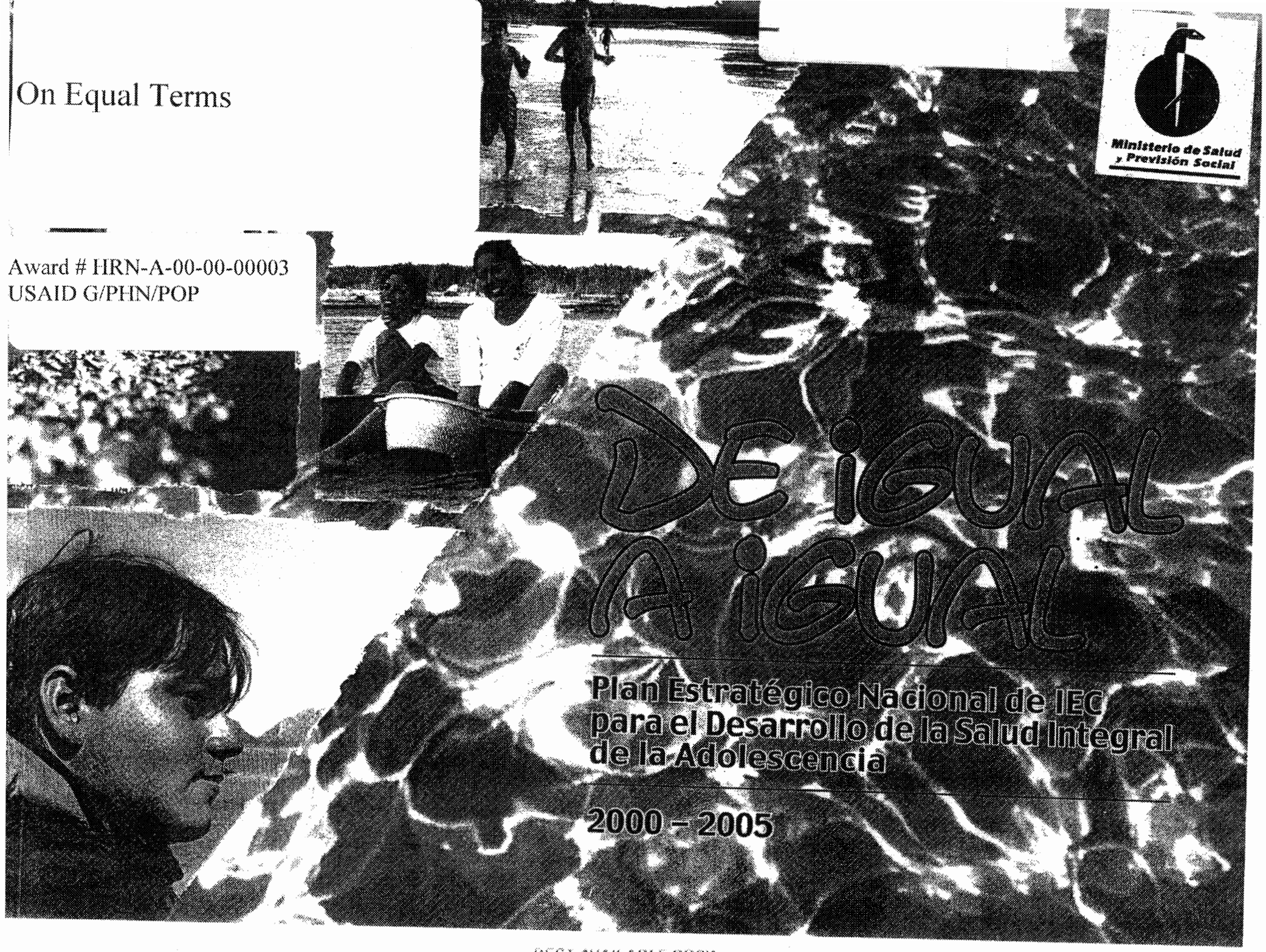
On Equal Terms

Award # HRN-A-00-00-00003
USAID G/PHN/POP



De igual a igual

Plan Estratégico Nacional de IEC para el Desarrollo de la Salud Integral de la Adolescencia

2000 – 2005

BEST AVAILABLE COPY

PRESENTACION

El Ministerio de Salud a través de la Unidad de Atención a las Personas ámbito en el cual se desarrollan las actividades destinadas a la atención integral de la salud de los y las adolescentes, tiene el agrado de poner a disposición de profesionales, técnicos y líderes adolescentes el presente documento que sintetiza las líneas más importantes para trabajar la información, educación y comunicación para y con adolescentes, en sus diferentes dimensiones, audiencia y contenidos.

El mismo es el resultado de un trabajo de sistematización de experiencias, documentación ya existente en las instituciones de gobierno y no gubernamentales y talleres desarrollados con los propios adolescentes en los cuales se compartieron ideas y necesidades respecto a acciones operativas para producir y distribuir mensajes en un dialogo de IGUAL A IGUAL.

Esperamos que las propuestas emergidas del documento tengan utilidad para construir una línea uniforme de trabajo para y con los adolescentes, mismas que se verán permanentemente enriquecidas con el aporte valioso de usuarios potenciales.

Dr. Jaime Telleria Guzmán
JEFE UNIDAD NACIONAL
DE ATENCION A LAS PERSONAS
M. S. P. S.

Dr. Guillermo Cuentas Y.
MINISTRO DE SALUD Y PREVISION SOCIAL

Dr. René Bilbao
VICEMINISTRO DE SALUD

Dr. Carlos Sandóval
VICEMINISTRO DE PREVISION SOCIAL

Dr. Fernando Lavadenz
DIRECTOR GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD

Dr. Jaime Tellería G.
JEFE NAL. DE ATENCION A LAS PERSONAS

Dra. Miriam López Barrón
COORDINADORA AREA DEL NIÑO, ESCOLAR Y ADOLESCENTE

Publicación avalada y autorizada para su publicación por el Comité Revisión de Publicaciones del Ministerio de Salud (COREP).

Elaborado por: Carola Prudencio

Comité Asesor de la Estrategia Nacional de IEC para el Desarrollo de la Salud Integral de la Adolescencia.

Miriam López, Jefe de Unidad del Niño, Escolar y Adolescente Ministerio de Salud y Previsión Social.

Gladys Pozo, Representante para Bolivia Pathfinder International/Focus.

Ariel Pérez, Representante para Bolivia.
Centro para Programas de Comunicación de la Universidad Johns Hopkins.

Carola Prudencio
Consultora Pathfinder

Indice

1. Introducción 2
2. Antecedentes 3
2.1. Del contexto socio demográfico 3
2.2. Del contexto político 13
2.3. Antecedentes de comunicación 16
2.4. Conclusiones 19
3. Marco teórico 22
3.1. Concepto de adolescencia 22
3.2. Marco conceptual de salud y desarrollo 23
3.3. Políticas de comunicación 24
3.4. Premisas básicas 25
4. Audiencia 29
4.1. Segmentación de audiencia 29
4.2. Perfil psicográfico 29
5. Objetivos 40
5.1. Del Programa Nacional 40
5.2. De la Estrategia de IEC 40
6. Contenidos temáticos 42
6.1. Desarrollo de contenidos 42
6.2. Enfoques transversales 49
6.3. Recomendaciones para el diseño de mensajes 50
6.4. Sugerencias para la elaboración de materiales 51
7. Estrategia 54
7.1. Estrategias de intervención 54
7.2. Líneas de acción 55
7.3. Duración y fases 56
7.4. Estructura de la estrategia 57
8. Presupuesto 67
9. Bibliografía 68

1 Introducción

Si bien muchas personas reconocen que la adolescencia es una etapa importante en el desarrollo del individuo y para el progreso de un país, es un sector de la población que, en Bolivia ha sido descuidado por muchos años. En la actualidad se cuenta con políticas y planes de gobierno que coadyuvan al desarrollo integral de la adolescencia. En el Plan Nacional Concertado de Desarrollo Sostenible de la Adolescencia y Juventud 1998 - 2002[1], se estipula que se debe "Implementar una Estrategia de Información, Educación y Comunicación (IEC)", en esta línea el Ministerio de Salud y Previsión Social con la colaboración de Pathfinder, el Centro para Programas de Comunicación de la Universidad Johns Hopkins y el Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia han elaborado la Estrategia Nacional de IEC para el Desarrollo de la Salud Integral de la Adolescencia.

Entendemos por estrategia de IEC a la serie de acciones entrelazadas y aplicadas según la ruta diseñada por etapas, con el fin de modificar, recuperar y fortalecer conocimientos, actitudes y prácticas en la audiencia a la que se dirigen las acciones.

La estrategia ha sido elaborada con el propósito de apoyar la política de desarrollo de la adolescencia del Ministerio de Salud y Previsión Social y contribuir a elevar el nivel de conocimiento de la adolescencia con respecto a su salud, lograr un cambio de actitudes favorables para el cuidado de su salud, como un derecho inalienable de los individuos y, aumentar el acceso a los servicios de salud integral de la adolescencia.

La estrategia es, por tanto, un conjunto complejo de acciones operativas para producir y distribuir mensajes. Es además, un plan estructurado que una vez aplicado contribuirá al desarrollo de la adolescencia y facilitará a las instituciones aunar esfuerzos, trabajar de manera ordenada, coherente y coordinada por una adolescencia fortalecida que sea capaz de tomar sus propias decisiones respecto a su salud y pueda desarrollarse plenamente.

La aplicación de la presente estrategia permitirá lograr cambios significativos en el desarrollo de la adolescencia que abrirá nuevas perspectivas para continuar con la labor de mejorar las condiciones de la salud de ésta.

Para la elaboración de esta estrategia se han realizado investigaciones formativas con adolescentes en las ciudades de La Paz, Sucre y Santa Cruz, ciertamente no es lo ideal, pero al menos son ciudades importantes de los tres planos ecológicos del país. Los talleres se realizaron para conocer sus necesidades, temores y esperanzas y comprender mejor su punto de vista. También se conocieron los diferentes criterios del personal de salud de los centros de atención integral al adolescente de ocho ciudades capitales de Departamento. Asimismo se han rescatado experiencias, estudios e investigaciones de diversas instituciones y personalidades que trabajan por la adolescencia.

Este documento es producto de importantes aportes institucionales y personales que son la base desde la cual surgirán iniciativas que respondan a las necesidades específicas de cada contexto en particular.

De manera especial, se agradece el asesoramiento técnico y financiero del Centro para Programas de Comunicación de la Universidad Johns Hopkins, representado por Ariel Pérez y de Pathfinder International/Focus, representado por la Dra. Gladys Pozo, además la colaboración de la Dra. Miriam López del Ministerio de Salud y Previsión Social, de los y las adolescentes y profesionales de salud quienes aportaron lo mejor de sí.

1. Elaborado por el Comité Técnico Nacional de la Adolescencia, conformado por representantes del Ministerio de Desarrollo Sostenible, Ministerio de Salud y Previsión Social, Ministerio de Justicia y Drechos Humanos, Minsiterio de Gobierno, Ministerio de Cultura y Deportes, Ministerio de Vivienda y Servicios Básicos, Ministerio de Trabajo y Mircroempresa, Ministerio de Defensa, Despacho de la Primera Dama de la Nación, representantes de la cooperación internacional y representantes de organizaciones juveniles y otras organizaciones.

2. Antecedentes

2.1. Del contexto socio demográfico

Es imprescindible analizar algunos datos que conformen un panorama amplio sobre la adolescencia, pues será el rumbo a seguir al momento de diseñar la presente estrategia. No obstante, es vital recordar que detrás de cada cifra hay una persona de carne y hueso con sus propias necesidades, esperanzas y temores.

Datos demográficos

Según proyección al año 2000, realizada por el Instituto Nacional de Estadística, INE, son 1'836,858 adolescentes (10 a 19 años de edad) que representan el 22.1% de la población total del país. De los cuales el 49.3% son mujeres y el 50.7% son hombres; el 65% vive en área urbana y el 35% en área rural.

Cerca del 27% de niños y adolescentes de 7 a 18 años migraron del campo a la ciudad junto a sus familias, viéndose obligados a enfrentar los problemas emergentes de la creciente urbanización, ampliación de los cordones de pobreza, surgimiento de centros urbano-marginales, deterioro ambiental así como la imposibilidad de atender las crecientes demandas de servicios básicos, vivienda, empleo, salud y educación[2].

Datos sobre el aspecto educativo

La población escolar comprendida entre los 10 y 19 años alcanzaba en 1992 a 1.4 millones; del total de la población analfabeta, un 8% era adolescente, de los cuales 24% están en el área urbana y 76% en el área rural[3]. La tasa de analfabetismo era del 3% en hombres y el 7% de mujeres[4].

El 1.5% de los y las adolescentes de 15 a 19 años de edad nunca fueron a la escuela. El 30.8% ha alcanzado algún grado del nivel básico de instrucción, el 24.7% del nivel intermedio y el 33.6% del nivel medio/superior. En el nivel intermedio de instrucción existe una diferencia de más del 10% entre mujeres (31.1%) y hombres (20.5%)[5]. El 30.5% de adolescentes de 10 a 19 años de edad apenas sabe leer y escribir[6].

El porcentaje de matriculados era de un 49% respecto de la población total de adolescentes, con una tasa de retención en el año escolar del 92%; el 7.4% restante abandona la escuela (4.8% hombres y 2.7% mujeres)[7]. Los motivos más frecuentes por los cuales las adolescentes abandonan la escuela son porque la familia necesita ayuda, necesitan ganar dinero, se casan o se embarazan[8]. En cambio los adolescentes dejan los estudios porque tienen que trabajar, por falta de recursos para continuar o por decisión de la familia[9].

La tasa de promoción es del 89.1% y el restante 10.9% reprueba el período (6.4% hombres y 4.5% mujeres). La tasa de reprobación en el sistema urbano fiscal (13.1%) es más alta que en el rural fiscal (10%) debido a que muchos adolescentes de la ciudad se ven obligados a combinar sus estudios con actividades laborales, entre las cuales figuran: lustrabotas, limpiadores o cuidadores de autos, voceadores de minibuses en el área urbana, y en las faenas agrícolas en el área rural[10].

Según información proporcionada por el Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia, el 94.4% de las y los adolescentes de 15 a 19 años hablan castellano, el 28.7% quechua, el 19.2% aymara, el 0.8% guaraní y el 0.4% otros idiomas nativos. El 44.6% habla más de un idioma y el 50% habla sólo castellano.

En materia de educación para la salud y la sexualidad, la Reforma Educativa ha comenzado a incorporar en el área de Ciencias para la Vida la transversal "Sexualidad y Salud", para ello, ya se están

2. Rada, Luisa, "Acceso a Servicios de SSR: Ruta crítica de los/las adolescentes" Pathfinder, 1999
3. MSPS, Programa de Atención a la Salud Integral de los (las) Adolescentes, Bolivia 1998 - 2002.
4. Population Reference Bureu, La juventud del Mundo, 1996

5. Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia.
6. Syxo, T. Landivar, O. "El Adolescente en Bolivia" visión estadística. Secretaría de Salud, 1993.
7. Ibid.
8. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA), 1998.
9. Suxo, T. Landivar, O. "El Adolescente en Bolivia" visión estadística. Secretaría de Salud, 1993.
10. MSPS, Programa de Atención a la Salud Integral de los (las) Adolescentes, Bolivia 1998-2002

elaborando las guías didácticas que servirán de apoyo a los educadores. Lamentablemente, no hay total uniformidad de criterios y enfoques sobre lo que se entiende por educación sexual; según sondeos realizados por algunos medios de prensa (La Razón, 19 de octubre, 1998), la mayoría de los colegios públicos y privados manifiestan que proporcionan este tipo de instrucción a sus alumnos; sin embargo, datos proporcionados por el "Diagnóstico de la Juventud Boliviana" dicen que los conocimientos relacionados con sexualidad, anticoncepción y enfermedades de transmisión sexual, entre otros, son insuficientes o erróneos. Tal como ha sucedido en otros países, la educación sexual de los jóvenes en Bolivia ha sido dificultada por el concepto equívoco de algunos sectores conservadores de que el conocimiento sobre el tema promueve el inicio temprano de las relaciones sexuales e inclusive la promiscuidad entre los adolescentes solteros.

En un estudio sobre educación sexual realizado en Sud Yungas (Departamento de La Paz) a las preguntas sobre si "llevaron temas referidos al sexo o sexualidad" en ciencias naturales, el 54% respondió que sí, en biología, el 43% contestó afirmativamente. En cuanto a su percepción sobre lo que enseñan, la mayoría (68.4%) considera que sus profesores les enseñan poco[11]. Incluso cuando se habla del tema, no se abordan aspectos como el placer, el erotismo, el enamoramiento, la masturbación, entre otros, que son temas básicos en el ejercicio de la sexualidad.

En cuanto a los temas que -de acuerdo con los estudiantes- han sido tratados por los profesores, la reproducción de los seres vivos ocupa el primer lugar con el 88.8%; las enfermedades de transmisión sexual el 69.4%; le sigue la planificación familiar con un 50%; las relaciones sexuales prematrimoniales con un 49%; y la anticoncepción con 31.6%[12]. Muchos establecimientos educativos incluyen en su oferta a la "educación sexual" sin ningún soporte académico, absolutamente improvisados en sus contenidos y, muchas veces, dirigidos exprofesamente a desalentar el derecho de una vida sexual placentera, responsable e informada.

Datos sobre el aspecto laboral

La tasa de participación en la actividad económica es de 41% y el 6.4% de desempleo. En 1990 el desempleo alcanzaba el 17%, en 1994 decreció a 5.8% y en 1997 ascendió a 6.4%[13].

Del total de la población en edad de trabajar, el 39.3% corresponde a niños y adolescentes entre los 7 y los 19 años; de este porcentaje, el 8.5% se considera población económicamente activa (PEA), y un 30.8% se cataloga como inactivos[14].

Las ramas de actividad en las que consiguen trabajo los adolescentes son: comercio y servicios (24.1%), servicios a los hogares (26.9%) y la industria (22.9%). Más de la mitad de ellos (65.5%) están en actividades no productivas como son los servicios del sector terciario, donde las mujeres predominan como empleadas domésticas en los hogares[15].

Respecto a la remuneración, "por cada Bs.100 que percibe un muchacho, una muchacha obtiene Bs.26 cuando ambos son analfabetos. En el otro extremo, a medida que el grado de instrucción mejora, las diferencias se acortan, observándose que por cada Bs.100 que gana el joven con educación terminada en ciclo medio, la mujer consigue Bs.77".[16]

Con relación a la búsqueda activa de trabajo, aproximadamente un 2% de niños y adolescentes presionan al mercado laboral buscando empleo como aprendices[17].

11. Espinosa, Mauricio,"La Función de la Educación en la SSR en Adolescentes. Sud Yungas", 2000

12. Ibid.
13. CEPAL, Boletín Demográfico. Marzo, 1999.
14. MSPS, Programa de Atención a la Salud Integral de los (las) Adolescentes. Bolivia 1998-2002.
15. Suxo, T. Landivar, O. "El Adolescente en Bolivia" visión estadística, Secretaría de Salud, 1993.
16. Ibid.

Datos sobre el vínculo familiar

El 70.4% de adolescentes de 10 a 14 años vive con ambos padres, el 13.8% vive sólo con la madre y el 4.2% sólo con el padre. El 0.8% son huérfanos de padre y madre, el 3.8% huérfanos de padre y el 1.8% huérfanos de madre. El 8.5% no vive con su padre ni su madre[18]. Esto refleja que la mayoría tiene un vínculo familiar estable, lo cual no significa que al interior de ese vínculo se establezcan relaciones impositivas y restrictivas en lugar de relaciones positivas que brinden mayor libertad y ayuden a los y las adolescentes en el proceso de superación.

Datos sobre la salud[19]

En general, los y las adolescentes presentan una tasa baja de mortalidad general. Estimaciones en otros países latinoamericanos muestran que 3.7% de la mortalidad general se produce en este grupo etáreo. La estructura de la mortalidad en general incluye: accidentes, suicidios, homicidios, infecciones, complicaciones del proceso reproductivo, enfermedades infecciosas crónicas (tuberculosis), enfermedades digestivas, autoinmunes y malignas en menor porcentaje.

La demanda de consulta por parte de los y las adolescentes en servicios ambulatorios está relacionada a problemas gastrointestinales (16.4%), sistema osteoarticular y muscular (11.6%), problemas respiratorios (10.4%), problemas genitourinarios (9.6%) y problemas dérmicos (7.6%).

Los diagnósticos de hospitalización señalan que las causas más frecuentes en varones corresponde a apendicitis y traumatismo craneoencefálico, y en mujeres a apendicitis y embarazo.

17. MSPS, Programa de Atención a la Salud Integral de los (las) Adolescentes. Bolivia 1998-2002.
18. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. (ENDSA), 1998
19. MSPS, Programa de Atención a la Salud Integral de los (las) Adolescentes. Bolivia 1998-2002.

Nutrición[20]

Datos recientes demuestran que en la población adolescente entre 17 y 19 años existe una brecha calórica promedio de 27% (es decir, de aporte calórico respecto a sus requerimientos biológicos); los varones consumen en promedio 1.997 calorías y tienen una brecha calórica de 33.1%; mientras que las mujeres consumen solamente 1.756 calorías con una brecha calórica de 23.4%. Con relación al aporte de micronutrientes, se advierte un déficit importante en hierro (particularmente en mujeres), calcio, vitamina A, vitamina B1 y vitamina B2.

Desnutrición[21]

Dada la importante proporción de población adolescente en el país, la situación extendida de pobreza que afecta a gran parte de la población boliviana y también a los adolescentes y jóvenes, particularmente mujeres, haciéndolas especialmente vulnerables a una serie de enfermedades, daños y complicaciones ocasionando retardo en el crecimiento y desarrollo, vulnerabilidad a daños como la tuberculosis pulmonar, incremento en el riesgo reproductivo, etc.

Según datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA) de 1998, la prevalencia de anemia en mujeres entre 15 y 19 años es de 24.4%, así mismo el índice de masa corporal o de reserva de energía en este grupo es de 23.4 (el más cercano al valor límite de 18.5).

Salud sexual y reproductiva

En Bolivia, de acuerdo a datos recientes, las adolescentes embarazadas (15 a 19 años) constituyen en 21% del total de mujeres embarazadas. Una de cada tres son madres antes de

20. Ibid.
21. Ibid.

los 20 años de edad, y cerca de un 14% lo son antes de cumplir 18 años. Existe una relación directa entre el embarazo precoz y el nivel de instrucción. Por lo tanto, la tasa específica de fecundidad es de 95 por mil, contribuyendo sustancialmente a la tasa general de fecundidad de 4.2 hijos por mujer (15 a 49 años)[22].

14 de cada 100 mujeres de 15 a 19 años ya son madres o están embarazadas de su primer hijo y, a los 19 años la cifra se eleva a 30 de cada 100 mujeres[23].

El conocimiento de métodos anticonceptivos es del 92.3% entre las adolescentes de 15 a 19 años; el 86.2% de las mujeres conocen métodos anticonceptivos modernos y el 90.7% de varones[24]; de los métodos modernos el más conocido es la píldora (42.6%), seguido del condón (22.6%). De los métodos naturales, el más conocido es la abstinencia (44.5%),seguido del retiro (14.3%). Sin embargo, sólo un 9.6% de mujeres utilizan algún método anticonceptivo[25]. El 4.7% de métodos modernos y un 7.3% utiliza un método tradicional[26].

Cabe destacar que, el conocimiento de métodos anticonceptivos se refiere a saber que existen determinados métodos, pero muy poco sobre su uso. Estudios cualitativos demuestran que la mayoría de los y las adolescentes no pueden responder a la pregunta de "cómo se usa" cada método y menos mencionar sus características.

En investigaciones realizadas en las ciudades La Paz, El Alto y Santa Cruz (1.100 encuestas aplicadas a adolescentes de 14 a 19 años, seleccionados por áreas, colegios y puntos de encuentro) se pudo evidenciar que el conocimiento de métodos no tiene mucha consistencia, en general han escuchado hablar de diferentes anticonceptivos, pero no los conocen en profundidad, predominando el conocimiento de los aspectos negativos o los falsos rumores. "¿La píldora causa el cáncer?", "¿es verdad que la píldora hace que las mujeres tengan hijos con defectos?" fueron preguntas recurrentes a lo largo de los talleres con mujeres, así como "después de usar la píldora se tiene embarazos múltiples", "los hijos nacen con la T de Cobre en la frente", "que los condones se rompen al usarlos", "después de usar por mucho tiempo la T de Cobre, la mujer puede quedar estéril", "cuando se usa la píldora les duele mucho la cabeza" o también "se vuelven muy nerviosas", "otras engordan mucho o adelgazan con exageración", los varones manifestaron que si querían comprar condones no sabían qué tamaño pedir "y que esto debe variar de acuerdo a la marca"[27].

