualidad (es decir, al indicar los conocimientos que tiene de sí mismo). Primero debe reconocer sus propias perspectivas y cualquier falta de imparcialidad antes de establecer interacción con los adolescentes de una forma abierta y respetuosa y con demostraciones de apoyo. Debe tener la oportunidad de explorar su propio grado de comodidad al discutir varios asuntos o temas y aprender formas de tratar debidamente las cuestiones y situaciones difíciles (Drolet, 1994).
- **Habilidades para la realización de programas.** Los especialistas en educación sexual y los profesionales al servicio de los jóvenes deben adquirir conocimientos prácticos de presentación y facilitación del trabajo de grupos, por ejemplo, métodos de aprendizaje interactivo y basado en las habilidades y la experiencia, como la dramatización. El personal de salud debe recibir adiestramiento en orientación y tener aptitudes apropiadas de orientación para el desarrollo. Al duplicar y adaptar modelos de programas específicos, debe tener la oportunidad de aprender cuáles son las metas y la finalidad del programa y las lecciones aprendidas con la ejecución del programa original.
- **Aptitudes relacionadas con el desarrollo y el comportamiento de los adolescentes.** El personal debe saber cuáles son las etapas del desarrollo de los adolescentes, poder evaluar su etapa cognoscitiva y determinar si un joven en particular piensa de forma concreta o abstracta. Debe poder evaluar la capacidad del adolescente para planear por anticipado, el grado de apoyo que presta la pareja del adolescente para el uso de métodos de control de la natalidad y la capacidad que tienen los adolescentes en general de incorporar métodos anticonceptivos particulares a su modo de vida. También necesita darse cuenta de la ansiedad de los adolescentes por estar en un dispensario, sus diferentes estilos de aprendizaje y la forma de animarlos a hablar con sus padres o con otros adultos a quienes tengan confianza.
- **Conocimientos de planificación y desarrollo de programas.** Según se necesite, es preciso enseñar al personal a evaluar las necesidades individuales y comunitarias, planear y ejecutar programas eficaces; reclutar, contratar, supervisar y adiestrar a otros miembros del personal; evaluar la eficacia de los programas; coordinar la prestación de servicios; y hacer los arreglos necesarios para referirlos a otros servicios (Drolet, 1994). Estas tareas dependen de las responsabilidades asignadas al personal. A menudo se espera que los funcionarios cumplan responsabilidades excluidas de la descripción del cargo y para las cuales no tienen los conocimientos prácticos necesarios. Por ejemplo, el personal de planificación familiar a menudo realiza evaluaciones antes y después de las pruebas correspondientes sin suficiente capacitación. Los planificadores de programas deben asegurarse de que el personal reciba dirección, capacitación y supervisión apropiadas.
- **Conocimientos de planificación y defensa de los intereses de la comunidad.** Se debe adiestrar al personal en métodos eficaces de colaboración, resolución de conflictos, solución de situaciones difíciles y facilitación del trabajo de grupos. Además, el personal debe saber cómo trabajar efectivamente con los medios de comunicación, las instancias normativas, los donantes de fondos y

el público en general y entender las políticas de la institución en lo que se refiere al contacto con cada uno de estos grupos.

## Creación de una estrategia de financiamiento

Por supuesto, las fuentes de financiamiento para apoyar el programa revisten importancia crítica. Para crear una estrategia de financiamiento, comience por explorar las preguntas enunciadas a continuación.

- ¿Qué recursos se necesitan para alcanzar las metas? ¿Qué recursos existen en la actualidad que se puedan canalizar a esa actividad (por ejemplo, personal, edificios, fondos u otros recursos materiales)?
- ¿Qué elementos y brechas existen?
- ¿Qué recursos excluidos en el pasado podrían aprovecharse?

### Consejos prácticos para conseguir financiamiento

- **Tenga en cuenta los costos potenciales.** El costo de establecer o mejorar un programa de acceso a anticonceptivos varía según el método seleccionado, la capacitación necesaria del personal y los materiales que exija el programa. La adaptación de materiales también implicará costos. El pago de un estipendio a los compañeros que realicen trabajo de educación ampliará la capacidad del programa para conseguir y retener jóvenes.
- **Vincule las estrategias de financiamiento con la evaluación de necesidades.** Use la evaluación de necesidades y recursos como guía para determinar a qué campos deben destinarse. Estudie las necesidades de financiamiento a la luz de las metas y actividades propuestas. Además, piense en los datos adicionales que se deben acopiar para reunir los requisitos para la concesión de determinados fondos. Acuérdesse de incluir entre los factores el costo de la evaluación del programa. (Para más información sobre financiamiento de programas, refiérase al Volumen III de esta serie.)