La tasa global de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años es de 4.8 (equivale al 9%) una de las tasas más altas de los países vecinos (Colombia 2.7; Ecuador 3.7; Perú 3.5; Venezuela 3.6)[28]. El 19.7% de mujeres de 15 a 19 años entrevistadas por el INE en 1998 declararon haber tenido relaciones sexuales. Entre las adolescentes que alguna vez han tenido relaciones sexuales, la mitad ha tenido su primera experiencia antes de los 19 años, casi 2 años antes del establecimiento del hogar[29].

El 13.8% de las adolescentes estuvieron embarazadas alguna vez[30]. Del 21% de las adolescentes de 15 a 19 años, sexualmente activas, el 1.6% usa algún método anticonceptivo moderno, el 3.5% un método tradicional lo que representa el 5.1% de práctica anticonceptiva[31]. El 86.2% conoce sobre métodos anticonceptivos y el 1.6% utiliza algún método moderno (0.5% píldora, 0.5% condón, 0.4% DIU, 0.3% inyección)[32].

Las madres adolescentes (15 a 19 años) que han cursado el nivel primario de instrucción representaban en 1993 el 24.6% de las que tienen al menos un hijo. En cambio, las madres que

22. MSPS, Programa de Atención a la Salud Integral de los (las) Adolescentes. Bolivia 1998 - 2002
23. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, (ENDSA), 1998.
24. Ibid.
25. MSPS, Programa de Atención a la Salud Integral de los (las) Adolescentes. Bolivia 1998 - 2002
26. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, (ENDSA), 1998.

27. Rada, Luisa, "Acceso a servicios de SSR: Ruta crítica de los/las adolescentes", Pathfinder/Focus, 1999
28. Population Reference Bureu, La Juventud del Mundo, 1996.
29. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, (ENDSA), 1998.
30. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, (ENDSA).
31. Alan Guttmacher Institute - Population Reference Bureu.
32. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, (ENDSA), 1998.

tienen nivel secundario de instrucción representan el 7.7% de las que tienen al menos un hijo[33].

No es sorprendente la baja prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos en estos grupos etáreos. A menudo estos métodos son inaccesibles para los y las adolescentes debido a tabúes sociales, barreras económicas e inaccesibilidad geográfica, a la escasez de confidencialidad de los servicios y a la falta de información. Los servicios de regulación voluntaria de la fecundidad están diseñados exclusivamente para las personas adultas o casadas y los proveedores de dichos servicios, en la mayoría de los casos, no tienen las destrezas ni la capacitación suficientes para dar información y orientación a adolescentes solteros y solteras.

En este contexto, el embarazo precoz no planificado constituye un factor de riesgo importante, ya que muchos de ellos terminan en abortos mal practicados, con los riesgos que ello implica. Un estudio realizado por CIES en población universitaria de 18 a 25 años en Sucre en el año 1995, encontró que el 42% de los embarazos adolescentes declarados se interrumpen a través del aborto. Por otra parte, aunque existe el Decreto Supremo 23950, vigente desde 1995 que protege a la adolescente embarazada para continuar con sus estudios, conlleva al marginamiento de la adolescente del sistema educativo limitando sus posibilidades profesionales y laborales futuras.

Otro tópico con frecuencia ignorado es el relacionado al abuso y la coacción sexual. Si bien es ampliamente reconocido que existe actividad sexo-genital entre adolescentes, no se sabe qué porcentaje de estas relaciones se realizan bajo algún grado de presión. Investigaciones realizadas por diferentes instituciones no gubernamentales dan cuenta de que la proporción es alta.

33. Suxo, T. Landivar, O, "El Adolescente en Bolivia" visión estadística, Secretaría de Salud, 1993.

Las relaciones desiguales de poder en la pareja, el machismo, la falta de información sobre la sexualidad, la baja autoestima y la falta de servicios especializados son, sin lugar a dudas, problemas centrales entre los adolescentes de hoy[34].

Algunos datos que amplían el panorama, se extrajeron de la línea de base realizada por Save the Children sobre un grupo de 266 adolescentes de 14 a 19 años de nivel socioeconómico bajo en la ciudad de Oruro. Respecto a que si las mujeres deben llegar vírgenes al matrimonio, el 72.5% de las mujeres y el 68% de los hombres asintieron. El 60% de las mujeres y el 48% de los hombres piensan que los hombres deben llegar vírgenes al matrimonio. Cuando se les preguntó si el placer es una finalidad de las relaciones sexuales, sólo el 29.7% de las mujeres estuvieron de acuerdo en contraste al 53.9% de los hombres[35].

En la misma línea de base, el 20.3% de las mujeres y el 46.1% de los hombres declararon haber tenido relaciones coitales. La edad promedio del inicio de las relaciones sexuales en Oruro es de 15.5 años.

En la mina Chojlla de Sud Yungas (Departamento de La Paz), a la pregunta sobre si han tenido relaciones sexuales, el 42.9% de los adolescentes entrevistados contestó afirmativamente. La edad promedio de la primera relación sexual oscila entre los 15 y 17 años. Las razones para tener esa primera relación fueron: por amor (47.6%), atracción (16.7%), por obligación (19%)[36].

Sobre las formas que conocen para evitar el contagio de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), en la cuidad de Oruro, el 40% de los adolescentes entrevistados dijo "No teniendo relaciones sexuales", el 55% "usando condón" y casi el 19% dijo "evitando parejas desconocidas"[37] esta última respuesta es preocupante porque conocer a la pareja no es garantía que evite

34. Rada, Luisa, "Acceso servicios de SSR: Ruta crítica de los/las adolescentes", Parthfinder/Focus, 1999.
35. Save the Children, "Línea de base SSR: de los/las adolescentes en ciudad de Oruro", 2000.
36. Espinosa, Mauricio, "La función de la Educación en la SSR en Adolescentes,Sud Yungas", 2000.
37. Save the Children, "Línea de base SSR: de los/las adolescentes en ciudad de Oruro", 2000.

el contagio ya que existen algunas infecciones como el VIH que no manifiestan síntomas incluso durante años y se pudo adquirir años antes con otra pareja igualmente estable.

Hasta junio de 1998 se habían registrado en el país 297 personas seropositivas al VIH, de las cuales 144 correspondieron al SIDA y 153 a portadores asintomáticos del VIH. El 52% de los casos se registraron en personas de entre 20 a 29 años, predominando el sexo masculino; en los casos correspondientes a mujeres, el mayor porcentaje se dio entre los 15 a 19 años[38]. Un año después, a principios de 1999, se registraron 408 casos y en marzo del 2000 el Ministerio de Salud y Previsión Social, registra un acumulado de 480 casos en todo el país, según el registro oficial, 271 infectados desarrollaron la enfermedad y 263 personas son portadoras asintomáticas[39].

En la adolescencia, la vivencia de la sexualidad está cargada de sentimientos de temor. Sólo al 1.2% de los encuestados y encuestadas no les interesan las consecuencias. Porcentajes importantes consideran que una relación sexual puede derivar en el contagio de una infección de transmisión sexual (ITS) incluido el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) (33.3%), o en un embarazo (31.9%) consecuencias que van aparejadas de la convicción de que "arruinarán sus vidas" (8.7%), "frustrarán sus planes" (7%), "perderán la virginidad" (9.6%) y "decepcionarán a otras personas, principalmente a sus padres" (3.8%)[40].

Mortalidad asociada a complicaciones del ciclo reproductivo[41]

Una importante causa de mortalidad en las adolescentes está vinculada a complicaciones del ciclo reproductivo, particularmente complicaciones del embarazo, parto y puerperio, y los efectos provocados por el aborto clandestino. Un factor principal que explica esta situación se encuentra en el alto porcentaje de adolescentes embarazadas en varios departamentos del país, demostrado por la ENDSA 94.

Morbilidad asociada a comportamiento de riesgo en materia de salud sexual y reproductiva[42].

Las enfermedades de transmisión sexual muestran elevadas tasas en población sexualmente activa (Sífilis secundaria 5.2 x 100.000; Gonorrea 70.5 x 100.000), se sospecha que un porcentaje importante de adolescentes son víctimas de estas dos enfermedades de transmisión sexual y se encuentran en riesgo potencial de infectarse con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Consumo de sustancias tóxicas [43].

De acuerdo a los resultados de un estudio comparativo realizado (1993-1996-1999) por el CELIN, en casi 8.000 estudiantes de 12 a 21 años de las zonas urbanas del país, la edad de inicio de consumo de sustancias tóxicas en estudiantes ha ido decreciendo lentamente; por ejemplo el consumo de alcohol iniciaba a los 14.7 años en 1993 y en 1999 la edad promedio bajó a 14.1 años; en el consumo de tabaco bajó de 14.6 años en 1993 a 13.9 años en 1999. Como la edad de inicio en consumo de drogas es bastante similar se debe prestar atención al grupo comprendido entre los 10 y 15 años y, comenzar tareas de prevención dirigidas inclusive a edades más tempranas que las incluidas en este grupo etáreo.

En 1999, estudiantes que habían ingerido alguna sustancia tóxica durante el último mes: alcohol el 31.5%, tabaco el 27.1%, inhalables el 1.3%, marihuana el 1.6%, y cocaína el 0.6% y pasta base el 0.7%.

38. Rada, Luisa, "Acceso a servicios de SSR: Ruta crítica de los/las adolescentes", Pathfinder/Focus, 1999.
39. Ministerio de Salud y Previsión Social, marzo 2000 .
40. Rada, Luisa, "Acceso a servicios de SSR: Ruta crítica de los/las adolescentes", Pathfinder/Focus, 1999.
41. MSPS Programa de Atención a la Salud Integral de los (las) Adolescentes. Bolivia 1998- 2002.
42. Ibid.
43. Alcaraz, Franklin, "El uso indebido de drogas en estudiantes de Bolivia", Investigación, CELIN, 2000.

Se puede observar una diferencia por género respecto al consumo de sustancias tóxicas en general, por ejemplo un 18.4% de estudiantes mujeres fuman frente a un 35.2% de estudiantes hombres; sin embargo, el porcentaje de mujeres fumadoras ha incrementado respecto a 1993 que era del 14.8%, en cambio hay menos hombres (43.6%) que fuman respecto a 1993.

Violencia

La violencia contra niños, niñas y adolescentes es una emergencia de salud pública que exige la atención médica efectiva, así como de la protección con el objetivo de contribuir a un adecuado desarrollo integral de su personalidad[44].

Los estudios especializados señalan que el maltrato de niños y adolescentes se relaciona a largo plazo con conductas antisociales tales como la delincuencia, criminalidad, drogadicción y prostitución; además de otras como la deserción escolar, vagancia y lo que es más grave aun, gran parte de estos adolescentes se convierten en adultos con tendencia a maltratar no sólo a sus hijos sino también a su cónyuge[45].

La competitividad, la jerarquía, el uso de la fuerza, conforman valores y actitudes fundadas en la violencia y la discriminación, muy acentuados en la familia, la escuela y la comunidad que afectan cotidianamente a los y las adolescentes[46].

En las ciudades de La Paz, Cochabamba, Santa Cruz y El Alto, siete de cada diez adolescentes sufren violencia psicológica en el hogar, a través de la reprimenda, el grito, el insulto, la indiferencia, el silencio y la prohibición de salir de casa[47].

La violencia es desplegada en diferentes espacios y bajo una diversidad de formas y mecanismos. La investigación realizada por Luisa Rada en 1999 a estudiantes hombres y mujeres de los ciclos intermedio y medio de establecimientos fiscales reveló que un 34.15% de las adolescentes fueron violadas, el 61.76% pegadas, el 9.82% castigadas, el 7.77% expulsadas y el 5.9% abusadas. El cuadro de los adolescentes varones violentados, según tipo de agresión revela que el 9.01% fue violado, el 39.04% pegado, el 46.85% castigado, el 17.12% expulsado y el 14.71% abusado. La investigación permitió establecer que, en general, la violencia de la que son objeto los y las adolescentes es un asunto que sólo se habla a escondidas en los pasillos de la escuela[48].

En un estudio sobre el maltrato realizado en padres de familia y profesores del Distrito Sanitario III de la ciudad de La Paz resultó que el 62% de los padres dijo que los castigos son buenos y sólo el 31% aseguró que son malos. En las escuelas, las cifras variaron pues el 35% de profesores cree que los castigos son buenos frente al 56% que cree que son malos. Respecto a la educación con castigos en las escuelas resultó que el 46% de los padres aceptaría que los profesores eduquen a sus hijos con una reta, el 23% con un grito; el 40% de profesores aceptarían que sus colegas eduquen con una reta, el 18% con un grito y el 12% mandando al alumno a pararse frente a la pared[49]. Estos datos muestran que aún se cree que el maltrato es una medida disciplinaria.

Mortalidad asociada a suicidios

Según investigaciones efectuadas en 1996 en La Paz, Cochabamba y Sucre el 67% de suicidios corresponde a personas menores de 20 años. Por cada 5 suicidios de hombres hay 4 de mujeres[50].

Morbilidad asociada al abuso de sustancias

En general, un 20% de la población adolescentes está expuesta

44. Onostre, Raúl, "Maltrato del niño/a y adolescente", Viceministerio de Asuntos de Género, 1999.
45. Rosselot J, "El niño maltratado, aspectos clínico-sociales y jurídicos", 1981.
46. Rada, Luisa, "Acceso a servicios de SSR: Ruta crítica de los/las adolescentes", Pathfinder/focus, 1999.
47. Ser adolescente, op. cit. pg. 13, Centro para Programas de Comunicación, JHU, 1998.

48. Rada, Luisa, "Acceso a servicios de SSR: Ruta crítica de los/las adolescentes", Pathfinder, 1999.
49. Encuestas & Estudios, " Maltrato infantil en el Distrito Sanitario III". Fundación San Gabriel, JHU,1999.
50. MSPS, Programa de Atención a la Salud Integral de los (las) Adolescentes, Bolivia 1998 - 2002.

al riesgo de consumo de drogas; sin embargo, el porcentaje es mucho más elevado en grupos específicos como niños, niñas y adolescentes de la calle donde cerca del 80% consumen sustancias tóxicas (inhalables, alcohol, etc.)[51].

Mortalidad asociada a accidentes

Una causa importante de mortalidad en adolescentes se encuentra asociada a los accidentes; gran parte de ellos relacionados con conductas de riesgo, entre ellas el abuso de alcohol. Los accidentes provocan no sólo muertes sino importantes secuelas de impedimento físico e invalidez en los jóvenes, limitando su calidad de vida y oportunidades futuras[52].

Acceso a los servicios de salud

El contacto de la población adolescente con los proveedores de servicios a través de clientes misteriosos (personas que simulan ser pacientes, denominados así en la investigación realizada por Luisa Rada) puso en evidencia la tendencia de los adultos a aconsejar "que no tengan relaciones sexuales" y "que las consecuencias pueden ser muy graves"[53].

El criterio de "prevención" se asocia con la necesidad de "educar" sobre sexualidad con una visión de "problemas" e "informar" exclusivamente sobre las funciones reproductoras. En las consultas de clientes misteriosos los proveedores en su mayoría (61%) trataron de influir al adolescente con su opinión personal respecto a lo que debe hacer en relación con su vida sexual y concentraron su preocupación en la consecuencia de un embarazo (66.7%)[54].

Una investigación realizada por PSI el año 1999, encontró que el 94% de adolescentes y jóvenes entre 15 y 24 años compran condones en las farmacias y solamente el 1.2% en los centros de salud.

En ningún caso los proveedores de servicios a los que acudieron clientes misteriosos dialogaron con los y las adolescentes acerca de temas como erotismo, relaciones sexuales placenteras, derechos sexuales y reproductivos o autoestima. Esto por una parte, puede deberse a la falta de capacitación que acusan los proveedores y proveedoras de servicios para la atención a la población adolescente pero, por otra parte, pone de manifiesto la ausencia de una percepción integral acerca de la sexualidad[55].

Un alto porcentaje de proveedores recomendó no usar métodos anticonceptivos, especialmente el condón, a los clientes misteriosos varones con el argumento de que "se pierde placer y sensibilidad". Esta situación pone de manifiesto una tendencia a no asumir su responsabilidad de prevenir a los y las adolescentes sobre las consecuencias de tener relaciones sexuales no protegidas.

Observando unas cuantas consultas médicas, en centros de atención integral al adolescente, una doctora dijo a una muchacha "eso de tomar pastillas es complicado, si te olvidas de tomar una es todo un problema así que yo te aconsejo la T de Cobre" y frente a una muchacha embarazada que negaba haber tenido contacto sexual alguno le dijo "tienes que agradecer a Dios que te haya mandado este regalo, ahora tú te sacrificas por él y cuando seas viejita, él se ocupará de vos". El uso de diminutivos ayudaba a los medicos a abordar el tema sexual, además se dirigían a las adolescentes como "Niñita o nenita" en lugar de llamarlas por su nombre.

Políticas, insumos e infraestructura institucional

Tanto las entrevistas a directivos de centros de salud como a

51. MSPS, Programa de Atención a la Salud Integral de los y (las) Adolescentes, Bolivia 1998-2002.
52. Ibid.
53. Rada, Luisa, "Acceso a servicios de SSR: Ruta crítica de los/las adolescentes", Pathfinder/Focus. 1999.
54. Prudencio, Carola, " Investigación formativa: personal de atención al adolescente", 2000.
55. Rada, Luisa, "Acceso a servicios de SSR: Ruta crítica de los/las adolescentes", Pathfinder, 1999.

proveedores de servicios -médicos y personal paramédico-, evidencian que las políticas institucionales adoptadas a nivel macro -nacional- no están internalizadas ni han sido asumidas por el primer nivel de atención - local. Consultados los directivos de centros de salud, admitieron que sólo el 50% del personal bajo su dependencia tiene algún conocimiento de las políticas nacionales que rigen en la materia, tendencia que se acentúa con relación a procedimientos técnico-administrativos, normas y protocolos de atención, que no son aplicados por el 91.7% de los/as médicos/as[56].

El personal de salud de los centros de atención integral al adolescente de ocho departamentos del país (exceptuando Pando) ha identificado como fortalezas principales el contar con personal comprometido, motivado y capacitado en atención integral a los y las adolescentes, aunque creen que aún es necesario aumentar personal[57].

Casi todos cuentan con espacios de atención adecuados, Oruro declara no tener un espacio específico y Potosí no menciona el tema. En Oruro y Tarija cuentan con una biblioteca al servicio de la adolescencia y les gustaría que estuvieran actualizadas.

En cuanto a equipamiento e insumos en ningún caso es satisfactorio. El personal de Tarija y Potosí dice contar con la aceptación y la credibilidad de la población en general y el personal de Cochabamba y La Paz dijo tener alta demanda de los servicios.

Prácticamente todos manifestaron tener experiencia en capacitación, además de contar con manuales específicos que les permiten capacitar a nuevos facilitadores y a adolescentes en temas de salud sexual y reproductiva, alcohol y drogas, autoestima, entre otros; sin embargo, el personal de Cochabamba cree necesaria su actualización.

56. Rada, Luisa, "Acceso a servicios de SSR: Ruta crítica de los/las adolescentes", Pathfinder/Focus. 1999.
57. Prudencio, Carola, " Investigación formativa: personal de atención al adolescente", 2000.

El personal de salud de las ciudades de Sucre, Tarija y Oruro manifestó coordinar exitosamente actividades con otras instituciones que trabajan en favor de la adolescencia; el resto requiere establecer coordinación en ciertos niveles.

En algunos lugares como Trinidad, Potosí, Cochabamba y Sucre creen necesario aún unificar enfoques y conceptos entre las instituciones que prestan servicios a este grupo poblacional sobre los diferentes tópicos que atañen a la adolescencia, pues creen que así sería viable coordinar el trabajo.

Todos han manifestado que las autoridades locales gubernamentales, especialmente del sector salud y autoridades municipales desconocen la importancia o manifiestan desinterés y falta de compromiso respecto a la adolescencia.

La mayoría dijo necesitar material de apoyo educativo y promocional, también requieren apoyo logístico y financiero para desarrollar las actividades de manera integral con la participación de la comunidad[58].

El 33.3 % de los centros de salud provee píldoras y condones y el 16.7% DIU en forma gratuita, pero entre el 50% y el 83.3% del personal -incluimos los directivos- no conoce las condiciones (costo y/o gratuidad) para la provisión de métodos de anticoncepción. En la mayoría de los centros de salud (66.7%) los métodos disponibles pueden ser adquiridos en la enfermería o farmacia institucionales, bajo prescripción médica[59].

El resultado de las entrevistas al personal de los centros de salud evidencia que sus percepciones y prácticas están marcadamente determinadas por una visión asistencialista (9.7%) y de prevención de los "problemas" de los y las adolescentes (25.8%). Más del 60% de prestadores de servicios entrevistados

58. Prudencio, Carola, " Investigación formativa: personal de atención al adolescente", 2000.
59. Rada, Luisa, "Acceso a servicios de SSR: Ruta crítica de los/las adolescentes", Pathfinder/Focus. 1999.

reconoce que no existen políticas institucionales para la prestación de servicios de salud integral, ni específicamente de salud sexual y reproductiva para adolescentes y en un solo caso se mencionó la referencia al Plan Operativo Nacional que; sin embargo, tampoco es considerado de aplicación obligatoria[60].

Programa de Atención a la Salud Integral de los (las) Adolescentes con relación a la oferta de servicios[61]

Se ha podido constatar que aún existe insuficiencia en el desarrollo y aplicación de orientaciones programáticas, normas técnico administrativas y protocolos de atención.

Debilidad en el desarrollo de sistemas de dirección y de gestión del programa en los diferentes niveles de organización funcional del Programa (central, departamental y local).

Inexistencia de planes específicos para la atención de la salud de los adolescentes dentro de la red de servicios públicos.

Insuficiencia de personal asistencial y administrativo motivado y capacitado para cumplir con las orientaciones del programa y los planes específicos de las instituciones.

Inexistencia de sistemas de referencia y contrarreferencia.

Ambientes físicos, mobiliario, equipos e instrumental para orientación, consulta y hospitalización son inadecuados, al interior de la red pública de servicios de salud.

Insuficiencia de materiales para información, educación y comunicación (IEC) para la atención integral a la salud del adolescente.

Insuficiencia de materiales de registro, insumos y medicamentos para programas específicos.

60. Rada, Luisa, "Acceso a servicios de SSR: Ruta crítica de los/las adolescentes", Pathfinder/Focus. 1999.
61. MSPS. Programa de Atención a la Salud Integral de los (las) Adolescentes, Bolivia 1998 - 2002.

Programa de Atención a la Salud Integral de los (las) Adolescentes con relación a la atención de la salud[62]

El antecedente más importante del programa en la presente década lo constituye el "Programa del Escolar y Adolescente", sancionado mediante el Decreto Supremo No. 22404 del 11 de enero de 1990. Este programa se desarrolló; sin embargo, con importantes limitaciones en el orden financiero y de recursos humanos.

Estas limitaciones fueron el resultado de la priorización de otros grupos poblacionales: niños menores de 5 años y mujeres en edad fértil, que por su condición biológica y altos índices de morbimortalidad concentraron importantes recursos financieros provenientes del Estado y de los organismos de cooperación internacional.

En 1995, al interior de la Dirección Nacional de Salud de la Mujer y el Niño, de la Secretaría Nacional de Salud, se llegó a conformar el Comité Técnico en Salud Integral del Adolescente, que avanzó en aprovechar la experiencia de varias instituciones y en iniciar un proceso de normalización técnico administrativa orientada a organizar servicios de atención diferenciada para adolescentes.

Finalmente, desde agosto de 1997, la Unidad Nacional de Atención a las Personas del Ministerio de Salud y Previsión Social, viene impulsando la coordinación con el Viceministerio de Asuntos Generacionales con el propósito de avanzar en el diseño de políticas nacionales en favor de los adolescentes y jóvenes del país.

Hacia finales de 1998 se coordina con el Programa de Salud Sexual y Reproductiva (PNSSR), para el desarrollo de actividades de carácter integral, pero con énfasis en salud sexual y El 44.4%

62. Rada, Luisa, "Acceso a servicios de SSR: Ruta crítica de los/las adolescentes", Pathfinder/Focus. 1999.

y prestaciones en salud reproductiva, estableciendo así una estructura financiera que permitirá la puesta en marcha de la atención conceptualmente diferenciada.

Demanda de servicios de salud sexual y reproductiva[63].

Con relación a la demanda de servicios, el personal de salud estimó que sólo el 3.2% de hombres y el 77.4% de mujeres acude a los centros de salud. Respecto a la demanda, más del 70% del personal de salud considera que sólo "algunos", "pocos", o "casi nada" solicita métodos de anticoncepción. De la población adolescente que demanda servicios un 38.7% va en busca de consejería, un 25.8% demanda la provisión de condones y un 3.2% de píldoras.

El 44.4% del personal de farmacias aseguró que los adolescentes varones son los que más acuden a adquirir métodos de anticoncepción, el 27.8% dijo que lo hacen las mujeres, y un porcentaje similar sostuvo que la demanda es en pareja. La píldora (33.3%) y el condón (66.7%) son los métodos más demandados, y entre otros métodos más requeridos por los y las adolescentes destacan la T de Cobre (11.1%) y los óvulos (5.6%).