Por ejemplo, si la evaluación de necesidades muestra que los dispensarios locales de planificación familiar no prestan buenos servicios a los jóvenes del sexo masculino, los planificadores pueden optar por instituir el programa PASHA o el modelo de *Reproductive Health Counseling for Young Men*, realizar una serie de sesiones de capacitación para proveedores de servicios y lanzar una campaña de mercadeo y extensión con materiales fáciles de usar para los hombres. Véase el Apéndice I.

- **Vincule las propuestas de financiamiento a la investigación sobre la prevención del embarazo.** Incluya la investigación más reciente sobre estrategias eficaces en las propuestas de subvención. Haga saber a los donantes de fondos que el programa es un método innovador y ultramoderno de prevención del embarazo. Asegúrese de demostrar que se ha realizado con éxito o que se destina a la población carente de servicios y expuesta a riesgo o cómo permite duplicar otro programa de éxito comprobado anteriormente.

Por ejemplo, dada la relación existente entre el comportamiento sexual arriesgado y el abuso de sustancias, quizá convenga establecer asociaciones formales entre los dispensarios locales de planificación familiar y los centros de tratamiento de abuso de sustancias por los adolescentes. Al preparar propuestas para solicitar subvenciones, enmarque el programa como un medio de

prevención del embarazo de adolescentes y de tratamiento de la drogadicción. Esto permitirá solicitar dinero a ambas fuentes de financiamiento.

- **Sea creativo y sensible a las tendencias de cambio político.** El financiamiento suele cambiar con las prioridades políticas del momento. Entérese de esas prioridades y adapte el programa de la forma correspondiente. Estudie cómo puede solicitar el programa fondos disponibles para adiestramiento en el empleo o para programas de transición de la asistencia social al trabajo. Use estrategias creativas para asegurarse de la viabilidad del programa a largo plazo. Busque nuevos recursos del sector privado o de contribuciones en especie y cree un fondo de fuentes públicas y privadas. Use o redistribuya los recursos existentes de una manera más eficiente al mejorar la dotación de personal, compartir fondos y buscar servicios en otras instituciones.

*La Junta de Educación de Filadelfia autorizó una iniciativa de distribución de condones en las escuelas secundarias públicas de la ciudad en 1991. Sin embargo, la política de ese órgano no permite destinar fondos del distrito para cubrir los gastos de administración de personal ni comprar condones para el programa. El Consejo de Planificación Familiar proporcionó financiamiento inicial para el programa y luego aprovechó los recursos del Departamento de Salud de Filadelfia para adquirir condones y material educativo. La Junta de Educación ofreció locales escolares para el programa (Furstenberg, Geitz, Teitler et al., 1997).*

*En el Condado de Solano en California, las enfermeras de las escuelas trabajaron para establecer uno de los primeros contratos nacionales de salud escolar basado en el pago de tarifas por servicios recibidos, suscrito entre ellas y los planes de atención administrada. Se prepararon protocolos y procedimientos de referencia y seguimiento para los proveedores de atención primaria y esas enfermeras. Estas últimas se convirtieron en parte oficial de la red auxiliar de proveedores de atención administrada. La inclusión de las enfermeras en dicha red ayudó a asegurar la confidencialidad de la información dada por los pacientes y, al mismo tiempo, facilitó un intercambio de información entre ambas partes. Un análisis de costos demostró que el plan de salud pagaba aproximadamente US\$35.000 por los servicios, monto que en otras circunstancias no habría sido reembolsable (Brindis, Wunsch, 1996).*

*Un dispensario de St. Paul, Minnesota, comenzó a cobrar US\$200 por las visitas locales de otros profesionales de salud interesados en duplicar su modelo. Ese pago ayudó a compensar el tiempo dedicado por el personal al adiestramiento de otras personas, pero también creó una fuente flexible de financiamiento (Brindis, comunicación personal con Laura Edwards, MD, 1993).*

- **Establezca un fuerte liderazgo y trabajo en coalición.** Un fuerte liderazgo puede ayudar a guiar la estrategia de financiamiento, asegurar una sólida base de financiamiento y convencer a las principales instancias decisorias de asignar nueva prioridad a los programas de acceso a anticonceptivos para adolescentes. El trabajo en coalición puede ser una forma de aprovechar los recursos de varias entidades al mismo tiempo.