Un 71% de los y las adolescentes encuestados dijo estar dispuesto a utilizar algún método, lo que podría estar poniendo de manifiesto un alto porcentaje de necesidades insatisfechas de métodos de anticoncepción al nivel de la población adolescente.

Uso actual de servicios

En caso de enfermedad, el 50% acude a un centro de salud u hospital estatal, el 16.5% a una clínica o médico particular y el 15.6% a la caja de seguro. Cada vez es menor (6.2%) la población adolescente que atiende sus dolencias con un naturista, curandero o yatiri, aunque todavía un 4.8% admite que se automedica y un 5.9% no recibe ningún tipo de atención[64].

2.2. Del contexto político

En el país ya se han tomado una serie de medidas que contribuyen al desarrollo de la adolescencia, medidas políticas producto de la coordinación intersectorial, creación de algunos centros médicos de atención integral, capacitación al personal de salud, creación de algunos espacios juveniles, entre otras. Otras instituciones no gubernamentales cuentan con servicios especializados, espacios educativos y recreativos para los y las adolescentes y han elaborado y difundido programas televisivos y radiales, han organizado ferias informativas, teatro, etc. Lamentablemente, la mayoría de los esfuerzos realizados hasta el momento, han alcanzado poblaciones reducidas y aun existen necesidades insatisfechas que se tienen que abordar de manera coordinada, siguiendo un mismo plan nacional que beneficie a la adolescencia en su conjunto.

Las políticas públicas y las iniciativas intersectoriales

Al impulso de las orientaciones de los diferentes foros internacionales desarrollados en la última década, el país cuenta actualmente con una serie de instrumentos normativos y de políticas públicas que, en el contexto del desarrollo sostenible, asumen el desafío de implementar acciones y programas orientados a garantizar el despliegue de las capacidades integrales de la población y, delinean acciones específicas de salud integral y de salud sexual y reproductiva en particular, en el marco del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

La visión que rige a las políticas actuales estipula: "Visualizamos a los/as adolescentes y jóvenes como actores y actrices

63. Rada, Luisa, "Acceso a servicios de SSR: Ruta crítica de los/las adolescentes", Pathfinder/Focus. 1999.

64. Rada, Luisa, "Acceso a servicios de SSR: Ruta crítica de los/las adolescentes", Pathfinder/Focus. 1999.

protagónicos/as para el desarrollo de sus potencialidades y mejora de su calidad de vida, disminuyendo sus niveles de pobreza y promoviendo su participación en el proceso de transformación productiva del país"[65].

La política actual del gobierno y del sector salud en particular[66]

El Plan Nacional Concertado de Desarrollo Sostenible de la Adolescencia y Juventud, 1998 - 2002 constituye una iniciativa intersectorial e interinstitucional de respuesta integral al tema de la adolescencia y juventud del país.

Este plan tuvo importantes antecedentes como la realización de la primera Encuesta Nacional de la Juventud, el Diagnóstico de la Juventud Boliviana, y la propuesta de Lineamientos de Políticas Nacionales de Juventud, que sirvieron para formular el anteproyecto de Ley de la Juventud.

El objetivo general expresado en dicho plan es: "Crear las condiciones favorables de manera que los/as adolescentes y jóvenes puedan alcanzar un Desarrollo Integral y Sostenible" y el objetivo específico en la dimensión social señala: "Mejorar la calidad de vida de los/as adolescentes y jóvenes a través del acceso justo y no discriminado a las oportunidades, y a la satisfacción de sus necesidades en el marco del Desarrollo Sostenible".

El Plan General de Desarrollo Social y Económico, en el pilar equidad, señala claramente priorizar las intervenciones en salud sexual y reproductiva en la adolescencia, estableciendo que la salud sexual y reproductiva es un componente de la atención primaria en salud, que permite el abordaje de temas de sexualidad y reproducción sin violentar las diferentes prácticas y valores socioculturales del país, con el propósito de adecuar los servicios al contexto sociocultural de los usuarios (as) adolescentes, con énfasis en prevención, promoción y atención, garantizando el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos y la toma de decisiones, pero en todo caso contribuyendo sustantivamente al desarrollo integral de la población adolescente.

El Plan Estratégico de Salud (PES), reitera la importancia de abordar integral y particularmente la salud de los y las adolescentes en la red de servicios de salud con un enfoque conceptualmente diferenciado y participativo.

El Programa de Atención Integral a la Salud de los y las Adolescentes, es el principal instrumento de política y orientación programática del sector para enfrentar la situación de salud de los y las adolescentes y mejorar la oferta de servicios integrales de salud para este grupo poblacional, emerge como respuesta del sector, en correspondencia con el Plan Estratégico de Salud (PES). Complementan al documento programático, otros documentos gerenciales como las Normas Técnico Administrativas para la organización de servicios y las Normas y Protocolos Clínicos que abordan tópicos específicos para la atención de adolescentes en la red de servicios.

El Programa establecerá y mantendrá intersecciones con los programas de Salud Sexual y Reproductiva, de Alimentación y Nutrición, de Salud Mental, y de Hábitos y Estilos de Vida Saludables, señalados en el PES.

El Programa promoverá relaciones entre el nivel central y los niveles departamentales y locales, asegurando la armonía y adecuación de los planes de los diferentes niveles, vigilando el cumplimiento de los mismos, y apoyando las iniciativas para ajustar las propuestas a las características regionales y culturales de la población adolescente del país.

65. Plan Nacional Concertado de Desarrollo Integral Sostenible de la Adolescencia y Juventud 1998 - 2002.
66. MSPS, Programa de Atención a la Salud Integral de los (las) Adolescentes, Bolivia 1998 - 2002.

Marco jurídico existente para el desarrollo del Programa Nacional[67]

Un necesario marco de referencia para las propuestas sectoriales orientadas a propiciar la atención integral de los y las adolescentes, lo constituyen las conferencias internacionales de El Cairo y Beijing, y las leyes de Reforma de la Educación y de la Violencia en la Familia o Doméstica.

La Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo realizada en El Cairo en septiembre de 1994, abordó la problemática de la niñez y la adolescencia desde una óptica integral, posibilitando que los gobiemos reconocieran la importancia de los problemas y de las demandas de servicios y oportunidades para este grupo poblacional (Cap. VI: Crecimiento y estructura de la población); del mismo modo, que se reconociera los aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva de los adolescentes (Cap. VII: Derechos reproductivos y salud reproductiva).

La IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, realizada en Beijing, en septiembre de 1995, profundizó las recomendaciones a los gobiernos para que adoptaran medidas en favor de las adolescentes y la salud sexual y reproductiva (Conferencia de la Mujer y la Salud) señalándose que "El asesoramiento y el acceso a la información y a los servicios relativos a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes siguen siendo insuficientes o inexistentes..."

Una dimensión fundamental de los derechos sexuales y reproductivos es poder decidir sobre la sexualidad y la reproducción. Esto implica tener una sexualidad segura, elegida, placentera y que no ponga en riesgo la vida o la salud de las personas. Los derechos sexuales y reproductivos son, asimismo, la expresión de relaciones democráticas respecto de la sexualidad entre hombres y mujeres. Es decir, un real ejercicio de estos derechos implica la no existencia de relaciones desiguales de poder, de modo que esa sexualidad se ejerza sobre la base de una verdadera libertad y de opciones reales para mujeres y hombres[68].

En el país la Ley de Reforma Educativa abordó la problemática de la equidad de género en el ambiente educativo, promoviendo el derecho de los adolescentes a prepararse para respetar y ser respetados en sus derechos humanos, a través de un análisis crítico de la situación, esto conllevará a que busquen en todo momento de su vida el respeto a su integridad.

La Ley de la Violencia en la Familia o Doméstica tomó en consideración, asimismo, al adolescente, señalando que se "Promoverá la incorporación en los procesos de enseñanza-aprendizaje curricular y extracurricular, orientaciones y valores de respeto, solidaridad y autoestima de niños, niñas, adolescentes y adultos de ambos sexos; fomentando el acceso, uso y práctica de los derechos ciudadanos sin discriminación de sexo, edad, cultura y religión" (Art. 3).

En el mes de enero de 1999 se aprobó el Decreto Supremo No. 25290, de Derechos y Deberes de la Juventud que respalda las acciones de carácter intersectorial en favor de adolescentes y jóvenes y el Plan Nacional Concertado de Desarrollo Sostenible de la Adolescencia y Juventud.

En diciembre del mismo año se publicó el nuevo Código de Niño, Niña y Adolescente, que logra un enfoque integral en el reconocimiento de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, superando los resabios que tenía el Código del Menor de 1992 con relación a considerar a esta población sólo como objeto de derecho.

67. MSPS, Programa de Atención a la Salud Integral de los (las) Adolescentes, Bolivia 1998 - 2002.

68. Rada, Luisa, "Acceso a servicios de SSR: Ruta crítica de los/las adolescentes", Pathfinder/Focus, 1999.

Marco institucional para la ejecución del Programa Nacional para la Atención de los y las Adolescentes

La oferta organizada de servicios para la atención de la salud de los adolescentes al interior del sistema público de salud (Ministerio de Salud y Previsión Social y Caja Nacional de Salud) es todavía insuficiente. Los servicios públicos de salud para adolescentes carecen de infraestructura para consulta y hospitalización; de equipos e instrumentos de ayuda diagnóstica; de personal asistencial, consejería/orientación y administrativo motivado y capacitado; de material de registro, insumos y medicamentos para programas específicos; y de destrezas y estrategias para desarrollar acciones conjuntas con adolescentes, padres de familia, líderes comunitarios, autoridades municipales y autoridades civiles y militares[69].

Sin embargo, las importantes experiencias que se vienen realizando en el departamento de Santa Cruz con el Programa AL DIA del Hospital Percy Boland, las de Chuquisaca con el proyecto PAISA, y las de Tarija con el proyecto Esperanza Bolivia, constituyen iniciativas descentralizadas, con importante inserción institucional y comunitaria que ameritan su conocimiento y réplica, a la vez que demandan apoyo y fortalecimiento[70].

Siguiendo el Programa Nacional de Atención a la Salud Integral de los y las Adolescentes, el Ministerio de Salud y Previsión Social con el apoyo de la cooperación externa (Pathfinder y GTZ) ha implementado consultorios de atención integral a los adolescentes para lo cual no sólo ha capacitado al personal de salud, sino que ha elaborado y validado el Manual de Normas y Procedimientos, Atención Integral a la Salud de los y las Adolescentes para Centros de Salud y Hospitales de 2º nivel de atención.

69. MSPS. Programa de Atención a la Salud Integral de los (las) Adolescentes. Bolivia 1998 - 2002
70. Ibid.

Por su parte, algunas ONG's como CIES, Salud Sexual y Reproductiva; la Fundación San Gabriel; Save the Children; COPRE Tarija; en los últimos cinco años vienen impartiendo capacitación a adolescentes y, recientemente a padres de familia y profesores en las escuelas. La capacitación aborda temas como salud sexual y reproductiva, abuso de drogas y alcohol, autoestima, comunicación, derechos, violencia, entre otros.

El CIES, además ha adecuado espacios destinados a los y las adolescentes en siete ciudades del país donde se reúnen para ser capacitados por líderes juveniles a compartir actividades recreativas e informativas, alcanzando así a más de 35.000 adolescentes. A través de ferias de salud han llevado mensajes a más de 90.000 adolescentes. Durante este período más de 14.000 adolescentes fueron atendidos en los consultorios por personal médico capacitado en "Atención amigable". Es recomendable recuperar experiencias similares para implementarlas en otras ciudades.

2.3. Antecedentes de comunicación

A lo largo de los años, en Bolivia, la comunicación en salud dirigida a los y las adolescentes ha sido prácticamente nula. Las investigaciones operativas realizadas a nivel nacional demuestran que tanto el personal de salud como los educadores manifiestan que no cuentan con materiales de IEC adecuados para los adolescentes. Entre los pocos materiales que se conocen, se evidencia un particular énfasis en la salud sexual y reproductiva y el consumo de alcohol y drogas. La salud integral es un concepto amplio, desconocido por la mayoría de la población en general y por la adolescencia en particular.

Si bien la adolescencia está prácticamente invisibilizada por los medios de comunicación masivos, en los últimos cinco años, se

desarrollaron algunas experiencias interesantes que tuvieron la virtud de haber seguido un proceso metodológico para su producción y que midieron el impacto logrado.

En 1996, en el marco de la estrategia de IEC de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR), alianza cooperativa entre el sector público y privado que reunía a más de 40 instituciones nacionales e internacionales, se produjeron 12 programas para la televisión de una hora de duración denominado "Diálogo al Desnudo", producidos por JHU/PCS, Focus, Pathfinder, IPPF-RHO, CIES y el Ministerio de Asuntos de Género, que tenía por objetivo abrir el diálogo privado y el debate público sobre temas relacionados a la sexualidad humana, dirigido a población en edad reproductiva de 15 a 45 años. Una evaluación de impacto externa demostró que a través de este ciclo se aumentó en un 41% el diálogo sobre la sexualidad; un 11% habló sobre los temas expuestos con sus amigos; un 39% de los que vieron la serie dijeron haber aprendido más sobre sexualidad.

En 1997 un segundo ciclo, dedicado específicamente a la adolescencia, llamado "Piel de Luna", una mini serie de 14 capítulos en la que un grupo de escolares comparten sus problemas, angustias e inquietudes acerca de sus vivencias en torno a su sexualidad, se colocó en el primer lugar en la categoría de series de televisión. El nivel de comprensión de los temas alcanzó más de 90%; y un 82% de los entrevistados señaló que el mayor valor de la mini serie radicaba en el hecho de haber tratado el tema como algo que ocurre a menudo en el país, se sintieron identificados tanto con los personajes como con la temática, validándose de este modo el Entretenimiento Educativo como una estrategia eficaz para promover estilos de vida saludables entre los y las adolescentes.

Paralelamente a "Piel de Luna", Population Services International (PSI) implementó en el país una campaña de mercadeo social de condones que incorpora la producción y difusión de una serie para la televisión de siete capítulos titulada "Historias del Vecino".

Estas experiencias han demostrado que no se puede seguir pensando en la comunicación educativa como un componente estático, sin vinculación con las nuevas tecnologías de comunicación. La invisibilización del mensaje educativo, a diferencia de décadas anteriores en las que "lo educativo" tenía que ser lo más evidente y visible posible, es la norma que impera hoy en día[71].

Actualmente resulta insuficiente la educación formal para satisfacer todo el abanico de necesidades. Estamos en la era de la imagen, donde con mayor predilección los y las adolescentes se sienten atraídos por el mundo de la imagen, lo lineal, lo fragmentario, lo vivencial, lo inmediato. Si examinamos la fuente de conocimiento de los adolescentes, veríamos que ni la familia ni la escuela saldrían vencedoras. Los medios de comunicación masiva han entrado en abierta competencia con la escuela y con la familia tradicional y hay que convertir esa competencia en mutua colaboración[72].

Otras actividades innovadoras como la Carpa Lila, un proyecto de Entretenimiento Educativo sobre salud sexual y reproductiva en el marco de las estrategias de movilización comunitaria llevó mensajes a los y las adolescentes de 21 municipios rurales de más de 20.000 habitantes, a través de juegos, teatro, música, danza, video debate, entre otros, ha demostrado también ser un medio excelente para transmitir mensajes. Con esta estrategia se llegó a más de 137,000 adolescentes que participaron de las actividades de la Carpa y a 141,000 adolescentes recibieron mensajes a través de la radio y/o de materiales impresos.

71. Pérez, Ariel, Representante para Bolivia del Centro para Programas de Comunicación, JHU.
72. Ibid.

En la actualidad, folletos, afiches, trípticos, juegos, videos de circuito cerrado para salas de espera o de apoyo didáctico son producidos por diversas instituciones en varias regiones del territorio; sin embargo, se constituyen en esfuerzos aislados y espaciados en el tiempo que están destinados más a apoyar actividades locales de capacitación e información, pero que carecen de una visión integral de la salud y de una concepción estratégica global de la comunicación a nivel nacional.

Consumo de medios de comunicación

En Bolivia, el 85% de hogares cuenta con aparatos de radio y el 62% con televisor, con una marcada diferencia entre las zonas urbanas y rurales. En el área urbana, el 93.3% tiene radio y el 70.5% en el área rural; el 88.7% tiene televisor en las ciudades y sólo el 16.8% en el campo, el 8.5% tiene una computadora en las ciudades mientras que en el área rural sólo el 0.1%.[73].

La preferencia del consumo de medios de comunicación es similar entre los hombres y las mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad. El 61.9% de mujeres, y el 68.6% de hombres lee un periódico por lo menos una vez a la semana. El 78% de mujeres ve televisión una vez a la semana y el 82.4% de hombres. El 86.9% de hombres escucha radio y el 82.6% de mujeres. El 50.2% de mujeres escucha los tres medios y el 57.9% de hombres quedando un 6.8% de mujeres que no consumen ningún medio y un 4.7% de hombres[74].

En Sud Yungas (Departamento de La Paz), la mayoría (96%) de los y las adolescentes han escuchado hablar sobre sexo o sexualidad, a través de la televisión el 46.9%; revistas 27%; radio 25%[75].

En talleres realizados con adolescentes en las ciudades de La Paz, Sucre y Santa Cruz, se observó mayor preferencia por la televisión, seguido por la radio y en tercer lugar manifestaron gusto por el material impreso desde prensa hasta artículos promocionales siempre y cuando sea escrito por ellos[76].

Les gustan programas televisivos muy variados que van desde video clips musicales hasta documentales históricos realizados por Carlos Mesa pasando por programas de comedia, series, telenovelas, dibujos animados, programas de concurso, etc.

Destacan la importancia de la participación de los y las adolescentes en los programas: "con gente joven, de gente joven, para gente joven".

En la radio, les gusta escuchar música y algunos programas cortos con temas de su interés, mejor si son programas realizados por ellos mismos. Les gusta la idea de contar con una línea telefónica abierta que les permita el anonimato, pues manifestaron ser tímidos para hablar sobre algunos temas como la sexualidad.

Respecto a la música es complicado sacar conclusiones pues nombraron a prácticamente todos los géneros musicales existentes. No obstante, la mayoría se interesó por la música que está de moda y unos pocos prefirieron la música de los años 60s.

La mayoría manifestó tener poca costumbre de leer el periódico y fueron criticados por algunos de ellos que hasta les llamaron "ignorantes". Finalmente conciliaron la discusión diciendo que si se trataba de poco texto, de temas que les interesen podrían leer más. Sobre boletines y revistas dijeron que deberían ser escritos por ellos, "sin censura", donde les sea permitido expresar sus deseos en texto y dibujos, incluyendo chistes y cuentos, dando rienda suelta a su creatividad.

73. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA), 1998.
74. Ibid.
75. Espinoza, Mauricio, "La Función de la Educación en la SSR en Adolescentes, Sud Yungas", 2000.
76. Pudencio, Carola, "Investigación Formativa: Adolescentes La Paz, Sucre, Santa Cruz", 2000.

Acceso a los medios de comunicación

En general, se puede decir que los y las adolescentes del país tienen una escasa o casi nula participación en la producción de materiales para los medios masivos de comunicación. Existen pocos programas en los que participan jóvenes y adolescentes como por ejemplo Rasguña las Piedras, un programa televisivo donde se debate sobre diversos temas en un estudio. Sin embargo, la participación se reduce a darles un pequeño espacio de expresión y en muy pocos casos los y las adolescentes participan en cada etapa de la actividad, desde la investigación hasta la evaluación pasando por la producción y, como bien mencionaron algunos adolescentes durante los talleres de investigación formativa, "sólo nos hacen programas musicales como si la música fuera lo único que nos gusta", "en otros programas buscan hacernos ver como idiotas, no nos tienen ningún respeto". Algunos adolescentes trabajan en radioemisoras conduciendo programas principalmente musicales.

Otras experiencias que se pueden mencionar son una serie de programas realizados por el CIES en Radio Color en 1996; los programas radiales de CAIA, el programa "Zona Profunda" que actualmente se difunde por radio Melodía y el programa "Entre Sábanas" de radio Graffiti.

2.4. Conclusiones

La adolescencia en Bolivia no es concebida como parte importante del desarrollo del ser humano. La sociedad en general, cree que se trata de un periodo problemático, se tapan los ojos y dicen "ya va a pasar" en lugar de acompañar y apoyar a los y las adolescentes en el proceso de cuestionamiento de su identidad y fortalecimiento de autoestima. Se conoce poco sobre esta etapa y el gobierno la asume aún como un componente demográfico en tránsito a su incorporación en la estructura social. Aparte del difícil condicionamiento de las prácticas educativas formales, son contados los esfuerzos por reconocer necesidades y prestar servicios especializados a los adolescentes.

Muchos adolescentes de escasos recursos económicos se ven en la necesidad de formar prematuramente parte de la población económicamente activa. Con insuficiente capacitación técnica, con pocas oportunidades de conocer y ejercer sus derechos y en condiciones de salud de alto riesgo, los y las adolescentes suelen ser sujetos de abusos, explotación, limitaciones para su desarrollo y una doble discriminación a las mujeres adolescentes.

Adolescentes que son parte de procesos migratorios de las áreas rurales a las áreas urbanas o a regiones más prósperas; adolescentes que fueron expulsados de sus hogares por los bajos ingresos de la familia; adolescentes de poblaciones indígenas con bajos niveles de instrucción, enfrentados a la realidad de tener que velar íntegramente por sí mismos, asumen en forma precoz responsabilidades familiares que les son difíciles de atender adecuadamente.

Son muchos los y las adolescentes que se ven obligados a abandonar la escuela mucho antes de pasar la barrera del simple analfabetismo y algunas veces destinados a convertirse en analfabetos funcionales. La escasa preparación académica de los y las adolescentes, en general, no solamente los inhabilita para continuar con su formación escolar y profesional sino también para enfrentar con éxito los retos de la vida en sociedad. Muchos jóvenes viven en la inseguridad y el escepticismo refugiándose en hábitos poco saludables, contribuyendo a dañar crecientemente el futuro de sus generaciones.

En cuanto a la salud, se han detectado niveles bajos de nutrición

que se arrastran desde la infancia, principalmente anemia en las adolescentes embarazadas. Altas tasas de embarazo no deseado que muchas veces obliga a dar al bebé en adopción, al aborto, al matrimonio forzoso, a la frustración de planes de vida, a la interrupción de los estudios, etc.

Tienen escaso conocimiento de las formas de prevención de un embarazo o del contagio de ITS, VIH/SIDA, tienen relaciones sexuales generalmente desprotegidas, pues sólo el 1.6% de las adolescentes de 15 a 19 años sexualmente activas utiliza algún método anticonceptivo moderno. Es alto el riesgo que tienen los y las adolescentes de contraer infecciones de transmisión sexual y son muy limitadas sus prácticas preventivas de salud, aun cuando se han evidenciado indicaciones importantes de desear un conocimiento más profundo sobre los temas que los afectan y a los cuales ni el sistema educativo ni el sistema de salud, ni la familia, ni la comunicación social han alcanzado a satisfacer adecuadamente.

La falta de comunicación entre padres e hijos, la información incompleta y a veces cargada de tabúes, tanto en el ámbito familiar como en el escolar y en los servicios de salud, la circulación de creencias negativas y estigmas en la sociedad dejan a los y a las adolescentes sin orientación sobre cómo vivir una sexualidad sana, placentera y sin culpas.

Este grupo de población también es maltratado en la casa y en la escuela pues padres y profesores imponen disciplina a gritos, insultos y golpes creyendo que esa es la forma de educarlos.

Los servicios de salud integral para los y las adolescentes aún carecen de infraestructura adecuada, insumos, personal de salud capacitado, incluido el personal de las farmacias que critican, juzgan y no informan adecuadamente, expresan sus propios tabúes con respecto a la sexualidad, la adolescencia y la anticoncepción, desinformando a la población adolescente. La formación especial de recursos humanos para el área rural es determinante, si quieren mejorarse las condiciones sociales de los y las adolescentes.

La participación de los y las adolescentes en los medios de comunicación es prácticamente inexistente, las pocas veces que lo hacen están ausentes en la mayor parte del proceso de producción. Los medios de comunicación, casi únicamente preparan programas musicales cuando piensan en la adolescencia.

Sin embargo, el Estado ha iniciado una profunda revisión sobre su rol para acompañar a los y las adolescentes en su formación, ofreciéndoles cada vez con mayor firmeza, herramientas conceptuales para la vida y ofreciendo servicios diferenciados de salud integral y educación sexual. Así mismo, ha elaborado planes, programas y normas, que requieren del apoyo de las autoridades para su aplicación.

Varias organizaciones de desarrollo han iniciado experimentalmente programas participativos de organización y educación comunitaria. Ya se pueden evaluar algunas campañas de comunicación y procesos de movilización comunitaria, como elementos de base para el desarrollo de una política amplia de contribución al desarrollo de la adolescencia y, junto a ella, una verdadera estrategia de Información, Educación y Comunicación a su servicio.

Los y las adolescentes tienen ideas claras sobre cómo podrían mejorar su nivel de vida, pero las condiciones no se dan debido fundamentalmente a que no se los toma en serio, no se presta la debida atención a la educación, no se respeta la etapa por la que atraviesan y no se les da suficiente espacio en los niveles de decisión.