*En el estado de Washington, varias organizaciones formaron una coalición para crear más conciencia con respecto al uso de métodos anticonceptivos de emergencia y ampliar el acceso a ellos. Los miembros de la coalición incluyen el Programa de Tecnología Apropriada para la Salud, la Asociación de Farmacéuticos del Estado de Washington y el Departamento de Farmacia de la Universidad de Washington. La coalición ha*

*establecido un amplio conjunto de actividades, incluso un plan para farmacéuticos, junto con los médicos, para dispensar píldoras anticonceptivas de emergencia sin receta médica. La capacitación de los farmacéuticos incluye enseñanzas sobre despacho de las píldoras, orientación y referencia de los pacientes a otros servicios (Koglin, 1997).*

## Capítulo 4

### Resolución de controversias

*Cuando nuestra coalición introdujo por primera vez la idea de una campaña de distribución de condones, hubo mucha oposición. El director de la escuela se opuso categóricamente y consiguió mucho apoyo de otros miembros de la comunidad. Un funcionario del centro de detención de menores nos dijo que los condones de colores se consideraban como productos de contrabando. Trabajamos durante seis meses con un grupo de directores solidarios. Por último, el director que con más vehemencia nos había expresado su oposición se comprometió a facilitar los condones siempre y cuando no tuvieran ningún color.*

*Padre de un estudiante de secundaria*

Algunos grupos de la comunidad pueden oponerse a que se dé acceso a los adolescentes a los servicios de planificación familiar. A pesar de haber investigaciones que indican lo contrario, algunas personas creen que el suministro de anticonceptivos a los adolescentes conduce a la promiscuidad (Kirby, 1997). Prepare cuidadosamente un plan de acción para asegurarse de su plena ejecución y del financiamiento de las actividades orientadas hacia los adolescentes si surge alguna controversia en la comunidad.

La controversia afecta al acceso a los servicios de planificación familiar. Los adversarios trabajan para restringir el acceso de los adolescentes a esos servicios mediante la promulgación de leyes desfavorables, la reducción del financiamiento para los programas de prevención y la realización de campañas destinadas a ejercer influencia negativa en la opinión de las comunidades. El financiamiento federal y estatal para los programas de planificación familiar es un objetivo primario. Se ven afectadas importantes actividades de prevención, tales como el programa de planificación familiar realizado con fondos federales del Título X y los centros de salud escolares.

#### ● HECHOS

---

#### La controversia y el acceso de los adolescentes a los servicios de planificación familiar

- El nivel de financiamiento para la planificación familiar realizada con arreglo al Título X se redujo 72% entre 1980 y 1992, lo que obligó a muchos dispensarios a cerrar los departamentos de educación y extensión, que constituyen los principales métodos de contacto con los adolescentes (Instituto Alan Guttmacher, 1995). A pesar de las limitaciones, el financiamiento obtenido con arreglo al Título X apoya a más de 4.000 dispensarios en todo el país y exige que se presten servicios gratuitos y confidenciales de planificación familiar a los adolescentes (Henshaw, Torres, 1994).
  - Varios estudios muestran que las consultas de los adolescentes a los servicios de planificación familiar se redujeron en el decenio de 1980 a pesar de que muchos de ellos eran sexualmente activos. En 1982, 65% de las mujeres sexualmente activas menores de 20 años dijeron que habían visitado un dispensario de planificación familiar en el año precedente; cifra que llegó solo a 57% en 1988 (Centro de Investigación sobre Economía Sanitaria, 1993).
  - Los centros de salud escolares y vinculados a las escuelas enfrentan una gran oposición de los
-

grupos conservadores. Sus activistas se enfocan en las leyes estatales, las entidades patrocinadoras y las juntas de administración escolar para exigir el consentimiento de los padres de familia e impedir que ambas clases de escuelas presten servicios integrales. Alrededor de un tercio de esas escuelas ofrece servicios de planificación familiar *in situ* y casi todas exigen consentimiento de los padres de familia para la prestación de servicios, aunque muchos estados tienen leyes que permiten el acceso de los adolescentes a servicios de control de la natalidad sin el consentimiento de los padres (Advocates for Youth, 1995). Para más información sobre las dos clases de escuelas aquí descritas, sírvase comunicarse con Advocates for Youth o la National Assembly on School-based Health Care (véase el Apéndice A).

---

La controversia reduce el acceso de los adolescentes a los servicios al crear confusión para ellos e intensificar sus temores de que se haya traicionado su confianza. También intensifica la incomodidad de los adolescentes en la búsqueda de atención.

*Se produjo una gran controversia después de la ejecución de un programa de distribución de condones en una pequeña escuela secundaria rural. Los planificadores del programa consideraron la posibilidad de abandonarlo. En lugar de eso, el comité de planificación decidió trabajar con una institución asociada aparentemente neutral, a saber, el Centro de Extensión Cooperativa, para prestar un conjunto más completo de servicios a un grupo más pequeño de estudiantes expuestos a riesgo.*

A pesar de la controversia nacional sobre la planificación familiar es importante señalar que el público estadounidense apoya los servicios de planificación familiar. Una encuesta nacional de votantes inscritos celebrada en 1996 mostró que una abrumadora mayoría del pueblo estadounidense apoya los servicios de planificación familiar. Las estadísticas muestran que 98% apoyan la planificación familiar y 72%, el aumento de los fondos públicos para esos servicios (Planned Parenthood Federation of America, 1996).

A veces una intensa controversia rodea a los programas de distribución de anticonceptivos para los adolescentes. Por lo tanto, es importante estar preparados para responder a los argumentos presentados por los adversarios. Los siguientes son algunos de sus argumentos típicos y preguntas sobre los programas de acceso a los anticonceptivos y de distribución de condones, junto con las respuestas recomendadas. Además, el Volumen I ofrece más información sobre la forma de responder a los grupos de oposición a los programas.

### **Programas de acceso a anticonceptivos: forma de refutar los mitos**

- **La abstinencia es el único medio verdaderamente eficaz para prevenir el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual (ETS). No hay tal cosa como las «relaciones sexuales seguras».**

Los defensores deben recalcar que la abstinencia completa es la única garantía total contra un embarazo indeseado y la infección por el VIH u otras ETS. **Todos** los programas integrales deben incluir mensajes positivos sobre la abstinencia e información sobre los riesgos y consecuencias de la actividad sexual sin protección (Kirby, 1997). Los adolescentes que optan por la abstinencia o por demorar la actividad sexual necesitan ánimo y apoyo. Casi cualquier persona será sexualmente activa en algún momento de su vida y debe tener conocimientos de anticoncepción y prevención de la enfermedad. La investigación hecha con adolescentes muestra que la educación sobre la reproducción y la sexualidad, cuando va acompañada de acceso a servicios anticonceptivos, no aumenta la actividad sexual pero sí puede intensificar el uso de anticonceptivos por ese grupo y reducir el número de embarazos (Kirby, 1997).

Los mensajes basados en la abstinencia siempre deben ser parte de los programas de prevención, pero no deben ser el único mensaje. Un análisis de seis estudios de programas de abstinencia solamente muestra que esos programas no ayudan a los adolescentes a aplazar la iniciación de la actividad sexual (Kirby, 1997). Se ha demostrado que los mensajes sobre abstinencia solamente son ineficaces para los adolescentes que ya tienen relaciones sexuales. Este último grupo desatiende esos mensajes. Sin información sobre métodos anticonceptivos y ante la necesidad de obrar de manera responsable, es menos probable que esos adolescentes usen cualquier clase de métodos anticonceptivos.

- **La distribución de anticonceptivos anima a los adolescentes a tener relaciones sexuales.**

Los programas de distribución de anticonceptivos no hacen que los adolescentes sean sexualmente activos. El personal de los programas no les impone el uso de condones ni de otras formas de control de la natalidad. Los métodos anticonceptivos están a disposición solamente de quienes los solicitan; no se distribuyen a todos los estudiantes.