Por lo antes mencionado, se requiere una estrategia global de intervención que incorpore como ejes transversales aspectos tales como género, generacionales, derechos, autoestima e interculturalidad. Aunque se asume una discriminación generacional a la adolescencia en su conjunto, se reconoce también que al interior de ésta existen otro tipo de discriminaciones como las de género, étnica y de estratificación económica. En este sentido, se hará particular énfasis en una tendencia a empoderar a la mujer adolescente, considerando enfoques de género, étnicos y de estratificación económica. Además presupone un trabajo coordinado intersectorial e interinstitucional que incluya la participación activa del Estado, de la empresa privada, de las organizaciones no gubernamentales e instituciones de cooperación internacional.

3. Marco teórico

3.1. Concepto de adolescencia

Etimológicamente la palabra adolescencia proviene del latín adolescere, que significa crecer. Para Freud, la adolescencia era una revolución sexual y afectiva; para Piaget una revolución intelectual.

En el Programa Nacional de Atención a la Salud Integral de los (las) Adolescentes se conceptúa "La adolescencia constituye una etapa de transición entre la niñez y la edad adulta. Se caracteriza porque en ella se desarrollan procesos profundos de transformación biológica, psicológica y social; estos cambios están definidos por procesos de orden social, económico y cultural; siendo muy difícil establecer los límites entre la adolescencia y la niñez, y entre la adolescencia y la juventud (...) Con fines técnicos y estadísticos se ha establecido que la adolescencia transcurre entre los 10 y 19 años"[77].

Sin embargo, existen otras definiciones que permiten abordar el concepto desde otra perspectiva como la que ha elaborado el CIES: "concepto social y culturalmente construido que explica y aborda un camino del desarrollo humano en el que suceden cambios biológicos/funcionales y la construcción y consolidación de características de madurez psicológica, sexual y social de individuos y grupos..."

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sugieren diferenciar tres periodos, con características diferenciadas, dentro de la adolescencia: En la adolescencia temprana (de 10 a 13 años) se dan cambios fundamentales en el desarrollo fisiológico derivados del influjo hormonal, estrógenos en las mujeres y testosterona en los hombres, lo que estimula la maduración sexual y genera cambios importantes en el comportamiento individual y social.

77. MSPS. Programa de Atención a la Salud Integral de los (las) Adolescentes, Bolivia 1998 - 2002.

En la adolescencia media (de 14 a 16 años) se dan procesos de interacción social, donde es particular el comportamiento de alejamiento del grupo familiar, la selección de grupos de amigos, la autodeterminación personal, y nuevos intereses y valores.

Finalmente la adolescencia tardía (de 17 a 19 años) donde el adolescente busca aproximación y cercanía a una pareja, lo que muchas veces lleva al contacto físico y sexual. En la esfera psicosocial establece una visión más clara de sí mismo, y busca definir una autoimagen y fortalecer su autoestima. En la esfera cognitiva adquiere mayor capacidad para la toma de decisiones y para planificar su futuro y para el desarrollo de proyectos de vida personal.

En Bolivia, la adolescencia debe ser vista en el marco de la pobreza en la que están sometidos grandes segmentos de la población, y en relación con las culturas existentes. Esta forma de aproximarse a la situación de los y las adolescentes en el país habrá de permitirnos valorar adecuadamente los niveles de vulnerabilidad, los contextos de riesgo y los niveles de salud, la calidad de vida, sus niveles de educación, y las oportunidades para el trabajo y recreación. Y sobre esta base, delinear las responsabilidades del Estado y de la sociedad civil, en materia de políticas, programas y gasto público[78].

El adolescente tiene una gran necesidad de reconocimiento y aceptación para formarse un concepto positivo de sí mismo. Es un período en el que aparece una moral autónoma; las normas emergen de las relaciones de reciprocidad y cooperación, y no de la imposición de los adultos[79].

La adolescencia es descrita como una época en la que el adolescente busca, quiere llegar a ser alguien pero no sabe cómo, es por eso que el adolescente hace ensayos que en ocasiones pueden ser mal vistos por la familia y la sociedad, olvidándonos

78. Ibid.
79. Hourmilougué, Marcela Cristina. "Educar es Prevenir", Publicado en internet.

los adultos que estos ensayos son necesarios para que consolide su identidad. Entendemos por identidad la sensación de continuidad y mismidad, es decir, de ser uno mismo y lo que le permite al individuo diferenciarse de los demás[80].

3.2. Marco conceptual de salud y desarrollo

La inversión en adolescencia es importante para el desarrollo económico de los países, tanto para prevenir las consecuencias de las potenciales conductas de riesgo, como para promover un desarrollo integral. La forma más efectiva de hacer inversiones en adolescencia es pensar y actuar de forma integral y desde un enfoque preventivo y de desarrollo (Burt 1998).

Numerosos estudios demuestran que los factores de riesgo de las conductas problemáticas y sus consecuencias en salud son comunes y que además están relacionados entre sí.

En esas circunstancias, los jóvenes que luchan por desarrollar su identidad, destrezas y estilos de vida, tienen fácil acceso a actividades sociales consideradas problema, y un acceso restringido a actividades que favorecen su desarrollo. Mientras más adverso es el contexto en que se desarrolla el adolescente, mayor será la necesidad de apoyo que le permitirá sobrevivir y prosperar en el futuro.

Los factores protectores individuales (personalidad) incluyen la autoestima (Germezy 1983; Murphy & Moriarty 1976; Rutter 1979; Werner & Smith 1982) y el locus de control interno (sentirse confiado de que los propios esfuerzos producirán los efectos deseados) (Germezy 1987). Los factores protectores familiares incluyen la ausencia de discordia conyugal, la cohesión familiar y una buena relación con al menos uno de los padres.

El "Modelo conceptual del desarrollo integral de la adolescencia", base del presente documento, ha sido desarrollado basándose en el marco teórico elaborado por la OPS, el mismo que plantea fortalecer el desarrollo del adolescente dentro del medio ambiente socioeconómico, político y cultural, como una estrategia para mejorar la calidad de vida de la adolescencia.

En este marco el desarrollo se define como un proceso continuo a través del cual el y la adolescente satisfacen sus necesidades, desarrolla competencias, habilidades y redes sociales. Competencia es la habilidad para adaptarse a diversas ecologías y ambientes; así definida, entonces, la competencia está ligada a un contexto específico. Para apoyar el desarrollo de los adolescentes son claves la salud y el bienestar, la educación, la justicia, el empleo y la participación social. El desarrollo no ocurre aislado y en este marco es importante apoyar a las familias y a las comunidades para que sus instituciones e individuos guíen y apoyen el desarrollo de los adolescentes (Rodríguez y Cols, 1998).

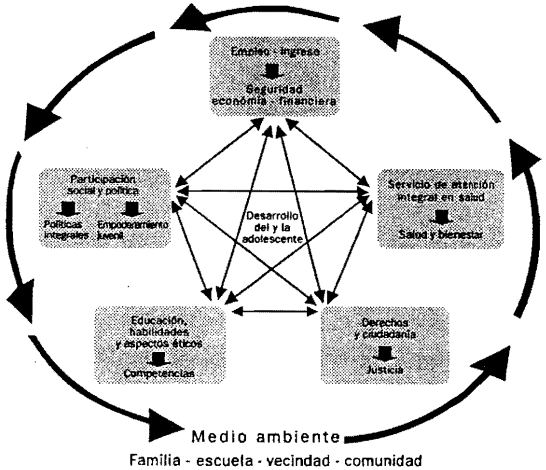
Los adolescentes necesitan creer en un futuro prometedor con oportunidades sociales y económicas reales. Sin la esperanza de triunfar económicamente, la juventud tiene poco incentivo para intervenir en educación y evitar hábitos dañinos (Wilson, 1987).

La promoción de la salud emerge como una herramienta indispensable en el cambio social necesario para lograr el desarrollo y la salud de los adolescentes. Promoción de la salud se define como un proceso mediante el cual los individuos y las comunidades ejercen control sobre los determinantes de la salud, y de ese modo, mejoran su estado de salud. Las estrategias de la promoción de la salud comprenden: la formulación de políticas públicas saludables; la reorientación de los servicios de salud; la potenciación de las comunidades para lograr el bienestar; la

80. Munoz Fernández, Sergio, "La Identidad del Adolescente", publicado en internet.

creación de ambientes saludables; el fortalecimiento e incremento de las destrezas personales relacionadas con la salud y la construcción de alianzas estratégicas, especialmente con los medios de comunicación. Las acciones de promoción de la salud requieren esfuerzo y responsabilidad compartida entre individuos, familias, comunidades, organizaciones, instituciones de formación de recursos humanos, sistemas de salud y gobierno. Los programas de salud de mayor impacto promueven cambios simultáneos a diferentes niveles: individual, grupal, organizacional y comunitario.

Los gobiernos no pueden hacer por sí solos todo lo que se necesita para proteger y promover la salud y el desarrollo de los y las adolescentes. La sociedad civil (ONG's, grupos religiosos y el sector privado, entre otros) tiene un rol que desempeñar. Identificar a estos actores y realizar coaliciones será clave para la abogacía y el logro del desarrollo de planes y programas en el país.



• Modelo conceptual del desarrollo integral de la adolescencia "Ariel Pérez, Carola Prudencio, 2000.

3.3. Políticas de comunicación[81]

Las políticas de comunicación han sido diseñadas sobre la base del Proyecto de Políticas de Comunicación para la Salud, elaborado por la Secretaría de Salud y el Ministerio de Desarrollo Humano (1994).

Se entenderá por comunicación para la salud al conjunto instrumental de actividades de enlace, entendimiento y colaboración entre las instituciones y la población para forjar en ambos, los conocimientos, actitudes y prácticas más propicias para la salud, recurriendo a medios de contacto individual, de grupo y masivos, oficiales y privados; modernos y tradicionales; comerciales y alternativos. Específicamente, vista como proceso social, la comunicación para la salud se entenderá como un proceso horizontal y activo-participativo en el que diferentes actores sociales, teniendo como eje a la comunidad; diagnostican, planifican, producen y difunden mensajes que proporcionan conocimientos, forjan actitudes y provocan prácticas favorables al desarrollo y cuidado de la salud integral.

La información sobre salud integral es un bien público, no una mercancía para transacciones privadas o sólo accesibles a minorías. Todo ciudadano habitante del territorio nacional y particularmente los y las adolescentes, tienen derecho a generar, emitir, difundir, recibir y utilizar información sobre salud integral por todos los medios de comunicación a su alcance y sin ninguna restricción.

Por su papel instrumental, la comunicación social para la salud sexual y reproductiva, constituye un componente clave de la salud integral y no una actividad accesoria de la misma.

Con el fin de evitar información ambigua o imprecisa que pudiera

81. Subcomité de IEC "Estrategia de IEC para el Area Rural" . ENSSR. USAID, Bolivia 1996.

BEST AVAILABLE COPY

causar malos entendidos, es obligación de aquellas instituciones que diseñan mensajes, consultar oportunamente al Ministerio de Salud y Previsión Social (Unidad de Atención a la Salud Integral del niño, escolar y adolescente), los contenidos básicos correspondientes a la normativa oficial del sector.

3.4. Premisas básicas

a. Las actividades de comunicación en salud son de carácter multidimensional

Las actividades de IEC se caracterizan por estar integradas por una serie de acciones perfectamente entrelazadas para ser aplicadas de manera secuencial. Los elementos a considerar son:

- **Comunicación organizacional**

Siendo la presente una estrategia a largo plazo, se hace necesario integrar a instituciones con esfuerzos, intervenciones y metas comunes bajo esta misma estrategia.

El diseño debe armonizar los diversos componentes del programa, estar alerta y flexible a las variaciones que surjan, tanto de la sociedad como de los nuevos requerimientos, fruto de la evolución misma del programa de salud integral.

El diseño y su aplicación contienen fases entrelazadas a través del tiempo y cada fase requiere de una táctica particular de comunicación así como de la utilización de recursos técnicos y humanos específicos a cada momento, y de la elaboración de mensajes propios y únicos en cada etapa del proceso. Se requiere fundamentalmente de un manejo pro activo que logre metas a largo plazo.

- **Comunicación interpersonal, grupal y masiva**

Estas formas de comunicación que se complementan entre sí y se hacen necesarias, serán herramientas útiles para llevar los mensajes a la audiencia de la presente estrategia y alcanzar las metas trazadas.

- **Educación formal y no-formal**

La educación formal y no-formal contribuyen significativamente al éxito de los programas de salud. Existe una multiplicidad de temas y tópicos que pueden ser abordados de mejor manera en actividades de capacitación y educación, entre ellos: crecimiento y desarrollo, salud sexual y reproductiva, alcohol y drogas.

b. El cambio de conducta se produce a través del tiempo

Es necesario considerar que el cambio de conducta no es inmediato, congruente o uniforme, muy por el contrario, es un proceso lento con avances y retrocesos que toman un buen tiempo antes de ver resultados concretos. Este es un proceso racional influenciado por las emociones de cada individuo. En este sentido, es oportuno plantear estrategias a largo plazo y sostenidas en el tiempo.

c. Investigación de audiencia y evaluación de impacto: Procesos que aseguran el éxito de un programa de salud

La eficiencia de una intervención de comunicación está dada cuando la propuesta de cambio se basa en lo que la audiencia piensa, siente y necesita. Desde esta perspectiva, el perfil psicográfico que se incorpora en el presente documento es fundamental para elaborar los mensajes supuesto que nos

acerca a la percepción de los públicos primarios y secundarios y no a la del comunidacor ni a la del programa.

La investigación de audiencia es un componente clave durante las primeras etapas del planeamiento y diseño de la intervención de comunicación considerando la diversidad sociocultural de un país como el nuestro.

Así mismo, la evaluación de impacto sirve para saber si la intervención de IEC ha tenido el efecto deseado y cumplido los objetivos trazados. La línea de base, pre-intervención, es crucial para poder comparar la situación antes y después de las acciones de comunicación.

De igual de modo, la evaluación incluye actividades de monitoreo para asegurarse que la fase de aplicación sigue lo planeado y sobre todo, para identificar problemas inmediatos y plantear soluciones oportunas.

d. La comunicación interpersonal como elemento crucial en la calidad del servicio

Siendo el personal de salud el vehículo crucial entre la entrega de servicios de salud y el adolescente, se hace imprescindible motivar constantemente a este personal y realizar actividades de capacitación y seguimiento en temas relacionados a su quehacer diario como son el mejoramiento de habilidades de orientación y comunicación interpersonal.

La orientación en aspectos de la educación sexual dirigida a los y las adolescentes requiere de un diálogo franco y abierto, mesurado y respetuoso donde se produzca la interacción entre las personas.

Si bien los spots televisivos, cuñas radiales y materiales impresos de tipo promocional logran el interés y la asistencia de los y las adolescentes a los centros de salud, la comunicación entre el usuario potencial y el personal de salud es vital al momento de adquirir una práctica nueva como puede ser el uso de un anticonceptivo, el seguimiento de un tratamiento, etc.

e. Entretenimiento Educativo: un enfoque para transmitir mensajes de salud y lograr cambios de conducta

Considerando que el público beneficiario de la presente estrategia es la adolescencia, no se puede dejar de lado el aspecto lúdico y de entretenimiento en la transmisión de los mensajes a través de los diferentes formatos comerciales existentes.

El objetivo del Entretenimiento Educativo no es solamente alcanzar a la audiencia blanco sino tocar el mundo emocional del individuo para propiciar cambios de actitud y conducta. La vía del entretenimiento permite más que ningún otro medio esa conexión psicológica que se deja expresar en risa, reflexión, pena o dolor que precipita la identificación y el aprendizaje por observación.

f. La coordinación interinstitucional es una vía esencial para la racionalización de la inversión, la co-participación del gasto y el consecuente ahorro

Las actividades de IEC tienen que ser conceptualizadas como una inversión y no como un gasto; son una alternativa eficaz de generación de recursos a través del incremento de los conocimientos y del número de usuarios a los servicios. El gasto puede ser mínimo con relación al impacto logrado. Es

cierto que la comunicación interpersonal tiene un costo-beneficio mayor que el de los medios masivos de comunicación pero los objetivos son diferentes y ambos necesarios para el éxito de la presente estrategia.

Existen formas de cooperación interinstitucional para compartir los costos de la inversión, también se pueden establecer acuerdos con los productores, artistas, medios masivos de comunicación del país para que no cobren, abaraten sus costos, cedan espacios de emisión, etc. Esto es posible cuando se trata de campañas al servicio de la comunidad.

g. El reto de llegar a la adolescencia del área rural: armonizar con el pensamiento indígena

El éxito de la presente estrategia estará en lograr la participación activa de los y las adolescentes de cada región del país de manera que los contenidos se ajusten al pensamiento de la región y estén en completa armonía con sus raíces culturales puesto que, un principio fundamental de la comunicación humana dice que la transferencia o interacción de nuevas ideas ocurre con mayor probabilidad entre individuos que comparten intereses, creencias, valores y educación semejantes. La comunicación será más efectiva entonces, cuando se base en esa comunión de significados, lengua y pensamiento. Es recomendable que antes de iniciar el programa se refuerce aquello que es aceptable, compatible y válido para el universo y cosmovisión indígena.

h. La colaboración interinstitucional en la aplicación de la presente estrategia de IEC asegura un programa de salud integral con mayor presencia e impacto

En los próximos cinco años, duración de esta estrategia, las acciones en favor de la salud integral de la adolescencia serán coordinadas entre el Ministerio de Salud y Previsión Social, los servicios de atención al adolescente, los centros comunitarios, el Viceministerio de Asuntos Generacionales, los organismos de cooperación internacional y las ONG's que operan en diferentes regiones del país y los medios de comunicación masiva.

Ninguna de las instituciones por sí sola cuenta con los recursos económicos y técnicos para implementar una estrategia de carácter nacional como la presente. Sin embargo, cuando los recursos y accionar de las diferentes instituciones se combinen, el resultado se traducirá en una extraordinaria capacidad operativa.

Aunando recursos para actividades específicas y/o campañas, las instituciones estarán en condiciones de producir mejores y mayor cantidad de materiales, así como también actividades de capacitación de alta calidad. Un trabajo en colaboración evitará la duplicidad de esfuerzos, acciones y sobre todo permitirá un ahorro importante de dinero.

Intercambiar ideas, investigaciones y planes de comunicación en salud; identificar áreas de interés mutuo; evitar la duplicación de actividades, materiales, campañas y gastos donde existan intereses mutuos; coordinar en conjunto actividades de apoyo, producción de materiales y campañas podrían ser coordinados en el marco de la cooperación interinstitucional por el Comité Nacional de Adolescencia, integrado por representantes de las instituciones interesadas en el desarrollo de la adolescencia.

Se hace necesario conformar comités de adolescencia departamentales con representantes de las instituciones que trabajan en favor de la adolescencia que facilite la investigación

y la llegada de los mensajes al área rural y zonas alejadas del país.

Se enfatizará en coordinar acciones y financiamiento entre el Comité Nacional de Adolescencia y los comités departamentales.

4. Audiencia

4.1. Segmentación de la audiencia

Audiencia primaria

Adolescentes de 10 a 19 años de las áreas urbanas, periurbanas y rurales del país.

Audiencia secundaria

Personal de salud de los centros de atención al adolescente del sector público y privado.

Madres y padres de familia con hijos o hijas adolescentes.

Profesores de educación formal, no-formal y alternativa.

Autoridades políticas técnicas y administrativas de instituciones públicas y privadas.

Jefes de prensa, redacción, periodistas del área de salud, editorialistas y productores de medios de comunicación masiva.

4.2. Perfil psicográfico

Percepción de los y las adolescentes sobre la adolescencia[82]

En la investigación formativa realizada en talleres con adolescentes de las ciudades de La Paz, Sucre y Santa Cruz, la mayoría los y las adolescentes manifestaron interés en ser profesionales, ser independientes y solventes económicamente; sin embargo, para algunos es más importante ser felices, formar una familia o tener una vida sana. También quieren sorprender a los demás y ser admirados, ser populares entre los amigos y aceptados por todos.

Un factor interesante es el constante deseo de hacer cosas para ayudar a las personas necesitadas, la familia o los jóvenes; en cambio, en Santa Cruz, la mayoría mostró interés por la superación personal.

En general, manifestaron poca aceptación de sí mismos, quieren cambiar su manera de ser y algunos hasta de apariencia física. Inclusive, algunos que dijeron ser hombres se corrigieron de inmediato aclarando ser en realidad adolescentes como si aún les faltara algo para ser hombres.

Describen la adolescencia como una etapa maravillosa donde se tienen experiencias inesperadas y al mismo tiempo la consideran una etapa de confusión de identidad y pensamiento, tienen el deseo de despertar a una sociedad sin tabúes, es la etapa de la timidez, la curiosidad, la búsqueda de la independencia, es cuando se experimentan los sueños y las fantasías.

Percepción del personal de salud sobre la adolescencia[83]

En general, el personal de salud coincide con la descripción hecha por los y las adolescentes; sin embargo, unos pocos se refirieron a ellos como "una arcilla con destino dudoso ¿A qué manos llegará para ser amoldado, formado, deformado?", "un ser en adaptación al medio, que necesita información y orientación, además de protección por parte de la familia y la sociedad".

No faltaron comentarios respecto a que las adolescentes "viven en la calle en búsqueda permanente de afecto, con relaciones de pareja inestables, dificultad para enfrentar las frustraciones, sin información para la toma de decisiones en la vida, con los problemas de violencia, maltrato, abuso sexual, con embarazos no deseados en un promedio de 14 años, con una serie de abortos, posiblemente 4 en promedio, con alto valor cultural respecto de la maternidad, baja autoestima". O bien "Las chicas

82. Prudencio. Carola, "Investigación Formativa: Adolescentes La Paz, Sucre, Santa Cruz" 2000.

83. Prudencio, Carola, "Investigación formativa: personal de salud",2000

son más activas que antes, dicen lo que sienten o piensan sin dificultad".

Lamentablemente, los y las adolescentes son percibidos como personas incompletas cargadas de problemas. Haber encontrado esta percepción en el personal de salud capacitado para la atención en salud integral a los y las adolescentes, denota la necesidad de una mayor capacitación que les ayude a desprenderse de algunos preconceptos arraigados culturalmente.

Percepción de los y las adolescentes sobre su relación con el padre y la madre

Adolescentes de La Paz, Sucre y Santa Cruz, manifestaron tener una relación con sus padres que depende de cuán bien se porten y hagan lo que ellos consideran correcto sin importar las necesidades de los y las adolescentes[84].

La preocupación mayor de los padres parece ser la que sus hijos sean mejores que ellos o que realicen lo que ellos no pudieron realizar. Cuando los y las adolescentes son obedientes, reciben cariño, premios y en pocos casos nada. En cambio, cuando no respetan las reglas son castigados, algunos son golpeados, otros insultados, menospreciados, ignorados, inclusive les dejan de hablar durante días[85].

A la luz de los y las adolescentes, se ha visto que muy pocos padres o madres son comprensivos y que tratan de establecer el diálogo con sus hijos e hijas. La mayoría de los padres ha establecido relaciones en las que el amor está condicionado por el buen comportamiento de sus hijos e hijas. La mayoría de los y las adolescentes encuestados no espera el respaldo y comprensión de sus padres, con relación a sus experiencias sexuales[86].

84. Prudencio, Carola, "Investigación Formativa: Adolescentes La Paz, Sucre, Santa Cruz" 2000.
85. Ibid.
86. Rada, Luisa. "Acceso a Servicios de SSR: Ruta Crítica de los/las Adolescentes". Pathfinder/focus. 1999.

En el otro extremo la mayoría de los padres que fomentan el diálogo con sus hijos y/o hijas, se concentra en las relaciones sexuales (19.4%) y el embarazo (7.5%), sólo en pocos casos se abordó el tema de la masturbación (0.2%) y de la menstruación (0.2%), lo que estaría ratificando la tendencia a encararla desde la perspectiva de los "problemas" y no del disfrute de un proceso que es a la vez de placer, descubrimiento, amistad, amor y erotismo[87].

Percepción de los expertos sobre la relación de los adolescentes con sus padres

Cuando el desarrollo del niño se produce en una familia armónica y en una sociedad que le acepta, le apoya en sus progresos y ante sus dificultades, su salud mental se caracteriza por su capacidad para adaptarse al crecimiento y a las exigencias a las que es sometido[88].

La adolescencia es cuando el hijo pasa de una vida organizada a la desorganización para después reorganizar su vida de acuerdo con una nueva identidad, la de adulto. Es un tiempo de tensión para sus padres porque su hijo exige que le traten como adulto pero sigue comportándose como niño (...) Es una etapa difícil pero necesaria. No es que le gusta desafiar a sus padres sino que necesita ir adquiriendo su propia experiencia para formar su propia identidad y autonomía. Entre más resisten los padres, su progreso a ser adulto, es peor[89].