En varios estudios se ha descubierto que la disponibilidad de anticonceptivos no acelera la iniciación ni aumenta la frecuencia de la actividad sexual de los adolescentes (Kirby, 1997; Guttmacher, Lieberman, Ward et al., 1997). Esos programas ofrecen protección a los adolescentes que ya han iniciado la actividad sexual y comprueban que es posible reducir el comportamiento sexual arriesgado de ese grupo (Guttmacher, Lieberman, Ward et al., 1997). Además, en los programas integrales de distribución de anticonceptivos se enseñan a los adolescentes habilidades para tomar decisiones, negociar y resistir la presión de los compañeros.

- **Los programas de distribución de anticonceptivos envían un mensaje erróneo a los adolescentes.**

Al facilitar anticonceptivos a todos los estudiantes sexualmente activos, las escuelas les hacen saber que la comunidad se preocupa por su bienestar. Los programas de distribución de anticonceptivos también demuestran que los adultos obrarán teniendo en cuenta la realidad de la vida de los adolescentes. Esos programas muestran que aun los adultos que prefieren la abstinencia de los adolescentes también desean que eviten las consecuencias desfavorables de las relaciones sexuales

---



sin protección.

- **Las tasas de fracaso del uso de condones son muy altas. Al recalcar a los adolescentes la necesidad de usarlos se les da un falso sentido de protección.**

Cuando se usan de forma constante y correcta, los condones de látex son sumamente eficaces. En un estudio de 123 parejas en que uno de sus integrantes estaba infectado por el VIH y el otro no, se determinó que ninguna de las parejas sanas que declararon uso continuo de condones contrajeron la infección por el virus (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 1993).

Casi siempre, el uso incorrecto de los condones es la causa del fracaso de ese método de control de la natalidad (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 1998). Un mejor conocimiento del producto y de su uso correcto aumentará la posibilidad de éxito continuo del método.

Los adolescentes deben recibir información precisa sobre la eficacia y los efectos secundarios de cada método y las consecuencias de la abstención total de su uso. La información sobre la probabilidad de contraer una enfermedad de transmisión o de tener un embarazo indeseado—con diferentes métodos o sin ninguno—ayudará a los adolescentes a tomar decisiones responsables sobre la conveniencia de tener o no relaciones sexuales y la forma más apropiada de hacerlo para evitar el embarazo y las ETS.

- **Los padres de familia, no las escuelas, tienen la responsabilidad de informar a sus hijos sobre la sexualidad.**

Los padres son los primeros educadores de sus hijos sobre la sexualidad. En condiciones óptimas, son ellos quienes les enseñan valores y dan orientación sobre todos los aspectos de lo que consideran un comportamiento adecuado, en lo que dicen y en la forma de obrar. Aun así, casi todos los padres de familia expresan la necesidad de recibir ayuda al discutir la sexualidad y la prevención del embarazo con sus hijos.

Además, muchos adolescentes no tienen familia a quien pedir información y orientación sobre esas cuestiones. Los programas de prevención del embarazo y de educación sexual complementan y aumentan la responsabilidad de los padres de familia y de ninguna manera la reemplazan ni disminuyen.

- **Los padres de familia no aprueban ni apoyan esos programas.**

La mayoría de los padres entienden el riesgo que enfrentan los adolescentes y apoyan los esfuerzos para protegerlos. Según una encuesta, 73% de los adultos favorecen la distribución de anticonceptivos en las escuelas (Louis Harris and Associates, 1988).

Una encuesta realizada por el grupo Roper en 1991 señaló que 64% de los adultos dicen que se deben distribuir condones en las escuelas de secundaria (Roper Organization, 1991). Además, en una encuesta realizada entre residentes de Carolina del Norte en 1992 se observó que 67% favorecen la distribución de anticonceptivos en los dos últimos años de la escuela secundaria (North Carolina Coalition on Adolescent Pregnancy, 1993).