Generalmente cuando los hijos entran en la adolescencia la organización en el ámbito familiar sufre un desajuste (...) La adolescencia constituye la etapa decisiva de la separación gradual de padres e hijos. La crisis familiar que sobreviene, es una etapa normal del desarrollo, no una tragedia, es necesaria para la afirmación de la identidad del adolescente (...) Existen tres

87. Ibid.
88. Muñoz Fernández, Sergio. " La Identidad del Adolescente", publicado en internet
89. Dunlap, Rouse Elmer N. "La Adolescencia", publicado en internet

elementos básicos en el adulto que hacen conflictiva la relación padre-adolescente: Los padres generalmente, consideran a sus hijos una prolongación de sí mismos; intentan hacer adoptar al adolescente la conducta que a ellos les agrade, y si ese deseo no se cumple los padres se sienten ofendidos. Están convencidos de que intentan cambiar al joven por su propio bien, pero inconscientemente buscan que su hijo responda al ideal que ellos marcan; el hijo representa un ser con múltiples posibilidades para su futuro. Ven al adolescente como una posibilidad real para cumplir metas e ideales que ellos no alcanzaron (...) Casi todos los adolescentes desean llevarse bien con sus padres y encuentran frustrante el hecho de no poder hablar libremente con sus padres de temas conflictivos como la conducta sexual y los problemas sexuales (...) En una familia común, es normal y casi inevitable que haya alguna fricción o conflicto. Estos pueden ser sin importancia pero también pueden ser signo de graves alteraciones en las relaciones de padres e hijos (...) El padre autoritario es el que impone su voluntad sin dar explicaciones, y esto al adolescente no le satisface, por lo que se vuelve rebelde. Las madres hiperprotectoras suelen ser asfixiantes, pueden llegar a formar un adolescente temeroso, apático y carente de iniciativa[90].

Uno de los recursos más importantes con que se puede dotar a un adolescente es el sentimiento de su propia valía, precisamente en estos tiempos de cambios rápidos y de desorganización familiar. Este sentimiento es una fuerza que el adolescente lleva en su interior y si está bien arraigado y él sabe cómo conservarlo en buenas condiciones, le acompañará siempre y podrá fiarse de él durante toda su vida[91].

Percepción de los y las adolescentes sobre la relación con el profesorado[92].

A pesar de los esfuerzos del Ministerio de Educación por capacitar a los docentes para que el alumnado reciba un trato digno, los adolescentes que participaron en los talleres en La Paz, Sucre y Santa Cruz, dijeron recibir un trato hostil y coercitivo. Mientras sean obedientes, saquen buenas calificaciones, cumplan con todas las reglas de disciplina, guarden silencio, no enfrenten al maestro a su limitado conocimiento, delaten a los compañeros que hacen algo mal, cumplan con todas las tareas encomendadas, entonces cuentan con algún halago, caso contrario reciben sanciones que van desde un grito hasta golpes "o me dan con el palo en mi mano", pasando por insultos, amenazas o "me dicen que no soy nadie, que soy un desperdicio de piel (...) le pregunto por qué nos insulta y me dice que sólo dice la verdad" o reciben llamados de atención "frente a todos" despertando en ellos rebeldía, apatía, baja autoestima, sentimiento de culpa, temor a expresar sus ideas en público, etc.

Pocos adolescentes expresaron sentirse motivados e incentivados por los profesores. En general, al igual que en el hogar, la educación se impone por la fuerza en lugar de la motivación para que adquieran conductas que favorezcan su desarrollo y los proyecte al futuro.

Percepción de expertas sobre la educación escolar en la adolescencia

La relación entre los alumnos y los profesores no siempre es buena. El profesor debe conocer las dificultades del aprendizaje de cada alumno, así como su medio familiar, su personalidad, etc.; también estimular al grupo, favoreciendo las relaciones interpersonales y la cohesión, fomentar el respeto mutuo la comunicación y cooperación en el aula, brindando oportunidades de participación. La tarea del profesor es principalmente dirigirse al alumno y a su desarrollo como individuo y como ser social[93].

90. Aboal, Joselin. "La Adolescencia en la Postmodernidad", publicado en Internet.
91. Marsellach Umbert, Gloria "La Adolescencia", publicado en internet.
92. Prudencio, Carola, "Investigación Formativa: Adolescentes La Paz, Sucre, Santa Cruz" 2000.
93. Aboal, Joselin. "La Adolescencia en la Postmodernidad", publicado en Internet.

Desde el punto de vista educativo y preventivo, la escuela contribuye al desarrollo de la identidad y la aceptación de sí mismo, la autoestima, la resistencia a la presión del grupo así como la promoción de valores y hábitos contrarios al uso indebido de drogas (...) Cuando la escuela asesora y orienta al adolescente en los distintos aspectos que pasan a ser preponderantes en su vida y sus relaciones: la sexualidad, el grupo de amigos, la experimentación de nuevos roles, su identidad personal, su tiempo libre, etc. cumple su verdadero rol: el de educar[94].

Percepción de los y las adolescentes sobre los amigos y la pareja

Algunas y algunos adolescentes dijeron estar contentos con la relación que tienen con sus amigos pues sienten en ellos un apoyo que los ayuda a ser mejores o a sentirse queridos y aceptados. Sin embargo, la mayoría manifestó tener un tipo de relación con los amigos que tampoco es una panacea pues es otro ámbito más de presión (casa y escuela) para ser de otra manera. "Algunos amigos me dicen eres una loca, te metes con cualquiera, que tome, vamos a la disco, que soy una creída...". Con la confianza que proporciona el típico "somos amigos y te aconsejo por tu bien", los amigos se permiten presionar so pena de castigo "mis amigos se enojan conmigo cuando no me comporto como ellos quisieran que sea" [95].

Los y las adolescentes consideran que entre sus pares no encontrarían censura por su actividad sexual ni tampoco por usar métodos anticonceptivos. Sólo el 2.6% de los y las adolescentes asegura que sería objeto de censura o crítica por parte de sus amigos o amigas en caso de optar por la regulación voluntaria de su fecundidad y un alto porcentaje (21.9%) considera que la decisión es un asunto estrictamente personal[96].

94. Hourmilougué, Marcela Cristina. "Educar es Prevenir", publicado en Internet.
95. Prudencio, Carola, "Investigación Formativa: Adolescentes La Paz, Sucre, Santa Cruz" 2000.
96. Rada, Luisa. "Acceso a Servicios de SSR: Ruta Crítica de los/las Adolescentz.es". Pathfinder/Fucus, 1999.

La actitud de los pares y la solidaridad que se teje entre ellos/as no es similar entre varones y mujeres. Durante los talleres todos reconocieron que entre varones es más fácil tejer lazos de "confidencialidad" y hasta cierto punto "complicidad", situación que no se da en el caso de las mujeres. Asimismo, los adolescentes encuentran mayor aceptación de sus pares ante la revelación de sus relaciones sexuales, mientras que las adolescentes son permanentemente advertidas de los "peligros" y en muchas ocasiones estigmatizadas por sus propias compañeras[97].

Las adolescentes admiten que en muchas ocasiones fueron chantajeadas y hasta violentadas para iniciar relaciones sexuales. "Nos exigen la prueba de amor", "terminan la relación si no accedemos", "se buscan otra enamorada y nos dejan plantadas", fueron los comentarios con relación a las presiones que soportan de sus parejas. Su resistencia puede conllevar varios riesgos, "incluso algunos hacen tomar yumbina* para excitar a las mujeres", en otros casos "alientan a consumir bebidas alcohólicas, porque saben que las mujeres pierden el control en estado de ebriedad[98].

* Yumbina: Exitante de uso veterinario para provocar el cruce de animales

Percepción de los y las adolescentes sobre el tiempo libre y los espacios físicos[99]

Una de las preocupaciones centrales expresadas por los y las adolescentes es la inexistencia de espacios físicos (lugares adecuados con la necesaria privacidad y tranquilidad) para concretar sus relaciones sexuales. Especialmente entre los varones, existe la percepción de que una de las barreras económicas fundamentales es el alto costo de los alojamientos o moteles.

97. Ibid.
98. Ibid.
99. Ibid.

En las ciudades de La Paz, El Alto y Santa Cruz, no existen centros juveniles y los lugares donde se producen los encuentros entre jóvenes son más bien improvisados (tilines, esquinas, plazas), lo que explicaría al mismo tiempo una baja tendencia a pertenecer o adherirse a alguna organización o grupo.

Las tendencias encontradas en la investigación ponen de manifiesto que el tiempo libre se distribuye de manera diferenciada entre varones y mujeres. En el caso de los adolescentes destaca una mayor dedicación al deporte y a reunirse con amigos, pero las mujeres utilizan un importante porcentaje de su tiempo libre a "ayudar en casa". En ambos casos existe preferencia por escuchar música y ver televisión y en porcentajes menores dormir, pasear, bailar, leer, dibujar y escribir. Algunos adolescentes realizan más de una actividad.

Los porcentajes del empleo del tiempo libre en la lectura son bajos, sólo el 1.3%, del total de la población encuestada tiene hábito de lectura, las mujeres se dedican más a esta actividad (2.0%) que los hombres (0.7%).

Percepción de los y las adolescentes sobre las prácticas religiosas[100].

Del total de los y las adolescentes que admite su adhesión de fe (68.4% católica, 12.1% cristiana, 5.6% evangélica), sólo el 50% asiste regularmente a su iglesia, situación que puede estar reflejando una decreciente influencia de las diversas religiones en la población joven como consecuencia de que esas instituciones no reflejan sus intereses ni sus formas de pensar y sentir.

Percepción de los y las adolescentes sobre sus problemas y las posibles soluciones[101].

Creen que el aumento de autoestima les ayudaría a evitar problemas en general. Creen tener muchos problemas por la falta de autoestima y el no poder expresarse libremente.

Los problemas en la familia que identificaron fueron la incomprensión, el rechazo, tendencia a bajarles la autoestima, la rebeldía, falta de confianza de padre a hijo, creen que a los adultos les falta preparación y consideran que este tipo de problemas se puede resolver a través de la comunicación y el diálogo entre padres e hijos, sugieren que se impartan cursos de capacitación a los adultos y terapia familiar para evitar el maltrato que reciben.

Los problemas escolares se resolverían con una buena infraestructura, maestros y maestras con vocación y materiales suficientes. Sugieren además que se incorporen temas de orientación sexual, vocacional, entre otros.

Otros problemas sociales que identificaron son el racismo, la discriminación de clase y de sexo, dicen que se puede resolver fomentando la igualdad de oportunidades. Ellos quieren ser aceptados, desean que la sociedad comprenda la diferencia entre una pandilla de delincuentes y una pandilla que se reúne para compartir los mismos gustos como el baile. Sugieren formar y apoyar grupos juveniles donde se promueva la comunicación entre jóvenes, a los que se les dé incentivos y espacios disponibles.

Manifestaron que existe explotación a adolescentes trabajadores y falta de oportunidades para trabajar por la falta de experiencia "Alguien tiene que confiar, ¿cómo voy a tener experiencia si nadie me da la oportunidad de demostrar que puedo hacer el trabajo?", expresó una muchacha. Tienen problemas económicos y creen que el gobierno tiene que hacer algo al respecto.

Ven al enamoramiento como un problema por falta de información,

100. Rada, Luisa. "Acceso a Servicios de SSR: Ruta Crítica de los/las Adolescentes". Pathfinder. 1999
101. Prudencio, Carola, "Investigación Formativa: Adolescentes La Paz, Sucre, Santa Cruz" 2000.

temen las consecuencias como el embarazo y los problemas familiares que este les acarrea. Para otros, el embarazo no deseado se evita con la abstinencia o la protección. El aborto es otro problema que identificaron y creen que en ese caso se requiere apoyo familiar, y que se evitaría si existiera mayor información.

El alcoholismo y la drogadicción dicen que se podrían resolver con la rehabilitación institucional. Se consideran susceptibles a caer en las drogas, al alcoholismo, o a ser parte de las pandillas. Sugieren organizar campañas y actividades juveniles que informen y orienten. Solicitan centros médicos con personal y material especializado en el adolescente, "que sean económicos y donde brinden información biopsicosocial".

El maltrato tanto psicológico como físico que reciben creen que se evitaría informando a la población sobre sus derechos y dando a conocer los lugares de denuncia.

Proponen organizar consejos estudiantiles en colegios y universidades; ferias y exposiciones educativas para que los ayuden a descubrir su sexualidad y que ya no sea un tabú, la falta de información de educación sexual; la incomprensión (o desconocimiento) de hombre a mujer y viceversa, se pueden resolver a través de orientación e información, creen que los medios de comunicación son muy importantes para difundir mensajes educativos de promoción y de orientación para adolescentes.

Percepción del personal de salud sobre las posibles soluciones a los problemas de la adolescencia[102].

El personal de salud coincidió con los y las adolescentes en cuanto a la identificación de sus problemas. Propusieron soluciones que van desde reforzar la autoestima de los adolescentes, fomentar el uso adecuado del tiempo libre (biblioteca, sala de videos, teatro, actividades culturales, deporte, etc.); brindar información educativa oportuna a través de procesos de información y capacitación sostenibles (educación-salud-comunidad); prestar asistencia psicológica individual y familiar a los adolescentes que hayan intentado el suicidio, promover los factores protectores generales y específicos que controlen los factores de riesgo, brindar información y orientación oportuna personalizada y grupal sobre salud sexual y reproductiva, autoestima y comunicación con enfoque preventivo. Tratamiento especializado, facilitar el acceso al servicio de salud para la atención integral a la familia, profesores y adolescentes, enseñar a la familia habilidades y destrezas para la comunicación con el o la adolescente. Realizar un trabajo coordinado con profesores, alumnos y padres para mejorar los planes educativos y que los padres den seguimiento. Mejorar las condiciones de trabajo para adolescentes.

Sugieren poner a disposición una línea telefónica para dar respuesta a interrogantes anónimas de los y las adolescentes, también consideran necesario poner una página Web en internet que ayudaría a dar información y ambas actividades facilitarían el acercamiento a los centros de adolescentes.

Consideran necesaria la participación y el concurso de la población, las organizaciones de la sociedad civil y las instituciones del Estado.

Percepción de los y las adolescentes sobre sus necesidades, temores y esperanzas[103].

Trabajo, tener buenos amigos, contar con apoyo familiar y social, respeto de la individualidad, que exista equidad entre hombre y

102. Prudencio, Carola, "Investigación Formativa: Personal de Salud", 2000.

103. Prudencio, Carola, "Investigación Formativa: Adolescentes La Paz, Sucre, Santa Cruz", 2000.

mujer, que valoren y comprendan a los jóvenes, contar con un hogar y una familia estable, una buena alimentación, apoyo de las autoridades y la sociedad, mayor libertad de expresión, desahogarse, ser importantes, integrarse a grupos o con la pareja, un parlamento de jóvenes, servicios de salud e información, información sobre SIDA, ITS, profesores entendidos en la materia de sexualidad, centros de capacitación técnica, programas educativos y recreativos, becas, centros culturales, más escuelas y universidades públicas, muchísimo amor, libertad, cuidar el medio ambiente, mayor control de venta ilegal de alcohol en los lugares de diversión de los adolescentes, una estación policial con policías jóvenes que los comprenda, fueron algunas de las necesidades manifestadas por los y las adolescentes que participaron en los talleres de La Paz, Sucre y Santa Cruz.

Los temores expresados por los y las adolescentes en las mismas ciudades fueron: temor a la muerte, al fracaso, al rechazo, a la soledad, a enfrentar la vida, a no destacar, al qué dirán, a la violencia familiar, a decaer, a no alcanzar sus metas, a los peligros a los que están expuestos, a dar un mal paso, a no responder a las expectativas de sus padres, a no saber afrontar bien un problema, a no poder dejar de soñar, a que no se cumplan sus esperanzas, a no ser escuchados, a hablar en público, a ser analfabetos, a decidir, a afrontar consecuencias, a perder a los amigos, a no recibir amor, al rechazo de sus ideas, a la incomprensión, a la discriminación, a las drogas, al alcoholismo, a contraer una ITS o SIDA; a las guerras, a la negligencia de los médicos, a tener mala información, a preguntar sobre sexualidad, a perder el año escolar, a perder a un familiar, a embarazar a su pareja, a no realizar sus sueños, a perder su identidad, a que se privaticen las escuelas y universidades.

Las esperanzas que tienen los y las adolescentes de la ciudad de La Paz son tener una profesión, una familia feliz, independencia, ser amado, felicidad, solidez económica, lograr sus objetivos, que haya igualdad social y económica, un mundo sin peligros, conflictos, sin injusticia, que la humanidad reaccione, que no exista analfabetismo, que se respeten los derechos humanos, "que acabe la absurda rivalidad".

Los y las adolescentes de la ciudad de Sucre tienen la esperanza de ser vistos por la sociedad como personas útiles y que no los discriminen; que puedan cumplir con sus metas, ser alguien en la vida, ayudar a los demás, vivir sin temores; que haya unión de la juventud boliviana, que no existan personas que aspiren a la mediocridad, mantener sano el medio ambiente; confianza con sus padres, que no exista la educación tradicional (familia, colegio), tener profesores con amplio criterio, que haya seguridad social, tener una vida digna, sin droga; poder encontrar buenos amigos, tener un futuro mejor, que exista comunicación entre países.

Salir bachiller, tener una familia unida, una buena relación con su pareja, superarse, salir profesional, ser tomado en cuenta por la sociedad y el Estado, hacer conciencia de la superación personal, identificarse con las raíces culturales, tener más oportunidades académicas, fueron las esperanzas expresadas por los y las adolescentes de Santa Cruz.

Percepción de los y las adolescentes sobre la atención en los centros de salud[104].

Cuando van a un hospital, centro de salud o consulta privada los y las adolescentes se sienten asustados, "tengo temor a que me llamen la atención por algo, como por ejemplo, las relaciones sexuales a temprana edad", "te tratan como si estuvieran haciéndote un favor, en cambio en una consulta privada

104. Prudencio, Carola, "Investigación formativa: Adolescentes La Paz, Sucre, Santa Cruz", 2000.

te atienden mejor (a veces) pero el trato es más ameno y respetuoso", "me siento intranquilo e incómodo", "hasta no quiero entrar porque pienso que tal vez me van a reñir y me van a maltratar", "más que todo tengo vergüenza de que me examine", "y más miedo me da cuando el que me va atender es hombre", "o que no me atiendan por ser adolescente y no me den la información o el trato debido", "temor al dolor". El hospital les da miedo por su "apariencia fría, es pavoroso y por el olor a medicamentos".

Muy pocos manifestaron sentirse bien cuando van a los servicios de salud "si el médico es bueno, me siento confiada", "me siento seguro puesto que confío en los doctores, educadores, puesto que ellos salvan muchas vidas", "me siento alegre porque sé que me van ayudar, yo confío en los doctores".

Percepción de los y las adolescentes sobre la infraestructura y el ideal de trato en los servicios de salud [105].

Los y las adolescentes que participaron en los talleres de La Paz, Sucre y Santa Cruz expresaron el deseo de cambiar los centros de salud especializados en adolescencia, "que no parezca una clínica, que no sean con las paredes blancas y tristes, quesean más alegres, que haya plantas, que sean más amplios, cómodos y adornados con posters de cantantes, que sea bien ventilados y limpios", "que tengan jardines amplios para que los pacientes puedan recrearse, con cuadros relacionados con adolescentes, que parezca un lugar de reunión de jóvenes y que no abarque sólo el aspecto físico sino el psicológico y social". "Que tengan equipos especializados, una computadora", "que incentiven a los jóvenes mediante videos educativos, juegos recreativos, que organicen otras actividades como teatro y campañas, que tengan música de fondo y que haya dulces", "Que sean centros en los cuales haya jóvenes y orientadores, que sea aparte del consultorio médico, un rincón como el de CIES o de la Cruz Roja", "Que tenga médicos jóvenes que nos atiendan, para que la relación sea más igualitaria, que sea sobre todo tu amigo o amiga".

Solicitaron que en los centros de salud se les dé "confianza y atención con calidad y calidez, que las enfermeras sean amables y cuidadosas en lo que hacen". "Que la atención sea integral, confidencial, que haya consejería para adolescentes con problemas y que los médicos sean amigables". "Que la atención a los hombres la dé un doctor y doctoras para atender a las mujeres para que haya confianza al contar nuestros problemas".

También señalaron la importancia de acceder a la consulta de bajo precio "Que la consulta sea barata y que en las zonas alejadas de pocos recursos, las consultas sean gratuitas con la ayuda del gobierno y que a los jóvenes de escasos recursos les ayuden a conseguir medicamentos".

Sobre la privacidad y el respeto mencionaron "que no nos pregunten cosas íntimas con mirada de juzgarme", "que sean muy cuidadosos y que no nos critiquen", ser atendidos "sin distinción de clases sociales o discriminación económica", "que me digan las cosas sin rodeos y que el doctor o la doctora indique las enfermedades con palabras más claras ya que no se les entiende", "que no lo hagan por ganar dinero sino porque tienen ganas de ayudar a los demás y que no entren estudiantes y practicantes a observarte" y "doctores que entiendan la conducta de los adolescentes y nos traten de manera jovial, que nos sepan comprender y que nos entiendan como personas que somos porque cuando vamos nos tratan peor que a animales".

Los y las adolescentes sugieren que el personal de salud de

105. Prudencio. Carola, "Investigación Formativa: Adolescentes La Paz, Sucre, Santa Cruz", 2000.

atención integral al adolescente tome en cuenta que "No somos adultos o niños, sino adolescentes". "Que no se aburran con nosotros porque a veces somos insoportables con las enfermeras". "Que no traigan sus problemas de casa porque uno no tiene que estar aguantando el mal humor de nadie". "Que aprendan a saber tratar a la gente porque si ellos fueran pacientes en un centro de salud no les gustaría que se los maltrate". "Que no se crean tanto".

Unos pocos dijeron "El personal de salud que yo conozco, realmente es muy bueno conmigo, me atienden bien y mi única sugerencia sería que sigan adelante".

Otros comentarios obtenidos de la línea de base aplicada por Save the Children en adolescentes en la ciudad de Oruro dicen que los motivos por los cuales ellos y ellas asisten a los centros de salud son los resfríos, dolor de muelas, dolor de estómago, paperas, sarna, fracturas, cortaduras, análisis de sangre y rayos X. Mencionaron que sienten que hay discriminación por estatus económico y por su edad, por no ser mayores. Además de coincidir con las opiniones que los y las adolescentes manifestaron en otros estudios, se quejaron de las largas horas de espera para ser atendidos[106].

Los y las adolescentes consideran que constituyen virtualmente una "población invisible" para los prestadores de servicios, lo que en su opinión queda demostrado en el hecho de que cuando asisten a un centro médico "nadie puede informar sobre el tipo de servicio que demandamos", "debemos esperar mucho tiempo antes de ser atendidos", "habitualmente las fichas no alcanzan y debemos retornar al día siguiente[107].

Algunas adolescentes que asistieron a consulta como clientas misteriosas fueron acosadas sexualmente por los médicos "me preguntó dónde vivía, que podía visitarme, que no era casado, que solo vivía con su mamá", "cuando vuelva a consulta que no compre la ficha que se haga ver con él y que la atendería gratis, "los médicos son coquetos, si una es joven la miran y le hacen ojitos" y/o increpadas o maltratados y maltratadas por las enfermeras, "las enfermeras son aburridas" "te tratan como a caballos" "son malas, dejan esperar" "hablan de sus cosas a la hora de atender". Mientras que en el caso de los varones se advirtió una valoración negativa de la capacidad profesional del personal de salud, "los médicos se equivocan, son mediocres", "la atención es mala, sólo hay principiantes, no son conocidos ni confiables"[108].

Durante los talleres los y las adolescentes se mostraron más dispuestos a acudir a un centro de salud, bajo condición de que éstos garanticen confidencialidad y, asimismo cuenten entre su personal con promotores de salud "de nuestra edad", así como salas destinadas exclusivamente a este segmento de la población dado que podría facilitar un intercambio de experiencias entre pares y coadyuvar en los procesos de aprendizaje a través de la provisión de materiales impresos y videos educativos[109].

Percepción del personal de salud sobre la atención a los y las adolescentes

El personal médico admite que no es lo mismo tratar a pacientes adultos que a adolescentes, y manifestaron la necesidad de recibir capacitación para atender a este grupo etáreo, "porque es un período de transición", "se debe saber tratar a los adolescentes", "ayudaría a establecer mejores relaciones y ponerse a su nivel", "para orientar y no cometer errores", "es la etapa más importante de la vida". Manifestaron que, en general, el trabajo con

106. Save the Children, "Línea de base SSR de los adolescentes en la ciudad de Oruro", 2000
107. Rada, Luisa, "Acceso a servicios de SSR: Ruta crítica de los/las adolescentes", Pathfinder, 1999.
108. Ibid.
109. Ibid.

adolescentes requiere de mayor tiempo que una consulta regular, porque primero se debe ganar la confianza y luego tratar el problema por el que fueron a consulta[110].

Consultado el personal de salud sobre qué medidas adoptar para incrementar las relaciones seguras entre adolescentes, ellos opinaron que se deben realizar charlas y seminarios en el ámbito escolar, implementar campañas de publicidad y orientar a los padres de familia.