- **Los condones están a disposición de los interesados en las droguerías; no hay necesidad de distribuirlos también en las escuelas**
-

Desde la decisión tomada por la Corte Suprema de Justicia de los Estados Unidos en 1977 en el caso de *Carey contra Population Services International*, los adolescentes solteros han tenido el derecho legal de comprar condones en cualquier droguería o tienda local, pero eso no garantiza que tengan libre acceso a dicho producto. En una encuesta hecha en varias droguerías de Washington, DC, se observó que los adolescentes deben salvar grandes barreras, incluso la crítica de los empleados de esos lugares, para comprar condones (Advocates for Youth, 1996a).

Los problemas son más complicados para los adolescentes de bajos ingresos o del sector rural que no pueden darse el lujo de comprar condones, carecen de transporte, temen encuentros con amigos o vecinos o viven en pequeñas comunidades donde conocen a los vendedores de las tiendas. Si bien en algunos dispensarios de planificación familiar se trata de ser sensible a las necesidades de los adolescentes y de programar un horario especial o establecer sitios especiales para el trabajo de extensión, para muchos adolescentes el acceso sigue siendo difícil.

Casi todos los adolescentes pasan el día en la escuela. Un programa escolar bien diseñado de distribución de anticonceptivos logra más que la expansión del acceso a los condones. También imparte enseñanzas prácticas de adopción de decisiones y negociación en materia de relaciones sexuales y demuestra a los adolescentes sexualmente activos que la comunidad se interesa en ellos y en su futuro.

---

*Fuente: Clark, Haughton-Denniston, Flinn et al., 1993*

## Capítulo 5

### Planificación para evaluar los programas de acceso a anticonceptivos

La evaluación es definitiva para determinar si se ha logrado un mayor acceso a métodos anticonceptivos. En el Volumen II de esta serie se incluye una revisión de los métodos e instrumentos de evaluación básicos. El Apéndice C contiene otros recursos sobre la evaluación de programas. Un especialista puede ser indispensable para realizar una buena evaluación. Es posible que las comunidades deseen tener la red de evaluadores de programas identificada por Sociometrics (véase el Apéndice I).

En el Volumen II se hace una descripción de los tres tipos de evaluación que pueden emplearse para determinar el éxito de un programa en el logro de las metas y los objetivos declarados.

En la **evaluación del proceso** se determina la forma en que se adapta el programa a las metas y los objetivos planeados. Como parte de esa labor, documente los cambios específicos en la prestación de servicios como resultado del proceso de planificación. Entre otras cosas, documente si (1) ha cambiado el horario de servicio, (2) se ha establecido una red coordinada de extensión y referencia, (3) se han establecido otros sitios de servicio comunitario y (4) se han reasignado otros fondos o recursos para apoyar los servicios educativos y clínicos.

Por ejemplo, la comunidad del Condado de Edgewater se propuso mejorar el servicio de referencia a los dispensarios de planificación familiar prestado a los estudiantes de la escuela intermedia y secundaria y fortalecer los vínculos de las escuelas con esos dispensarios. La evaluación del proceso puede proporcionar datos en forma permanente que indiquen lo siguiente:

1. el número de adolescentes de ambos sexos que reciben condones, folletos educativos y tarjetas de referencia a dispensarios de planificación familiar;
2. el número de dispensarios de planificación familiar en el condado que adaptan nuevos protocolos «amigos de los adolescentes» en una fecha específica;
3. el número de dispensarios de planificación familiar del condado que elaboran y ejecutan un plan para ampliar la cobertura a los jóvenes del sexo masculino.

La **evaluación del resultado** determina si el programa cumple con los objetivos declarados y si las intervenciones aumentan el número de clientes beneficiados. Permitirá puntualizar si el mayor acceso realmente aumenta el número de clientes que acuden al dispensario. Otros indicadores dependerán de los objetivos del resultado enunciados en el plan. Estos últimos pueden incluir asuntos como si un mayor porcentaje de clientes de los dispensarios de planificación familiar usa métodos anticonceptivos eficaces y si un mayor número de adolescentes los usa cada vez que tienen relaciones sexuales.

La evaluación del resultado exige comparación de los datos antes y después de realizar las intervenciones. También exige comparación con otra comunidad sin servicios específicos para los adolescentes. Para realizar una evaluación del resultado, se debe llevar un registro de los datos por lo menos durante seis meses. Sin embargo, seis meses quizá no sea suficiente tiempo para esperar cambios de importancia. Más bien, con la evaluación se pueden documentar cambios interinos, por ejemplo, como la introducción de formas de protección en las relaciones sexuales que antes tenían los adolescentes sin cuidarse.