Como dice Xavier Albó en su libro "Iguales aunque Diferentes", en nuestro país existe otro problema más en los servicios de salud que radica en las diferencias culturales "lo más grave e impostergable en este campo es que el desarrollo o ausencia de una adecuada política intercultural tiene demasiadas veces consecuencias de vida o muerte. En la práctica actual, lo que pasa a primer plano es la falta de diálogo entre dos tipos de concepciones culturales de la salud y enfermedad: la de los médicos y su personal de apoyo, por un lado, y la de buena parte la población, a la que éstos desean servir tanto en el área rural como en bastantes áreas periféricas urbanas, por el otro".

"La concepción propia de cada cultura juega aquí dos roles importantes. En primer lugar, muchas de ellas han llegado a desarrollar su sistema peculiar de conocimientos, por ejemplo, en el uso de hierbas y otras medicinas naturales, quizás más asequibles que los productos farmacéuticos. En segundo lugar, cada cultura tiene su forma de percibir y expresar las angustias que acompañan a una situación de crisis, como es la enfermedad. Está ya plenamente aceptado en la medicina moderna que hay una íntima relación entre los aspectos fisiológicos y los psicológicos, tanto en enfermedad como en el tratamiento para curarla. Lo que no se ha analizado aún suficientemente, al menos en nuestro medio, es que este componente psicológico se expresa siempre en el mundo de creencias y demás estructuras simbólicas de cada grupo cultural".

"En el ámbito de la salud el aspecto lingüístico no es más que un capítulo dentro de ese problema mucho más vasto de la falta de diálogo entre servidores de culturas distintas, que se necesitan mutuamente para aliviar al paciente. ¿Cómo puede un médico o enfermera atender adecuadamente a un paciente si ni siquiera logra entenderle ni comunicarse con él?" [111].

Percepción de los y las adolescentes sobre salud sexual y reproductiva[112]

Las experiencias de las y los adolescentes están acompañadas de sentimientos de ansiedad, vergüenza y culpabilidad. No conocen cómo funciona su cuerpo, no están preparados ni preparadas para la actividad sexual, desconocen cómo funciona la reproducción, tienen ideas erradas de las consecuencias de sus relaciones sexuales y tienen miedos infundados sobre los efectos secundarios de los anticonceptivos.

Aunque desde la perspectiva de los y las adolescentes el amor se asocia a la vivencia de su sexualidad, sus percepciones están nítidamente marcadas por un enfoque que entiende la sexualidad como un asunto circunscrito a la genitalidad en tanto función biológica del ser humano, que tendrá como resultado -deseado o no- la reproducción. "Nuestros papás a modo de chiste nos dicen que debemos cuidarnos", "qué estarás haciendo, no quiero verte con tu barriga", los padres de la muchacha dicen "me la has abusado a mi hija", "me la has arruinado la vida", "me la has quitado la dignidad". A esta situación contribuye la constante tensión entre el "deber ser" impuesto desde el mundo adulto, y el "ser" que los y las adolescentes intentan aprender desde su

110. Ibid.

111. Albó, Xavier, "Iguales aunque Diferentes", Reforma Educativa, UNICEF, CIPCA, 1999.
112. Rada, Luisa, "Acceso a servicios de SSR: Ruta crítica de los/las adolescentes", Pathfinder/Focus, 1999.

vivencia cotidiana.

La práctica de relaciones sexuales a nivel de los y las adolescentes está condicionada por una serie de prejuicios y valores. Los talleres con adolescentes, permitieron advertir que los varones se manifiestan más desinhibidos y dispuestos a iniciar tempranamente sus relaciones sexuales, "Para un varón tener relaciones sexuales es cualquier cosa, pero en cambio, para las mujeres es más cerrado" mientras que en el caso de las mujeres la decisión está mediatizada por un sentimiento de inseguridad y temor, alta valoración a la virginidad, convicción de que las relaciones deben darse sólo en el matrimonio, temor a la represión de los padres y a la censura del entorno familiar y social, miedo a la burla de sus propios compañeros y amigos, y rechazo al riesgo de un embarazo no deseado. "Existen chicas que se enamoran y aceptan tener relaciones sexuales y además piensan que así lo va a poder retener a su chico". "Al tener relaciones ellas pueden quedar embarazadas". "Una de mis amigas aceptó tener relaciones sexuales con su enamorado, y ella quedó embarazada y el chico la dejó, se escapó, se fugó". "Al tener relaciones sexuales la mujer pierde la virginidad, ellos nada". "La censura es más fuerte para las mujeres que para los hombres", "simplemente casarse y recién tener relaciones sexuales". "Si la chica está enamorada y tiene relaciones sexuales con su enamorado, éste la deja porque ya no le interesa más".

Percepción de los y las adolescentes sobre métodos anticonceptivos[113]

Es importante también destacar algunos prejuicios y creencias que determinan la predisposición o no a usar métodos anticonceptivos. Durante los talleres, la población adolescente adujo el "miedo a comprar métodos", "la pérdida de emoción", "con el condón no es lo mismo", "no se tiene la misma satisfacción", "se pierde la oportunidad", "les da vergüenza colocárselo delante de ellas", "hay distintos tamaños de condones y no saben qué tamaño comprar", "los condones no son confiables, pueden romperse", "en el momento de la relación sólo se piensa en el placer", en Santa Cruz, los muchachos mencionaron "que no se puede permitir que una goma haga el amor por ellos". En general, entre las mujeres no usan métodos anticonceptivos por miedo a ser mal vistas por sus parejas ya que ellos pueden pensar que "ya están acostumbradas a usar" "seguro que lo hacen con otros".

Las razones para no usar métodos anticonceptivos son controvertidas, por un lado se obtienen respuestas como las mencionadas en el párrafo anterior, y también respuestas como "mi enamorada puede pensar que no la quiero si le propongo usar métodos anticonceptivos", "que yo sólo la quiero para mi diversión o un pasatiempo, o que ella esta enferma" similares respuestas se obtuvieron de las mujeres "seguro porque no quiere nada serio conmigo", "si me pide usar anticonceptivos, yo me muero, es porque no me quiere".

Para la población adolescente el centro de salud no constituye una referencia para la provisión de métodos anticonceptivos. Consultados/as sobre el lugar donde pueden conseguir condones, el 87.3% mencionó la farmacia y sólo el 0.1% dijo que podía hacerlo en un centro de salud o en un centro educativo, mientras el 12.4% aseguró no tener información al respecto o se negó a responder.

113. Rada, Luisa, "Acceso a servicios de SSR: Ruta crítica de los/las adolescentes", Pathfinder/Focus, 1999.

5. Objetivos

5.1. Objetivos del Programa Nacional de Atención a la Salud Integral de los y las Adolescentes

5.1.1. General

Mejorar el estado actual de la salud de la población adolescente en el país, respetando las diferencias y particularidades culturales, de género y regionales.

5.1.2. Específico referido a la comunicación

Informar, educar y comunicar a la comunidad en general y a los y las adolescentes en particular en aspectos relacionados con la salud integral.

5.2. Objetivos de la Estrategia de IEC

5.2.1. General

Apoyar al Programa Nacional de Atención a la Salud Integral de los y las Adolescentes del Ministerio de Salud y Previsión Social en el logro de su objetivo específico de comunicación, mediante acciones de IEC, abogacía, mercadeo social, información pública y movilización social y comunitaria en salud integral.

5.2.2. Específicos* para la audiencia primaria

- Ha incrementado el número de adolescentes que conocen los contenidos de la salud integral (crecimiento y desarrollo, salud mental y salud sexual y reproductiva).
- Ha aumentado el número de adolescentes que conocen sus derechos relacionados a la salud[114].
- Ha aumentado el número de adolescentes que adquieren conocimientos que les permitan desarrollar una actitud preventiva y de cuidado de su salud integral.
- Ha aumentado el número de adolescentes que se valoran, aceptan sus limitaciones y se afianzan en su autoeficacia.
- Ha aumentado el número de adolescentes que ejercen al menos seis de los 18 derechos relacionados a la salud.
- Un 90% de adolescentes expuestos a las acciones de capacitación adquieren destrezas y habilidades que les permitan desarrollar una actitud preventiva y de cuidado de su salud integral como componente esencial del ejercicio de sus derechos.
- Ha aumentado el número de adolescentes que logran una mejor comunicación sobre salud con su padre, madre; pareja y con sus amigos y profesores.
- Ha disminuido el número de adolescentes que tiene relaciones sexuales producto de presiones.
- Ha disminuido el número de relaciones sexuales desprotegidas en los y las adolescentes.
- Ha incrementado el número de adolescentes que demanda los servicios de atención en salud integral (crecimiento y desarrollo, salud mental y salud sexual y reproductiva).
- Ha incrementado el número de adolescentes que asisten a los "centros comunitarios para adolescentes".
- Se ha mejorado la capacidad técnica en producción de programas radiales y material impreso de los y las adolescentes que asisten a los "centros comunitarios para adolescentes".
- Ha incrementado el número de denuncias de casos de violencia a adolescentes en los "servicios legales integrales".
- Ha incrementado el número de adolescentes que han adoptado al menos tres conductas preventivas relacionadas con la salud.

* El porcentaje de incremento o disminución en los objetivos específicos,

114. Código del Niño, Niña y Adolescente. Derechos de Salud Sexual y Reproductiva.

deberán ser definidos con exactitud cuando se cuente con los resultados de las investigaciones de la línea de base.

5.2.3. Específicos para la audiencia secundaria

- Ha incrementado el número de personas de la audiencia secundaria que asume a la adolescencia como una etapa fundamental del desarrollo del ser humano y no como una etapa problemática.
- Ha disminuido el número de maestros, maestras, padres y madres que tienen la creencia de que el maltrato es una herramienta de la educación y la disciplina.
- Ha incrementado el número de personas de la audiencia secundaria que reconocen mecanismos para hacer frente a la violencia intrafamiliar.
- Ha aumentado el número de padres, madres, profesores y profesoras que son menos estrictos y más comprensivos con respecto a la disciplina esperada de los y las adolescentes.
- Ha aumentado el número de padres, madres y profesores que logran una mejor comunicación sobre salud con sus hijos y alumnos.
- Ha incrementado el número de autoridades políticas, técnicas y administrativas de instituciones públicas y privadas que participan activamente en la puesta en marcha de planes, programas y normas en favor del desarrollo integral de la adolescencia.
- Ha incrementado el número de trabajadores de los medios masivos de comunicación que participan activamente en la puesta en marcha de la presente estrategia.
- Ha incrementado el número de adolescentes satisfechos con la atención recibida en los servicios de atención integral al adolescente.
- Se ha mejorado la capacidad técnica en IEC del personal de salud responsable de los servicios de atención en salud integral de la adolescencia.

6. Contenidos temáticos

6.1. Desarrollo de contenidos

Se entiende por salud integral del adolescente al estado de bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades.

El concepto de salud integral del adolescente y del joven se refiere a la amplitud con que debe abordarse su atención, no sólo deben considerarse los aspectos biológicos sino también los estilos de vida, el ambiente físico, psicológico, cultural y la oferta de los servicios[115].

Con el propósito de ayudar al personal que vaya a diseñar mensajes en el marco de esta estrategia y cuente con una base conceptual estándar, se desarrollan a continuación, de manera sucinta cada uno de los contenidos comprendidos en salud integral.

Toda esta problemática ha sido abordada hasta ahora con un enfoque centrado en el problema, reforzando estigmas impuestos a adolescentes y jóvenes. Hay muy pocas iniciativas dirigidas a su prevención, a la promoción de los derechos; acceso a información, al desarrollo de capacidades que responderían al concepto de salud como el completo bienestar físico, mental y social.

Salud integral es un concepto que agrupa:

a. Crecimiento y desarrollo

b. Salud mental

c. Salud sexual y reproductiva

a. Crecimiento y desarrollo

Es un proceso de por vida, continuo, dinámico y único para cada individuo que se inicia desde la concepción, prosigue en la infancia y alcanza el máximo nivel en la adolescencia, resulta de un cambio de la estructura (peso, talla y forma corporal) y también de las funciones psicosociales, sexuales y de género bajo la influencia del contexto socio económico y del medio ambiente, sin que esto niegue que en etapas posteriores a la adolescencia el desarrollo humano evolutivo continúe.

Comprende los cambios fisiológicos del hombre y la mujer, además refiere a los cambios emocionales, a la afirmación de la identidad, de la autoestima y a las relaciones sociales.

Desarrollo psicosocial se define como la adquisición de conocimientos, actitudes, funciones y habilidades que los seres humanos adquieren en ciertos momentos de su vida por construcción personal y expectativas sociales[116].

Identidad de género, se refiere al sentir o pensar como hombre o mujer, a las consecuencias psíquicas, sociales, económicas y políticas a partir de la diferencia de sexo con el que se nace. Este proceso inicia en la infancia y se cuestiona y consolida en la adolescencia. Es el sentimiento de aceptación y pertenencia al sexo que se tiene y puede cambiar inclusive después de la adolescencia.

Todas las personas tienen identidad, no existen seres humanos sin ésta. Una de las identidades particulares es la de género, otra puede ser la de clase, la identidad política; se pueden encontrar múltiples identidades particulares, pero cada persona tiene una identidad que es la síntesis de todas sus dimensiones.

La identidad es la dimensión subjetiva de la persona o del grupo a través de la cual esa persona o ese grupo asumen de manera consciente lo que tienen personalmente del conjunto de sus condiciones sociales. Autoidentidad es la percepción que tiene el sujeto sobre su propia circunstancia, sobre lo que es. La

115. Calderón, Ma. del Rosario y otros. "Visión del Adolescente sobre Calidad de Servicios de Salud". CAIA, 1997.

116. MSPS, "Manual de Normas y Procedimientos" Bolivia 1999.

autoidentidad no es excluyente de la identidad asignada socialmente: aquel referente identitario elaborado por las demás personas y transferido a una persona o a un grupo.

La identidad de género se inicia como una identidad asignada: "es mujer", "es hombre". A partir de ello se asignan atributos a ese ser mujer, a ese ser hombre y la persona los va aprendiendo, va creyendo que los posee y comienza a desarrollar su propia identidad de género, por tanto, la autoidentidad siempre es un producto de la identidad asignada, elaborada a través de lo que experimenta en la vida y que se puede cambiar constantemente[117].

Algunos aspectos de la identidad durante la adolescencia son:

- Conocer y aceptar el cuerpo.
- Lograr independencia emocional de los padres y adultos.
- Lograr un rol social masculino o femenino.
- Formar relaciones nuevas y más estables con pares de la misma edad y diferente sexo.
- Desear y alcanzar una conducta socialmente responsable.
- Adquirir un conjunto de valores y un sistema ético que guíen la conducta.
- Definir y optar por un proyecto de vida (profesional, familiar, etc.) Fijar metas y trabajar por alcanzarlas.

La afirmación de la identidad se basará en gran medida, en cuán sólida esté la autoestima del adolescente.

Autoestima es el aprecio, valoración y consideración que las personas tienen de sí mismas, por sus pensamientos, sentimientos y por las acciones que realizan y es lo que orienta y guía la vida de las personas. Se desarrolla desde el nacimiento y durante la adolescencia, es frecuente que sufra altibajos porque es una etapa de revisión y autoafirmación.

La autoestima se forma en tres ámbitos que se relacionan entre sí: en el mundo interno de cada persona (Yo) se forma una idea de lo que son; en la relación del Yo y las otras personas del entorno inmediato, se nutre de las ideas que le den y finalmente en el ambiente o el contexto social que influye en el Yo de las personas[118].

Culturalmente se espera que sea el medio quien fortalezca la autoestima de las personas a través del reconocimiento de las características o conductas consideradas "correctas". Sin embargo, el medio, en general exige demasiado, casi no acepta las limitaciones de cada individuo y brinda poca comprensión sobre todo a los y las adolescentes.

Desarrollar la autoestima de los y las adolescentes ayudará a que ellos adopten una cultura preventiva de la salud. En ambientes hostiles que se han encontrado con frecuencia, en una sociedad que se considera "ciudadano del último rincón del mundo", desarrollar autoestima que dependa del entorno es ir al fracaso, por lo que se sugiere abordar el tema sobre la base de la autoafirmación a través de la aceptación y aprobación del propio ser, un ser tanto con capacidades como con limitaciones, un ser único independientemente de cómo sea percibido por su entorno. En este proceso, la autoafirmación puede enfatizar aspectos, tanto físicos como de carácter que se destaquen, se acepten y, la suma de éstos sea el soporte de la aprobación de sí mismo y el convencimiento que lleva a la conclusión de: Soy importante por el solo hecho de haber nacido.

Las relaciones sociales se desarrollan a través de la comunicación asertiva. La **comunicación** es un proceso bilateral entre dos o más personas que intercambian ideas, verbalizan emociones y

117. Lagarde, Marcela, " Género y Desarrollo desde la Teoría Feminista" CIDEM, 1995.

118. Caballero, Dora, "Manual Normas y Procedimientos para la Atención". OMS/OPS, 1998.

sentimientos. Cuanta más habilidad se tenga para decir lo que se piensa y siente la comunicación será asertiva. A través de la comunicación asertiva es posible mejorar las destrezas y habilidades sociales, por ende la capacidad de negociación en las relaciones interpersonales y de evitar sucumbir a las presiones del grupo.

Es necesario que los y las adolescentes no sólo reciban información sino que aprendan a tomar decisiones en cada momento de su vida, no sólo para responsabilizarse de sus actos, sino para ejercer sus derechos. Prohibir a los y las adolescentes una determinada conducta no es lo más adecuado. Acompañar el proceso de toma de decisión individual puede ser el camino más aconsejable en una etapa como la adolescencia donde, como se sabe, una de las actividades más divertidas es incumplir las prohibiciones.

Otro aspecto que es importante desarrollar en los y las adolescentes es la **autoeficacia**, elevar la percepción de ser capaces de hacer algo, de conseguir lo que se desea, de ser capaces de tomar decisiones que los ayuden a tener una buena salud, a decidir si tener o no relaciones sexuales, ser capaces de conseguir y usar un anticonceptivo para prevenir un embarazo y posibles contagios.

b. Salud mental

Es una situación dinámica de equilibrio y adaptación activa y suficiente, que permite a la persona interactuar con su medio de manera creativa, propiciando el crecimiento y bienestar individual y el de su ambiente social; así como el desarrollo de mejores condiciones de vida de la población, conforme a sus particularidades.

El equilibrio psíquico o salud mental, es la expresión de un conjunto de factores protectores de naturaleza biológica, psíquica y social. Es una dimensión inseparable de la salud integral. La **salud mental** está determinada por "cómo nos sentimos nosotros mismos", "cómo nos sentimos con relación a los demás" y "cómo respondemos ante las exigencias de la vida diaria" afrontando situaciones, conflictos o problemas. Es decir, es un indicador de la calidad de vida de las personas[119].

Los **factores protectores** son el amor, la educación sobre el autocuidado, autonomía y valoración personal, educación sexual oportuna, integración y buena dinámica familiar, educación para la toma de decisiones, claridad de valores, autoestima y tener un proyecto de vida. La promoción de estos factores ayudan a prevenir las conductas de riesgo como la violencia, formación de pandillas, consumo de sustancias tóxicas como el alcohol, tabaco y drogas. Fomentar el uso del tiempo libre en actividades grupales, creativas, de esparcimiento también ayudará a prevenir conductas de riesgo. Los factores que impiden tener una salud mental saludable son la violencia y el consumo de sustancias tóxicas.

En Bolivia de acuerdo a la Ley 1674/95[120], se entiende por **violencia intrafamiliar** a la agresión física, sexual o psicológica cometida por el cónyuge o conviviente, los ascendientes, descendientes, hermanos, parientes civiles o afines en línea directa o colateral, los tutores curadores o encargados de custodia.

La **violencia física** en el cuerpo producida por: golpes, empujones, puñetazos, jalones de pelo, mordeduras, patadas, palizas, quemaduras, lesiones causadas por estrangulamiento, lesiones causadas por armas de fuego u objetos cortopunzantes y otras agresiones infringidas por los padres o cualquier adulto, que pueden ser de consecuencias transitorias o permanentes, incluyendo la muerte.

De igual manera se consideran hechos de violencia en la familia

119. MSPS, "Manual de Normas y Procedimientos", Bolivia 1999
120. La Ley 1674 Contra la Violencia en la Familia o Doméstica.

cuando los progenitores, tutores o encargados de la custodia pongan en peligro la integridad física o psicológica de los menores, por abuso de medios correctivos o disciplinarios o por imposición de trabajo excesivo e inadecuado para la edad o condición física del menor.

Violencia sexual es la afección en el ámbito de la sexualidad humana producida por actos como: manoseo, acoso sexual, pedidos de relación sexual y observaciones lascivas, agresión sexual y/o sexo forzado, mediante el engaño, el chantaje, la amenaza o el uso de la fuerza física.

La **violencia psicológica** es el daño producido en la esfera psíquica como: aislamiento, celos excesivos, agresividad, hostigamiento verbal, degradación verbal y humillación, control económico y financiero, acosamiento, acecho, amenazas de muerte, amenazas con armas, amenazas de dañar a personas cercanas y otras tácticas de tortura emocional afectando su autoestima, su capacidad de relacionarse, la habilidad para expresarse y sentir, deteriorando su personalidad, socialización y en general el desarrollo armónico de sus emociones y habilidades.

Abandono o negligencia es la privación de las necesidades básicas (alimento, vestido, vivienda, educación y cuidados de su salud) cuando éstas se pueden brindar para garantizar al adolescente un desarrollo biopsicosocial normal.

Es importante generar conciencia en las víctimas efectivas y potenciales de que el maltrato que reciben no es normal ni está permitido.

El **maltrato** perjudica el desarrollo de los y las adolescentes, porque cuando son maltratados pierden la confianza, las amenazas les enseñan a hacer cosas a escondidas y a decir mentiras para evitar los supuestos castigos que cree le esperan. Cuanto más golpeada sea la persona, mayor será la posibilidad de que llegue a ser un adulto que se relacione con otros empleando la fuerza.

Es imprescindible desarrollar en los padres y profesores mayores niveles de tolerancia y menores expectativas sobre el futuro de los y las adolescentes que amplíen el espectro y así tengan menos motivos para sancionarlos.

Otro componente que daña la salud mental es el consumo y la dependencia de sustancias como el alcohol y las drogas. Una **droga o fármaco** es toda sustancia que introducida en el organismo vivo, fumada, bebida, inhalada o inyectada, puede actuar sobre el mismo modificando una o más de sus funciones.

La droga afecta a todos los ambientes sociales y alcanza a edades cada vez más jóvenes, unos la llaman la "plaga social", todos se lamentan que haya drogadictos, pero muy pocos trabajan por ellos y para ellos. (...) La droga prolifera hoy en todas las capas sociales, pero aparece de un modo especial entre los estudiantes y en los ambientes de algunos jóvenes desocupados (...) Negarse a la existencia del fenómeno de la droga, discriminar al drogadicto o condenar a esa juventud es ayudar a que se arraigue aún más y multiplicar sus efectos (...) La droga satisface el deseo de evadirse, libera las tensiones emocionales (...) La "euforia" dura unas horas, después vuelve la realidad más dura, más desagradable que antes[121].

c. Salud Sexual y Reproductiva

Se entiende por **Salud Reproductiva** al estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y con sus funciones y procesos que lleva implícito el derecho de hombres y mujeres a adoptar decisiones en relación con la reproducción sin sufrir discriminación, coacción ni violencia.

121. Aboal, Joselin, "La Adolescencia en la Postmodernidad", Publicado en Internet.

La **sexualidad** se define como una forma de expresión de los seres humanos que abarca desde el nacimiento hasta la muerte y está vinculada a los procesos biológicos, psicológicos y sociales relacionados con las diversas manifestaciones sexuales y que es el resultado de una manera de entenderse a sí mismo en relación a su entorno.

En Bolivia, hace un poco más de una década, la tendencia general en el ámbito de la salud reproductiva, se desarrollaba casi exclusivamente, en torno al componente de planificación familiar, primero se intentó ocupar el terreno de la sexualidad de los y las adolescentes, pero se hizo desde la perspectiva del "problema", es decir, del embarazo precoz, el contagio de infecciones de transmisión sexual y, recientemente, con la aparición del SIDA, se agregó un problema más del cual ocuparse.

Recientemente y desde un nuevo enfoque, en lugar de hablar de planificación familiar con adolescentes quienes están muy poco interesados en planificar una familia en esta etapa de su vida, pues todavía lo ven como algo lejano, se habla de anticoncepción o el concepto de regulación voluntaria de la fecundidad. Con esta se trata de destacar el derecho de todas las personas y, específicamente de los adolescentes, a tomar decisiones respecto de su reproducción en el momento en que necesiten hacerlo y no sólo cuando cumplan algunas normas sociales como el matrimonio.