En el caso del Condado de Edgewater, la evaluación del resultado determina el número de adolescentes sexualmente activos que acuden a los dispensarios de planificación familiar y el número que declara un uso eficaz y constante de condones antes y después de la intervención. También permite medir los cambios del porcentaje y de la proporción de jóvenes, en particular del sexo masculino, que frecuentan los dispensarios de planificación familiar. Tenga presente que para poder evaluar con éxito el efecto de un programa de acceso a anticonceptivos, las comunidades deben recolectar varios datos sobre el dispensario y los clientes en los establecimientos de intervención y comparación.

La **evaluación del impacto** determina si el programa tiene los efectos deseados a largo plazo en la población destinataria. Permite ponderar si un mayor número de adolescentes sexualmente activos usa anticonceptivos de manera eficaz y constante, con la meta final de reducir el número de adolescentes que tienen embarazos indeseados o infecciones de transmisión sexual.

## Consejos para realizar la evaluación

**Tome medidas regularmente.** Es importante recoger datos semestralmente para documentar si ha cambiado el número de adolescentes que reciben atención. La repetición de las medidas también puede ser útil para determinar si una mejora de los servicios con el tiempo da como resultado un mayor número de clientes adolescentes. Para realizar evaluaciones del proceso, el resultado y el impacto, los planificadores de programas deben tener una documentación coherente de las intervenciones realizadas y del número de clientes atendidos.

**Acopie datos longitudinales.** Para determinar el impacto en el aumento del acceso a los servicios de planificación familiar, es preciso acopiar datos longitudinales al menos por 1 año, de preferencia por más tiempo, para determinar los cambios del número de embarazos indeseados y de infecciones de transmisión sexual. Sin embargo, es poco probable que los esfuerzos desplegados por un dispensario logren ese grado de impacto. Es posible que una gran variedad de estrategias simultáneas junto con programas de desarrollo destinados a los jóvenes aumente el éxito en la reducción de las tasas de embarazo de adolescentes y de infecciones de transmisión sexual con el tiempo.

**Seleccione un grupo de comparación viable.** Para realizar una evaluación del resultado y del impacto, el personal necesita un grupo de comparación viable. La comunidad puede seleccionar un subgrupo a partir del censo o del código postal en que se enfocarán todas las actividades tendientes a aumentar el acceso. Esa situación puede ocurrir naturalmente por causa de la limitación de recursos o de la imposibilidad de realizar una campaña en toda la comunidad. Sin embargo, para fines de evaluación, este tipo de situación puede proporcionar una zona comparable en que se mantengan los servicios tradicionales y no se haga ningún esfuerzo especial. Es preciso acopiar datos similares, como el uso eficaz de anticonceptivos por los adolescentes, en los sitios de intervención y comparación.

Se necesita acopiar datos comparables sobre la evaluación del proceso, el resultado y el impacto en los dispensarios de los sitios experimentales y de comparación. Los datos básicos sobre el perfil de la clientela y sobre el uso del dispensario y la retención de la clientela asegurarán una óptima concordancia entre los grupos de adolescentes. Además, para una buena evaluación se necesitan datos sobre otras iniciativas en marcha para influir en el comportamiento relacionado con el uso de anticonceptivos. Por ejemplo, una campaña de fomento de la prevención del embarazo de adolescentes en todos los medios de comunicación de la comunidad, una campaña de prevención del sida o varias otras intervenciones educativas sobre la vida de familia pueden afectar a la comunidad empleada para fines de comparación. Al realizar la evaluación es preciso tener en cuenta otros lugares donde se pueden obtener anticonceptivos, tales como droguerías, supermercados y programas de distribución de condones. Estos otros recursos e intervenciones, si existen por igual en los sitios experimentales y de comparación,

ayudarán a evaluar el aporte de la campaña de servicios clínicos al incremento del uso de anticonceptivos por los adolescentes.

**Consulte a un evaluador.** Consulte a un evaluador para planear la clase de datos necesarios para evaluar las actividades realizadas por la comunidad con objeto de ampliar el acceso a la atención y lograr un mejor uso de anticonceptivos. Al realizar la evaluación del proceso, se pueden emplear sencillas estadísticas descriptivas para comparar las tendencias cronológicas, según el tipo de dispensario. Este método es particularmente útil si se someten a prueba diversas estrategias de extensión en diferentes dispensarios. La realización de entrevistas y la reunión de los grupos focales con los clientes ofrece una gran variedad de datos cualitativos y cuantitativos. Para acopiar los datos de la evaluación del resultado y del impacto será necesario tener un sistema apropiado que permita seguir la trayectoria de los clientes del dispensario. La posibilidad de realizar un seguimiento de los clientes es de vital importancia para determinar si siguen recibiendo anticonceptivos de los dispensarios escogidos como objetivo o si no reciben nada (véase también el Apéndice C).

**Prepare informes periódicos.** Prepare informes periódicos de los resultados interinos de los datos sobre el número de nuevos clientes nuevos y usuarios continuos de anticonceptivos atendidos como resultado de diferentes intervenciones introducidas a la comunidad. Esos informes ofrecen importantes observaciones a los dispensarios. Sin embargo, recuerde que los cambios tardan en instituirse. Por ejemplo, si en la evaluación de necesidades se ha descubierto que los adolescentes desconfían de los proveedores locales, habrá que someter a prueba e instituir varias estrategias para evitar la desconfianza y la evasión de los servicios.

Algunas estrategias, como la de establecer un horario especial para los adolescentes o hacer que el examen de la pelvis sea opcional en la primera consulta, pueden ser medidas que lleven menos tiempo para instituirse, pero exigen también un cierto tiempo para mostrar los efectos. Por lo tanto, los informes sobre el progreso alcanzado en la aplicación de las estrategias sometidas a prueba, la satisfacción de los clientes y el número de clientes atendidos con el tiempo ofrecen valiosas observaciones a todas las personas que trabajan por ampliar el acceso de los adolescentes a los anticonceptivos. Destaque los descubrimientos inesperados, como un aumento del número de clientes sometido a exámenes de detección de enfermedades de transmisión sexual.

Será útil hacer un resumen de los hallazgos iniciales, de una a dos páginas, especialmente para cobertura en los medios de comunicación. En todos los informes provisionales, resumidos y finales **se debe** proteger la confidencialidad de los clientes. Será muy numeroso el público interesado en conocer los resultados de la evaluación del impacto y del resultado, especialmente en lo que respecta al mayor acceso a anticonceptivos y a la mejora del uso de esos productos.

### **Necesidad de obrar según los resultados**

El propósito final de la evaluación es proporcionar una base para las decisiones. La evaluación es un instrumento para determinar hasta qué punto cumple el programa sus objetivos y cómo se puede mejorar. Exige un importante compromiso de recursos y de personal y los resultados deben ser tan útiles para los administradores de programas como sea posible. Si se descubren problemas en la evaluación, el trabajo en su solución ayudará a demostrar en la evaluación siguiente un progreso aún mayor en el logro de los objetivos declarados del programa. Las comunidades pueden mejorar sus programas con resultados positivos y negativos. La evaluación no es un castigo ni tampoco un instrumento para avergonzar a nadie; es un método para aprender a mejorar los programas de planificación familiar para los adolescentes realizados en los dispensarios.

## Conclusión

Este volumen destaca la importancia de los programas de acceso a anticonceptivos y las estrategias clave para llegar a los jóvenes. La búsqueda de nuevas formas de servir a los adolescentes con más eficacia reviste importancia crítica para las comunidades. Éstas también pueden trabajar por cambiar las normas sociales sobre el uso de anticonceptivos. Para ello, es preciso que traten a los adolescentes sexualmente activos de una forma acorde con la realidad.

Sigue aumentando el uso de anticonceptivos por los adolescentes sexualmente activos, a pesar de los mensajes contradictorios que reciben a menudo de los adultos. Se obtienen resultados mucho mejores cuando los adultos aprenden a controlar sus temores sobre el comportamiento sexual de los adolescentes y les ofrecen la información y las enseñanzas prácticas necesarias para ayudarlos a adoptar decisiones conscientes sobre el comportamiento sexual.