Desde el punto de vista de los adultos, la vida sexual de los y las adolescentes se plantea con una serie de normas, y se espera un determinado comportamiento ignorando cómo es realmente, es decir, se da por supuesto que los adolescentes tengan relaciones sexuales tempranas para que adquieran experiencia y, de manera opuesta, las adolescentes no deben tener relaciones sexuales antes del matrimonio, por tanto, se las deja sin orientación sobre cómo vivir una sexualidad placentera y sin culpas y, más grave aún, sin información para evitar consecuencias no deseadas como el embarazo.

Todavía son muchos los adultos que piensan que abordar el tema de la sexualidad significa describir el aparato reproductor y sus funciones. Esta es la mejor manera para no dar respuesta al problema fundamental de los adolescentes: la necesidad de tener satisfacción sexual, de disminuir la angustia que les produce el desconocimiento sobre muchos aspectos sexuales y la culpa generada por los tabúes y mitos aprendidos durante su infancia. Todo esto los orilla a iniciar su vida sexual activa con temores, con culpas y con riesgo. Esto último se refleja en el número creciente de embarazos en adolescentes y de jóvenes con alguna infección de transmisión sexual (ITS), incluyendo al SIDA (...) Entendemos la sexualidad como el conjunto de fenómenos y procesos biopsicosociales que, a lo largo de la vida, definen el comportamiento del individuo con los demás seres humanos que lo rodean, según su auto percepción como hombre o mujer y según su preferencia sexual[122].

La educación sexual de los y las adolescentes, entendida como un proceso constante activo y participativo de transmisión y recepción de información útil para la toma de decisiones para vivir una sexualidad sana y placentera, ha sido retrasada y dificultada por el constante temor de los adultos que creen que el conocimiento sobre el tema "les abre los ojos" es decir que promueve la promiscuidad entre los y las adolescentes solteros y solteras. Sin embargo, según una revisión internacional de estudios, patrocinada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la educación sexual no fomenta una iniciación temprana de la actividad sexual. Entre los y las adolescentes que todavía no tienen experiencia sexual puede retrasar inclusive su iniciación. Entre quienes ya son sexualmente activos, a menudo este mayor

122. Marchetti, Raquel y Rodríguez, Gabriela E. "Módulo de Sexualidad: Niños de la calle y SIDA", Secretaria de Salud México, Publicado en Internet.

conocimiento conduce al uso más sistemático de métodos anticonceptivos y a prácticas sexuales más seguras.

Varios estudios revelan que normalmente las experiencias sexuales de las y los adolescentes están acompañadas de sentimientos de ansiedad, vergüenza y culpabilidad. No conocen su cuerpo, no tienen preparación para la actividad sexual, desconocen cómo funciona la reproducción, no poseen información sobre las consecuencias y no saben cómo evitarlas.

En muchas culturas, tener sexo en la adolescencia -especialmente para los hombres- constituye una suerte de rito de pasaje hacia ser adulto. Es frecuente que los adolescentes enfrenten una gran presión proveniente de la comunidad, de la familia, de sus pares, etc. para que asuman ciertos comportamientos considerados apropiados de acuerdo a su sexo biológico. Es decir, presión para ser sexualmente activos, presión para ser heterosexuales, presión para conquistar muchas mujeres, siendo ésta la medida de su prestigio como "machos". Pero la obligación de la heterosexualidad también se impone a mujeres jóvenes, a quienes se las educa en un rol sexual pasivo, siempre disponible y otorgador de placer hacia su pareja masculina[123].

Las investigaciones han puesto en evidencia que los conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva en la población adolescente están mediatizadas por la circulación de una serie de mitos, costumbres y prejuicios y, por la manifiesta intención de los adultos de normarla y controlarla de acuerdo a ciertos paradigmas del "deber ser". Esta situación permite advertir además que rige la perspectiva del "problema": el embarazo precoz, las infecciones de transmisión sexual, el VIH/SIDA, y otra serie de consecuencias no deseadas, que limitan la posibilidad de una vivencia sexual que implique intercambio erótico-sexual, amoroso y sexo-genital placentero, responsable y sin culpa[124].

Es importante señalar la diferencia entre el VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana) y el SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida). Esta diferencia es fundamental ya que sitúa el trabajo de la comunicación en dos estadíos diferentes: el de la infección (VIH) y el de la enfermedad (SIDA). En el primero, no existen síntomas visibles y la persona luce saludable (de ahí el que estadío es peligroso ya que además, puede llegar a durar muchos años), por el contrario una persona con SIDA tiene síntomas visibles y luce claramente enferma.

La decisión de tener o no relaciones sexuales durante la adolescencia es individual, prohibírselas sólo logra que las tengan a escondidas y generalmente desprotegidas y que además, las vivan cargadas de temor y sentimiento de culpa. Es necesario capacitar a los y las adolescentes en técnicas de negociación para no tener relaciones sexuales bajo ningún tipo de presión, así como desarrollar procesos de empoderamiento para que sean capaces de decidir cuándo hacerlo y, si han decidido tener relaciones sexuales sepan cómo usar un anticonceptivo y dónde adquirirlo.

A las adolescentes que ya están embarazadas se les tiene que orientar y encaminar al uso de los servicios que actualmente cuentan con el Seguro Básico y asegurar que los prestadores de salud les den un trato comprensivo, no las juzguen ni las critiquen.

Hablar abierta y claramente con los y las adolescentes sobre cómo ejercer la sexualidad placentera es conversar sobre sus diferentes formas de expresión como son el beso, las caricias, el juego erótico, la masturbación, las relaciones coitales protegidas, las preferencias sexuales, etc. y no únicamente enseñar a prevenir las posibles consecuencias que el ejercicio de las relaciones coitales acarrean.

123. Rada, Luisa, "Acceso a servicios de SSR: Ruta crítica de los/las adolescentes", Pathfinder/Focus, 1999.
124. Ibid.

Durante la adolescencia es frecuente sentir atracción por alguien del mismo sexo, es parte de la búsqueda de identidad y no significa necesariamente que su orientación sexual definitiva sea la homosexualidad. Inclusive se pueden tener relaciones homosexuales sin que ello implique que la persona "se vuelva" homosexual. La homosexualidad no es una enfermedad y no se contagia. Investigaciones realizadas en cárceles han demostrado que la mayoría de los reos que tienen relaciones homosexuales en la cárcel dejan de tenerlas cuando son puestos en libertad. Respetar la elección de cada cual, aprender a ser más tolerantes, evitará la discriminación en este sentido.

Se entiende por **preferencias sexuales** a la bisexualidad (personas que sienten placer teniendo relaciones sexuales indistintamente con hombres y con mujeres), homosexualidad (relaciones sexuales placenteras entre dos personas del mismo sexo) y heterosexualidad (relaciones sexuales entre un hombre y una mujer).

Otros contenidos que hay que recordar son la promoción de los derechos y obligaciones de los y las adolescentes y fomentar el ejercicio de los mismos; dar a conocer los "servicios amigos de los y las adolescentes", las ventajas que brindan los servicios de salud integral, los servicios comunitarios de recreación y educación y su ubicación; mencionar los beneficios que se tienen cuando los y las adolescentes reciben apoyo, comprensión y cariño; dar a conocer que ya existen planes, programas y normas para favorecer el desarrollo integral de los y las adolescentes y que ahora requieren acciones para ponerlos en marcha.

Finalmente, la confianza de los y las adolescentes en las oportunidades que les depara el futuro y la convicción de que ese futuro se forja principalmente con el estudio y el trabajo, será una fortaleza clave en que se podrá basar el éxito del presente proyecto.

Sobre los derechos de los y las adolescentes[125]

Se han seleccionado del Código del Niño, Niña y Adolescente, algunos trozos de los derechos relacionados a la salud:

- Derecho a la vida y a la salud.
- Derecho al acceso universal e igualitario a los servicios de promoción, prevención, protección y recuperación de la salud, más el suministro gratuito, para quien no tenga recursos suficientes, de medicinas y otros relativos al tratamiento médico o rehabilitación que fueran necesarios.
- Derecho a recibir atención médica en caso de embarazo. Que en las entidades de salud estatales, personal médico y paramédico brinden a las adolescentes embarazadas, atención gratuita y prioritaria, así como la orientación médica, psicológica y social requeridas, durante el periodo de gestación, parto y post-parto.
- Derecho a la inviolabilidad de la integridad física, psíquica y moral.
- Derecho a la preservación de la imagen, la identidad, los valores, las opiniones, los espacios y objetos personales y de trabajo.
- Derecho a no sufrir discriminación étnica, de género, social o por creencias religiosas. El Estado tiene la obligación de garantizar un trato respetuoso de igualdad y equidad a todos los adolescentes que habitan en el territorio nacional.
- Derecho al respeto y a la dignidad. Es deber de todos velar

125. Código del Niño, Niña y Adolescente.

por la dignidad del adolescente, ampararlos y ponerlos a salvo de cualquier tratamiento inhumano, violento, deshumanizante, vejatorio o represivo, así sea a título de medidas disciplinarias o educativas, así como denunciar ante la autoridad competente los casos de sospecha o confirmación de maltrato.

- Derecho a recibir en forma adecuada y oportuna alimentos, vestido, vivienda, educación o cuidado de la salud, teniendo los medios económicos necesarios.
- Derecho a un trabajo digno. Que no se lo emplee en trabajos prohibidos o contrarios a su dignidad o que pongan en peligro su vida o salud.

Los medios de comunicación escritos, orales y audiovisuales están obligados a emitir y publicar programas y secciones culturales, artísticos, informativos y educativos dirigidos a la niñez y a la adolescencia, de acuerdo a reglamentación.

Ninguna persona, empresa u organización podrá utilizar imágenes de adolescentes en la publicidad de tabaco, bebidas alcohólicas, o similares.

Derechos sexuales y reproductivos de adolescentes y jóvenes[126]

- Derecho a disfrutar libre y responsablemente de nuestra sexualidad.
- Derecho a decidir con libertad y a expresar lo que sentimos y pensamos.
- Derecho a planear nuestra vida y familia, y a decidir casarnos o no.
- Derecho a ser respetados y respetadas en nuestros gustos, valores, orientaciones y preferencias sexuales.
- Derecho a la protección de los abusos sexuales y la violencia.
- Derecho a la prevención de embarazos no deseados y de las ITS-VIH/SIDA.
- Derecho a una educación para la sexualidad, oportuna, integral y libre de prejuicios.
- Derecho a contar con servicios médicos de calidad, respetuosos y confidenciales.
- Derecho a participar en programas juveniles para expresar nuestros intereses, necesidades y propuestas.

Sin embargo, tener tal o cual derecho no sirve de nada si no se lo ejerce; por lo tanto, tener derecho significa además, tener la responsabilidad de hacerlo respetar; se deben ejercer los derechos y cumplir las responsabilidades[127].

6.2. Enfoques transversales

Se han definido tres enfoques transversales:

a. El enfoque generacional.
b. El enfoque de interculturalidad.
c. El enfoque de género.

a. El enfoque generacional

Adicionalmente a otros tipos de discriminación que coexisten en nuestro país, las y los adolescentes sufren la discriminación generacional que implica ser "menores" en un mundo de mayores.

El enfoque generacional busca revertir esta situación y lograr mayor equidad, respetando la identidad del adolescente y la

126. CIES. Salud Sexual y Reproductiva (sobre la base de la propuesta de jóvenes de la IPPF).

127. "Saber para Decidir", información útil para la toma de decisiones sobre anticoncepción, 2000.

etapa en que viven, valorándolos y ayudándolos a vivir en plenitud esta etapa que, como otras, es parte fundamental del desarrollo del ser humano; sin presionarlos, ni cargándolos de responsabilidades o tratándolos como a niños incapaces de tener ciertas libertades, obligándolos de cualquier manera a "superar, retroceder o detener" la etapa en que viven.

b. El enfoque de interculturalidad

Otro de los enfoques que se empleará es la interculturalidad. Si bien existen múltiples definiciones, sobre "lo cultural", se asumirá la definición de Xavier Albó para quien la cultura es un "conjunto de rasgos compartidos y transmitidos por un determinado grupo humano, que sirven para organizar su forma y estilo de vida, darle identidad y diferenciarlo de otros grupos humanos. (...) Cada grupo cultural es como un ser vivo que con el tiempo se va transformando por crecimiento y adaptación, sin perder por ello su identidad, a menos que se muera, descomponga y recicle[128].

En este contexto, la interculturalidad es una categoría propositiva en tanto sugiere pautas para el cambio de una realidad concreta. La riqueza de la interculturalidad reside en la toma de conciencia de cuan diferentes somos, en la lectura que hacemos del mundo y de la relatividad de la "verdad" de cada cultura. A su vez implica los principios de democracia en cuanto ambos conceptos están relacionados con la mutua aceptación, valoración y respeto al otro, lo cual hace posible las relaciones de reciprocidad y de mayor equidad entre grupos. Respeto entendido como la capacidad de establecer un diálogo justo, creativo, equitativo e igualitario.

c. El enfoque de género

Cuando hablamos de género nos referimos a la serie de características y conductas que la sociedad asigna como "apropiadas" para cada sexo. La sociedad enseña a comportarse como mujer o como hombre según el sexo con el que se nace. Esto quiere decir que hombres y mujeres nacemos con las mismas capacidades, pero en la medida en que vamos creciendo, la sociedad otorga oportunidades de desarrollo distintas; mayormente en perjuicio de la mujer. Una de las barreras que enfrentan los y las adolescentes al momento de hacer planes para su futuro es la idea de que su sexo los limita en lo que pueden hacer con su vida.

La **equidad de género** hace referencia a la igualdad de oportunidades para hombres y mujeres para que participen en todos los ámbitos de la vida, en igualdad de condiciones.

6.3. Recomendaciones para el diseño de los mensajes

Seguir los lineamientos que a continuación se señalan, ayudará a que los materiales que se elaboren en favor de la adolescencia, ya sean dirigidos a ellos o a los diferentes públicos de la audiencia secundaria, vayan por un camino exitoso y sean parte de un contexto más amplio.

Se recomienda que los y las adolescentes participen a lo largo de todo el proceso de producción de materiales, principalmente en la etapa de elaboración de mensajes, pues serán ellos quienes digan cómo decir cada frase para ser comprendida y, sobre todo, para ser aceptada por sus pares.

Los mensajes llegan a la audiencia y responden a la forma de decir las cosas en cada contexto específico, principalmente a los y las adolescentes quienes tienen otra manera de decir las cosas.

Evitar que los mensajes sean el discurso de un adulto que le dice a los adolescentes cómo vivir su vida.

128. Albó, Xavier, "Iguales aunque Diferentes", Reforma Educativa, UNICEF, CIPCA, 1999.

Recuerde que los y las adolescentes son personas y no les gusta que se les diga lo que deben hacer o dejar de hacer. Se recomienda por tanto figure en los materiales que son ellos quienes adquieren un nuevo comportamiento y proponen el cambio; escribir los mensajes en primera persona ayuda en este sentido, por ejemplo: "Desde que tengo corteja, he buscado información en el servicio de salud para estar preparado porque no quiero tener problemas ahora que estoy estudiando...", "Fui al servicio de atención integral al adolescente, me dijeron que allí habían doctores amables, expertos en adolescentes, yo no creía hasta que lo vi con mis propios ojos...".

Es importante que al diseñar mensajes se tenga en cuenta las percepciones de la audiencia y lo siguiente:

- Que los mensajes estén exentos de prejuicios o juicios de valor personales.
- Que sean explícitos, cortos y precisos.
- Que sean ágiles y utilicen palabras de moda entre los y las adolescentes.
- Que inviten a la prevención.
- Que sean predominantemente positivos.
- Que propongan una acción.
- Que incentiven el diálogo franco y la negociación de los y las adolescentes con su entorno inmediato.
- Que respeten los valores culturales.
- Que estén contextualizados en patrones culturales específicos.
- Que se incorporen los enfoques de interculturalidad, generacional y de equidad de género.

El procedimiento antes señalado es similar al momento de diseñar mensajes dirigidos a la audiencia secundaria, incorporando al equipo de trabajo a representantes del público determinado, por ejemplo padres y madres de familia, esto ayudará a que los materiales respondan a las características específicas de cada audiencia.

6.4. Sugerencias para la elaboración de materiales

Se recomienda la participación del público objetivo en la elaboración de cada uno de los materiales. Esto no excluye que se mida la aceptación de conceptos con representantes de la audiencia (en grupos focales o entrevistas individuales) y se conozcan los niveles de gusto, aceptación y comprensión de los mensajes de cada material producido. Dichas sugerencias tienen que ser incorporadas en los materiales y si son muchas las modificaciones, los materiales tendrán que someterse nuevamente a la aprobación de la audiencia. Este proceso que, seguramente demandará tiempo y esfuerzo a quienes elaboren los materiales asegurará el éxito de los mismos y el logro de los objetivos planteados.

Encontrar, junto a los y las adolescentes (o representantes de la audiencia secundaria) las generalidades que faciliten la elaboración de materiales a ser utilizados en todo el país, lo que no excluye la posibilidad de elaborar materiales con especificidad regional o etárea, por ejemplo, materiales dirigidos a muchachas guaraníes de 10 a 12 años.

Es importante seleccionar un solo tema para abordar en cada producto, caso contrario es muy fácil confundir a la audiencia y seguramente se tendrá que desarrollar el tema de manera superficial por falta de tiempo o espacio.

Material audiovisual

Las investigaciones demostraron que este es el medio de mayor preferencia entre la audiencia primaria. Sus gustos son amplios e incorporan a prácticamente todos los géneros televisivos; sin embargo, los y las adolescentes requieren principalmente espacios de expresión que sean conducidos por adolescentes, programas donde ellos participen y aborden libremente los temas de su interés.

Paralelamente, la estrategia utilizará los medios masivos para llevar mensajes a las diferentes audiencias. La complejidad de ciertos temas relacionados a la salud integral, obliga a priorizar la producción de programas largos en los que, profesionales especializados puedan desarrollar ampliamente el tema.

Producir mini series, series, etc. facilitará la transmisión de los mensajes utilizando el Entretenimiento Educativo que provoca la identificación del público con los personajes y situaciones que ellos viven en las historias planteadas.

Los mensajes cortos (spots) son más efectivos cuando se quiere reforzar el aprendizaje de conocimientos, promover los servicios o convocar a la participación de eventos específicos como a un concierto o a una feria.

Si se elaboran mensajes cortos para ser difundidos por televisión, los y las adolescentes sugieren que sean ágiles o que presenten situaciones cómicas o que sean de dibujos animados (como por ejemplo la campaña sobre derechos de UNICEF).

La utilización de videos para debatir ciertos temas en sesiones de grupos pequeños son efectivos para generar procesos reflexivos y además permiten desarrollar ampliamente el tema.

Material de audio

Este es el segundo medio de comunicación preferido por los y las adolescentes según el resultado de algunas investigaciones. El gusto por la música es amplio y variado entre el público adolescente de modo tal que su selección será una tarea complicada que requiere del concurso de ellos mismos.

"Los cantantes son como nosotros, son creíbles" por lo tanto son líderes de opinión entre los y las adolescentes. También pueden recibir mensajes de futbolistas y jóvenes comunes y corrientes "no de chocos de la zona sur".

Han solicitado espacios donde puedan expresarse manteniendo el anonimato porque les da vergüenza abordar ciertos temas de modo que poner a disposición una línea telefónica para aclarar dudas, como actualmente se hace en Tarija, puede ser una buena iniciativa en este sentido, también se puede dejar abierta una línea telefónica en los programas de radio y televisión.

Este medio también puede ser utilizado para dirigir mensajes a la audiencia secundaria, a través de campañas con mensajes cortos y seguramente seleccionando otras radioemisoras y otros horarios de emisión.

Siendo la radio un medio más económico que la televisión, es posible elaborar mayor cantidad de programas de larga duración que permitan desarrollar con mayor profundidad conceptos y enfoques novedosos, que posibiliten la participación de los diferentes tipos de público a través de entrevistas en la calle, línea telefónica abierta, invitados al estudio, etc.

Material impreso

Este medio es necesario y adecuado principalmente para llegar

a la audiencia secundaria y crear una opinión pública favorable a la temática a través de artículos publicados principalmente en la prensa.

En cambio, este tipo de material tiene el tercer lugar de preferencia entre los y las adolescentes según las investigaciones realizadas.

Si se va a utilizar, es importante tomar en cuenta las sugerencias de los y las adolescentes:

Elaborar materiales coloridos, alegres, que utilicen fotografías, dibujos, graffities. Utilizar poco texto, letra de diferentes tamaños y espaciada.

Materiales útiles como cuadernos, agendas, horarios escolares, etc. que tengan información o mensajes cortos, son más aceptados que los folletos que tienen mayor cantidad de texto. Otros materiales como boletines informativos serían aceptados por los y las adolescentes siempre y cuando sean ellos quienes los escriban, "sin censura ni límites temáticos, con texto recreativo (chistes y cuentos) no sólo informativo o educativo".

Otros materiales aceptados entre los y las adolescentes son las camisetas, gorras, mochilas, etc. que, comunicacionalmente sirven para recordar un mensaje o el nombre de los servicios. Si se elaboran estos materiales como apoyo a una campaña, se tiene que cuidar que los colores estén de moda y los diseños sean del gusto de los y las adolescentes.

7. Estrategia

7.1. Estrategias de intervención

Las estrategias de intervención aquí planteadas deberán desarrollarse de manera paralela e interrelacionadas entre sí.

a. Comunicación educativa.
b. Movilización social y movilización comunitaria.
c. Capacitación.
e. Abogacía.
d. Mercadeo social de servicios.
f. Información pública.

a. Comunicación educativa

La comunicación educativa es un proceso planificado y sistemático encaminado a motivar a las personas a adoptar nuevas actitudes o comportamientos. Se basa en las inquietudes de los individuos, las necesidades que se perciben, las creencias y las prácticas culturales; promueve el diálogo, el intercambio de información y una mayor comprensión entre los diversos protagonistas[129]. Se entiende por comunicación educativa al proceso de intercambio de información útil para la formación de la conducta humana. Este proceso puede ser de tipo interpersonal, grupal o masivo[130]. Considerando que la comunicación educativa es un proceso progresivo, no un evento o producto que sucede una sola vez, los cambios constantes y significativos en la comunidad requieren tiempo y repetición de esfuerzos.

Se utilizará la comunicación educativa para modificar, fortalecer y/o enriquecer los conocimientos, actitudes y prácticas de las audiencias primaria y secundaria con el propósito de establecer estilos de vida saludable como norma social.

b. Movilización social y movilización comunitaria

Se entiende por movilización social a la suma de esfuerzos locales destinados a obtener el apoyo de la comunidad al desarrollo de determinados programas de salud involucrándolos como responsables del cumplimiento de tareas instrumentales y actividades de promoción. En la movilización social la participación se limita a la movilización masiva de la comunidad para que cumpla determinadas acciones definidas previamente por los servicios[131].

La "Movilización comunitaria para la salud es la participación (autónoma o estimulada externamente) sostenida y protagónica de los individuos, grupos y organizaciones naturales de la comunidad en el planeamiento, ejecución y evaluación de acciones para resolver problemas de salud definidos en consenso por todos los actores"[132].

Se fomentará la movilización social y comunitaria con la finalidad de que los y las adolescentes se transformen en los actores principales de los procesos de cambio que afectan a su salud.

c. Capacitación

Se entiende por capacitación al proceso de educación individual o grupal para mejorar cuantitativa y cualitativamente las habilidades y destrezas sobre un área específica de un determinado grupo de personas.

Se utilizará la capacitación tanto con la audiencia primaria como con la secundaria con el propósito de mejorar sus capacidades instrumentales en las áreas de comunicación educativa, toma de decisiones, ejercicio de derechos y de comunicación interpersonal que les permita relacionarse de mejor forma con su entorno.

d. Abogacía

Abogacía es el esfuerzo generado desde la comunidad y/o desde

129. Desarrollo de Estrategias en IEC para Programas de Desarrollo, FNUAP.
130. Beltrán,Luis Ramiro, Asesor Regional JHU/PCS.
131. Paz, Marcos, Coordinador para el área rural, JHU/CCP.
132. Varios, "Movilización Comunitaria para la Salud", Save the Children, USAID, JHU/CCP,1999.

las organizaciones de desarrollo social para influir positivamente en las decisiones y en las políticas públicas a través de varias formas de comunicación persuasiva. Las políticas públicas que pueden influirse para beneficio de un programa determinado o para el pleno ejercicio de un derecho, son medidas y prácticas definidas conscientemente por las autoridades encargadas de normar y supervisar los comportamientos institucionales[133].

Siendo la abogacía una estrategia de la comunicación especializada en la promoción de un ideal o una causa, se utilizará fundamentalmente para lograr el apoyo y la participación de las autoridades políticas, técnicas y administrativas en la puesta en marcha de los planes, programas y normas del Ministerio de Salud y Previsión Social; así como para sensibilizar a otras instituciones de la sociedad civil con la finalidad de desestigmatizar a la adolescencia como una etapa problemática y para lograr que los trabajadores de los medios de comunicación incluyan la temática de la adolescencia en sus agendas.

e. Mercadeo social de servicios

Mercadeo social es una estrategia de promoción y aceptación de una idea, determinado producto o servicio en grupos específicos de personas. El objetivo del mercadeo social es generar un bien social que apunte al cambio social.

El concepto de mercadeo social parte de las necesidades de la población haciendo que los servicios y/o productos sean accesibles a los y las usuarias.

En la aplicación de la presente estrategia, se utilizará al mercadeo social para la promoción de los servicios especializados en adolescentes, ofertando las ventajas y dando a conocer la ubicación.

133. Paz, Marcos, Coordinador para el área rural, JHU/CCP.

f. Información pública

Se entiende por información pública a los esfuerzos realizados con los trabajadores de la prensa y a través de los medios para mantener un determinado tema en la agenda pública, brindando información permanente a la población e influenciando positivamente sus opiniones respecto al tema.

Se utilizará esta estrategia para incluir a los periodistas en la tarea de defensa y promoción de la adolescencia a través de artículos escritos por ellos y de expandir masivamente el tema a través de la publicación o emisión de los mismos, con el propósito de mantener vigente el tema de la adolescencia en la agenda pública.

7.2. Líneas de acción

a. Investigación de audiencia, monitoreo y evaluación.
b. Producción y difusión de materiales.
c. Coordinación interinstitucional.
d. Gestión financiera.

a. Investigación de audiencia, monitoreo y evaluación

La investigación de audiencia para identificar las necesidades de los y las adolescentes sobre salud y establecer prioridades locales. Estas investigaciones se realizarán con el propósito de que las instancias ejecutoras de la estrategia realicen segmentaciones de públicos que les permitan programar actividades adecuadas y específicas a cada contexto.

El monitoreo para realizar en forma permanente acciones de seguimiento a todas las actividades, con el propósito de supervisar su aplicación de acuerdo al plan establecido y proponer soluciones oportunas en caso de identificar problemas en cualquier fase del proceso de comunicación.

Evaluaciones periódicas de resultados para medir las variaciones de los conocimientos, las actitudes y las prácticas de las audiencias primaria y secundaria, y evaluaciones de impacto para medir los cambios de carácter social que se van produciendo como consecuencia de las acciones de comunicación; también como insumo para proyectar las siguientes etapas.

b. Producción y difusión de materiales

Para producir materiales de comunicación interpersonal, grupal y masiva que vehiculicen mensajes científicamente correctos, culturalmente aceptados, oportunos y suficientes que se adecuen a las audiencias primaria y secundaria de acuerdo a los contextos específicos desde los enfoques de género de interculturalidad, y generacional con el propósito de ayudar a los proveedores de servicios a desempeñar las actividades de IEC y de capacitación, así como también para mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas de las audiencias a partir de la difusión de los mismos.

c. Coordinación interinstitucional

Se harán esfuerzos especiales para reactivar la coordinación interinstitucional nacional y departamental conformando nuevos comités allí donde no existan o apoyando a los comités departamentales ya existentes y se crearán comisiones dentro de los comités de IEC departamentales, con la finalidad de coordinar acciones, aunar esfuerzos y optimizar recursos. Para este efecto se identificarán las instituciones que trabajan en favor de la adolescencia y se promoverán alianzas estratégicas.

d. Gestión financiera

El Ministerio de Salud y Previsión Social, cabeza de sector, gestionará, coordinará y canalizará los recursos necesarios para la aplicación de las actividades definidas en la presente estrategia provenientes del Tesoro General de la Nación y de los organismos de cooperación internacional.

7.3. Duración y fases

La presente estrategia tiene una duración de 5 años de ejecución ininterrumpida. Este periodo estará dividido en tres fases de aplicación. Esta división por fases es una guía que orienta respecto a los avances logrados a nivel nacional, lo cual no significa que no se puedan desarrollar de manera paralela según el avance específico que vayan mostrando las diferentes regiones del país.

La duración de las campañas de promoción de los servicios podrán determinarse localmente al momento de diseñar las actividades específicas.

Fases de la estrategia

Fase I	Lanzamiento	1 año	De julio 2000 A junio 2001
Fase II	Posicionamiento	2 años	De julio 2001 a junio 2003
Fase III	Consolidación	2 años	De julio 2003 a junio 2005

Se entiende por **lanzamiento** a la acción de dar a conocer e introducir nuevos conceptos como salud integral, autoestima, la adolescencia como etapa fundamental del desarrollo del ser humano, los nuevos servicios a disposición de la adolescencia, sus derechos, etc.

El **posicionamiento** es el tiempo en el cual los conceptos antes mencionados son asimilados por la audiencia logrando una actitud favorable hacia éstos y se comiencen a adquirir algunas de las conductas saludables.

Durante la fase de **consolidación** se refuerzan las premisas de la fase anterior, con el propósito de afianzar la introducción de una norma social (cultura preventiva en salud, empoderamiento, ejercicio de los derechos, entre otras).

7.4. Estructura de la estrategia

Objetivos

- Ha incrementado el número de adolescentes que conocen los contenidos de la salud integral (Crecimiento y desarrollo, salud mental y salud sexual y reproductiva).
- Ha aumentado el número de adolescentes que adquieren conocimientos que les permitan desarrollar una actitud preventiva y de cuidado de su salud integral.
- Ha aumentado el número de adolescentes que han adoptado al menos tres conductas preventivas relacionadas con la salud.
- Un 90% de adolescentes expuestos a las acciones de capacitación adquieren destrezas y habilidades que les permitan desarrollar una actitud preventiva y de cuidado de su salud integral como componente esencial del ejercicio de sus derechos.

Estrategia	Temas	Actividades	Indicadores	Sistemas de verificación	Años ejecución	Costo estimado $us.
Capacitación	Salud integral con enfoque preventivo.	Coordinar con diferentes instituciones la realización de talleres de capacitación sobre la base de una currícula estándar.	N° de instituciones que capacitan. N° de adolescentes capacitados.	Convenios interinstitucionales firmados. Listas de participantes. Informe de los talleres.	2000 2005	8.000
		Producir una currícula estándar.	Una currícula de capacitación sobre salud integral.	Ejemplar de la currícula de capacitación.	2000	2000
		Capacitar a 4 personas para que den respuesta vía telefónica a las inquietudes de los y las adolescentes.	N° de personas capacitadas.	Informe del taller de capacitación.	2000	1.000
Comunicación educativa	Salud integral con enfoque preventivo.	Producir y emitir una campaña de comunicación masiva (cuñas radiales, spots, agendas y poleras).	N° de adolescentes expuestos a la campaña. Porcentaje de incremento en los conocimientos. N° de materiales producidos N° de materiales distribuidos.	Informe de evaluación de impacto. Informe de monitoreo de la campaña. Ejemplar de materiales producidos. Informe de distribución de materiales.	2001	200.000
		Producir y emitir una mini serie televisiva de 10 capítulos.	N° de adolescentes expuestos a los programas. Porcentaje de incremento en los conocimientos. N° de materiales producidos N° de materiales distribuidos.	Informe de evaluación de impacto. Rating. Informe de monitoreo. Ejemplar de materiales producidos. Informe de distribución de materiales.	2001	100.000

		Producir y difundir un programa semanal radial de entretenimiento educativo con línea telefónica abierta y correo.	N° de adolescentes expuestos a los programas radiales. Porcentaje de incremento en los conocimientos. N° de programas producidos. N° de llamadas telefónicas recibidas.	Informe de monitoreo de los programas radiales. Copia de programas producidos. Informe de llamadas telefónicas recibidas.	2001 2002	50.000
		Poner a disposición una línea telefónica para responder dudas durante las 24 horas del día.	N° de llamadas telefónicas recibidas.	Informe mensual de llamadas.	2000 2005	30.000
		Producir un libro con ilustraciones sobre conceptos básicos de salud.	N° de libros producidos. N° de ejemplares distribuidos.	Ejemplar del libro. Informe de distribución de libros.	2000	40.000
		Producir juegos para salas de espera y centros comunitarios.	N° de juegos producidos N° de juegos distribuidos.	Informe de distribución de juegos. Ejemplar de los juegos.	2000	80.000
		Producir y distribuir un multimedia en las escuelas y centros de adolescentes.	N° de escuelas y centros de adolescentes que cuentan con el multimedia.	Informe del uso del multimedia en las escuelas.	2001	20.000
		Abrir una página Web en internet.	N° de personas que han consultado la Pág. Web.	Informe de consultas al Web.	2000	5.000
Movilización social y movilización comunitaria.	Salud integral	Realizar ferias de salud organizadas y ejecutadas por adolescentes de los centros comunitarios y otros.	N° de ferias realizados por los adolescentes.	Informes institucionales. Registro fotográfico o en video de los eventos.	2001 a 2002	12.000
		Organizar eventos de teatro callejero a partir de los centros comunitarios de adolescentes.	N° de eventos teatrales.	Informes institucionales. Registro fotográfico o en video de los eventos.	2001 a 2002	4.000

Objetivo

- Ha aumentado el número de adolescentes que se valoran, acepetan sus limitaciones y se afianzan en su autoeficacia.

Estrategia	Temas	Actividades	Indicadores	Sistemas de verificación	Años ejecución	Costo estimado $us.
Comunicación educativa	Autoestima	Producir y emitir una campaña de comunicación masiva (spots y cuñas radiales, afiches y cuadernos).	N° de adolescentes expuestos a la campaña. Porcentaje de incremento de autoestima. N° de materiales distribuidos.	Informe de la evaluación de impacto. Informe de monitoreo. Lista de distribución de materiales. Ejemplar de materiales producidos.	2001 2002	300.000
Movilización social y movilización comunitaria	La adolescencia desde el punto de vista de los y las adolescentes.	Los y las adolescentes de los centros comunitarios producen y emiten un programa radial semanal.	N° de programas emitidos.	Informes de monitoreo de programas emitidos.	2001 a 2005	50.000
		Los y las adolescentes de los centros comunitarios escriben y distribuyen un boletín mensual.	N° de boletines distribuidos.	Informe de distribución de boletines.	2001 a 2005	20.000
		Crear una red de agrupaciones de adolescentes.	Red de agrupaciones de adolescentes conformada.	Acta de constitución de la red de agrupaciones de adolescentes.	2000	6.000

Objetivos

- Ha aumentado el número de adolescentes que conocen sus derechos relacionados a la salud.
- Ha aumentado el número de adolescentes que ejercen al menos seis de los 18 derechos relacionados a la salud.

Estrategia	Temas	Actividades	Indicadores	Sistemas de verificación	Años ejecución	Costo estimado $us.
Comunicación educativa	Derechos relacionados a la salud.	Producir y emitir una campaña de comunicación masiva (spots musicales y cuñas radiales, afiches y poleras).	N° de adolescentes expuestos a la campaña. Porcentaje de incremento en los conocimientos. N° de materiales producidos. N° de materiales distribuidos. Porcentaje de adolescentes expuestos a la campaña que ejercen al menos seis de sus derechos relacionados a la salud.	Informe de la evaluación de impacto. Informe de monitoreo de emisión de radio y televisión. Informe de distribución de materiales. Muestra de materiales producidos.	2002 2003	300.000
Capacitación	Destrezas y habilidades para el ejercicio de los derechos relacionados a la salud.	Coordinar con diferentes instituciones la realización de talleres de capacitación sobre la base de una currícula estándar.	N° de instituciones que capacitan. N° de adolescentes capacitados. Porcentaje de adolescentes que participan en las actividades de capacitación que ejercen al menos seis de sus derechos relacionados a la salud.	Convenios interinstitucionales firmados. Listas de participantes. Informe de los talleres. Informe de la evaluación de impacto de la capacitación.	2000 a 2005	1.000
		Producir una currícula estándar sobre derechos sobre la base de las ya existentes.	Una currícula de capacitación sobre derechos.	Ejemplar de la currícula de capacitación.	2000	2.000
Movilización social y movilización comunitaria.	Derechos	Realizar ferias de salud y teatro, actividades organizadas y ejecutadas por adolescentes de los centros comunitarios y otros.	N° de ferias realizadas por los adolescentes.	Informes institucionales. Registro fotográfico o en video de los eventos.	2002 a 2003	12.000
		Organizar eventos de teatro callejero a partir de los centros comunitarios de adolescentes.	N° de eventos teatrales.	Informes institucionales. Registro fotográfico o en video de los eventos.	2002 a 2003	4.000

Objetivos

- Ha incrementado el número de personas de la audiencia secundaria que asume a la adolescencia como una etapa fundamental del desarrollo del ser humano y no como una etapa problemática.
- Ha incrementado el número de trabajadores de los medios masivos de comunicación que participan activamente en la puesta en marcha de la presente estrategia.
- Ha incrementado el número de autoridades políticas, técnicas y administrativas de instituciones públicas y privadas que participan activamente en la puesta en marcha de planes, programas y normas en favor del desarrollo integral de la adolescencia.

Estrategia	Temas	Actividades	Indicadores	Sistemas de verificación	Años ejecución	Costo estimado $us
Abogacía	Planes, programas y normas en favor de la adolescencia.	Realizar conferencias participativas con los diferentes públicos de la audiencia secundaria.	N° de conferencias realizadas. N° de participantes.	Informe de reuniones. Lista de asistentes.	2000 2001 2003	50.000
		Producir un data show de apoyo a las exposiciones.	Un datashow producido.	Muestra del datashow.	2000	5.000
		Producir una carpeta de sensibilización.	N° de carpetas distribuidas.	Ejemplar de la carpeta. Informe de distribución de la carpeta.	2000	5.000
Información pública	La adolescencia	Se publicará y emitirá regularmente información destinada a la sensibilización a través de los diferentes formatos periodísticos en diversos medios de comunicación masiva.	N° notas publicadas y/o emitidas. N° de medios que han emitido o publicado información sobre la adolescencia.	Ejemplar de las notas publicadas. Registro videográfico o fonográfico de la información emitida.	2000 a 2005	10.000

Objetivos

- Se ha mejorado la capacidad técnica en producción de programas radiales y material impreso de los y las adolescentes que asisten a los "centros comunitarios para adolescentes".
- Se ha mejorado la capacidad técnica en IEC del personal de salud responsable de los servicios de atención en salud integral de la adolescencia.

Estrategia	Temas	Actividades	Indicadores	Sistemas de verificación	Años ejecución	Costo estimado $us
Capacitación	Metodología de producción de programas radiales y material impreso.	Realizar talleres de capacitación a adolescentes de los centros comunitarios.	N° de participantes capacitados. N° de programas radiales producidos siguiendo un proceso metodológico sistemático. Nº de material impreso producido.	Listas de participantes. Informe de los talleres. Copia de los programas radiales. Materiales impresos producidos	2000 2001 2002	30.000
	IEC	Realizar talleres regionales con el personal de salud responsable de los servicios de atención en salud integral de la adolescencia.	N° de participantes capacitados. N° de actividades de IEC desarrolladas de forma sistemática.	Lista de participantes. Informe de los talleres. Informe de actividades de IEC.	2000 2001	30.000

Objetivos

- Ha disminuido el número de maestros, maestras, padres y madres que tienen la creencia de que el maltrato es una herramienta de la educación y la disciplina.
- Ha aumentado el número de padres, madres, profesores y profesoras que son menos estrictos y más comprensivos con respecto a la disciplina esperada de los y las adolescentes.
- Ha incrementado el número de personas de la audiencia secundaria que reconocen mecanismos para hacer frente a la violencia intrafamiliar.
- Ha incrementado el número de trabajadores de los medios masivos de comunicación que participan activamente en la puesta en marcha de la presente estrategia.

Estrategia	Temas	Actividades	Indicadores	Sistemas de verificación	Años ejecución	Costo estimado $us
Comunicación educativa.	Prevención del maltrato y de la violencia intrafamiliar.	Producir y difundir semanalmente un programa radial de debate, con línea telefónica abierta, por radioemisoras de alta audiencia a nivel nacional.	N° de personas expuestas a los mensajes. N° de programas producidos. N° de llamadas telefónicas recibidas. N° de personas que han modificado su actitud positivamente. Nº de programas emitidos.	Informe de la evaluación de impacto. Copia de los programas producidos. Informe de llamadas telefónicas.	2003	25.000
		Adecuar una campaña multimedia, utilizando como modelo las experiencias desarrolladas por algunas ONG's miembros del Foro Nacional por la SSR.	N° de personas expuestas a los mensajes. N° de materiales producidos.	Informe de la evaluación de impacto. Ejemplar de los materiales producidos.	2003 2004	100.000
Capacitación.	Disciplina Vs. maltrato.	Coordinar con diferentes instituciones la realización de talleres de capacitación sobre la base de una currícula estándar en colegios con profesores y padres de familia.	N° de instituciones que capacitan. N° de participantes capacitados.	Convenios interinstitucionales firmados. Listas de participantes. Informe de los talleres.	2000 2005	1.000
		Producir una currícula estándar.	Una currícula de capacitación sobre disciplina producida.	Ejemplar de la currícula de capacitación.	2000	2.000
Información pública.	Maltrato y violencia intrafamiliar.	Se publicará y emitirá regularmente información destinada a la sensibilización a través de los diferentes formatos periodísticos en diversos medios de comunicación masiva.	N° de notas publicadas y/o emitidas. N° de medios que han emitido o publicado información sobre la adolescencia.	Ejemplar de las notas publicadas. Registro videográfico o fonográfico de la información emitida.	2000 2005	7.000

Objetivos

- Ha aumentado el número de adolescentes que logran una mejor comunicación sobre salud con su padre, madre; pareja y con sus amigos y profesores.
- Ha aumentado el número de padres, madres y profesores que logran una mejor comunicación sobre salud con sus hijos y alumnos.

Estrategia	Temas	Actividades	Indicadores	Sistemas de verificación	Años ejecución	Costo estimado $us
Comunicación educativa	Comunicación asertiva y negociación.	Producir y emitir una campaña de comunicación masiva (spots y cuñas radiales y un folleto de sensibilización).	N° de adolescentes expuestos a la campaña. Porcentaje de adolescentes que sienten que han mejorado su relación con sus padres, madres, profesores y amigos. Porcentaje de padres, madres, que sienten que han mejorado la comunicación con sus hijos e hijas. Porcentaje de profesores que sienten que han mejorado la comunicación con sus alumnos y alumnas. N° de materiales producidos. N° de materiales distribuidos.	Informe de la evaluación de impacto. Informe de monitoreo de la campaña. Ejemplar de los materiales producidos. Informe de distribución de materiales.	2004 2005	300.000
Capacitación	Comunicación asertiva y negociación.	Coordinar con diferentes instituciones la realización de talleres de capacitación sobre la base de una currícula estándar.	N° de instituciones que capacitan. N° de adolescentes capacitados.	Convenios interinstitucionales firmados. Listas de participantes. Informe de los talleres.	2000 a 2005	1.000
		Producir una currícula estándar de capacitación sobre la base de las ya existentes.	Una currícula estándar de capacitación sobre comunicación asertiva.	Ejemplar de la currícula de capacitación.	2.000	2.000
Movilización social y movilidación comunitaria	Comunicación asertiva.	Realizar ferias de salud, organizadas y ejecutadas por adolescentes de los centros comunitarios.	N° de ferias realizadas por los adolescentes.	Informes institucionales. Registro fotográfico o en video de los eventos.	2004 2005	9.000
		Organizar eventos de teatro callejero a partir de los centros comunitarios de adolescentes.	N° de eventos teatrales.	Informes institucionales. Registro fotográfico o en video de los eventos.	2004 2005	3.000

Objetivos

- Ha disminuido el número de adolescentes que tiene relaciones sexuales producto de presiones.
- Ha disminuido el número de relaciones sexuales desprotegidas en los y las adolescentes.

Estrategia	Temas	Actividades	Indicadores	Sistemas de verificación	Año ejecución	Costo estimado $us
Capacitación	Salud sexual y reproductiva.	Coordinar con diferentes instituciones la realización de talleres de capacitación sobre la base de una currícula estándar con metodología activo-participativa.	N° de instituciones que capacitan. N° de adolescentes capacitados. Porcentaje de adolescentes capacitados que han tenido relaciones sexuales producto de una libre decisión.	Convenios interinstitucionales firmados. Listas de participantes. Informe de los talleres. Informe de seguimiento a la capacitación.	2000 a 2005	1.000
Comunicación educativa	Anticoncepción.	Distribuir un folleto de anticoncepción en actividades de orientación en los servicios de salud y en los centros comunitarios.	N° de folletos distribuidos. N° de sesiones de orientación.	Informe de distribución de materiales impresos. Ejemplar de los materiales impresos. Informe de las sesiones de orientación realizadas.	2000 a 2005	50.000
	Salud sexual y reproductiva.	Revisión, selección, reproducción y distribución de materiales de IEC existentes.	N° de materiales reproducidos. N° de materiales distribuidos.	Ejemplar de los materiales reproducidos. Informe de distribución de materiales.	2000	50.000
		Doblaje y repris de la miniserie "Piel de Luna" para ser emitida por televisión a través de una red nacional.	Una miniserie doblada. N° de programas emitidos. N° de adolescentes expuestos a los programas.	Informe de monitoreo. Rating. Copia de la miniserie con sonido nuevo.	2000	20.000
		Multicopiado de la miniserie" Piel de Luna" a VHS.	Nº de copias VHS distribuidas.	Muestra de las copias en VHS.	2000	4.000
		Distribución de la miniserie "Piel de Luna" a los centros de adolescentes.	Nº de copias distribuidas.	Informes de distribución.	2000	1.000
		Programas televisivos semanales de entretenimiento educativo, en vivo y directo, con la participación de colegios.	Nº de programas emitidos. Nº de adolescentes expuestos a los programas. Porcentaje de incremento de los conocimientos. Nº de adolescentes que tienen relaciones sexuales protegidas. Nº de colegios participantes.		2001 2002	1.200.000

Objetivos

- Ha incrementado el número de adolescentes que demanda los "servicios de atención en salud integral" (Crecimiento y desarrollo, salud mental y salud sexual y reproductiva).
- Ha incrementado el número de adolescentes que asisten a los "centros comunitarios para adolescentes".
- Ha incrementado el número de denuncias de casos de violencia a adolescentes en los "servicios legales integrales".
- Ha incrementado el número de adolescentes satisfechos con la atención recibida en los servicios de atención integral al adolescente.

Estrategia	Temas	Actividades	Indicadores	Sistemas de verificación	Años ejecución	Costo estimado $us
Mercado social de servicios	Promoción de los servicios de atención en salud integral; centros comunitarios para adolescentes y de los servicios legales integrales	Producir y difundir una campaña de comunicación de medios masivos (spots, cuñas, folletos y volantes).	N° de adolescentes que usan alguno de los servicios ofertados. N° de materiales emitidos, distribuidos o difundidos.	Informes de consultas de adolescentes los servicios. Ejemplar de los materiales producidos.	2001 2002 2003	285.000
		Aplicar una encuesta de satisfacción de usuarios a los y las adolescentes que asistan a los servicios.	N° de adolescentes satisfechos con la atención recibida en los servicios.	Informe de resultados de encuesta de satisfacción.	2001 2002 2003	45.000
Capacitación	Comunicación interpersonal.	Producir material que apoye el cambio de actitud favorable del personal de salud hacia los y las adolescentes.	N° de materiales producidos. N° de materiales distribuidos.	Ejemplares de los materiales producidos. Informe de distribución de materiales.	2000 a 2005	50.000
		Realizar talleres de capacitación en comunicación interpersonal dirigidos al personal de salud.	N° de talleres realizados. N° de personal capacitado.	Informe de talleres. Lista de participantes. Informe de seguimiento de la capacitación.	2000 a 2005	50.000

8. Presupuesto

Estrategias	Año 2000	Año 2001	Año 2002	Año 2003	Año 2004	Año 2005	Total por estrategia
Capacitación	44.000	47.400	32.400	22.400	22.400	12.400	**181.000**
Comunicación educativa	200.000	1'210.000	840.000	240.000	215.000	165.000	**2'870.000**
Mercadeo social	–	95.000	95.000	95.000	–	–	**285.000**
Movilización social y comunitaria	6.000	22.000	30.000	22.000	20.000	20.000	**120.000**
Información pública	4.000	3.000	3.000	3.000	2.000	2.000	**17.000**
Abogacia	20.000	20.000	–	20.000	–	–	**60.000**
Total anual	**274.000**	**1'397.400**	**1'000.400**	**402.400**	**259.400**	**199.400**	
						Gran Total	**3'533.000**

Nota: Presupuesto expresado en dólares americanos.

9. Bibiografía

- **Aboal, Joselin**, "La Adolescencia en la Postmodernidad", publicado en internet, 1999.
- **Alcaraz, Franklin, Soliz, Rosse y Zuazo, Julia** "El uso indebido de drogas en estudiantes de Bolivia 1993 - 1996 - 1999, Estudio comparativo urbano - investigación", Centro Latinoamericano de Investigación Científica, CELIN - Bolivia, 2000.
- **Baldivia, U. José** "Lineamientos de Políticas Nacionales de Juventud", Despacho de la Primera Dama de la Nación, Sub Secretaría de Asuntos Generacionales, Comité Técnico Nacional para la Formulación de Políticas en Favor de la Adolescencia y Juventud, UNFPA, La Paz - Bolivia, 1997.
- **Caballero, Dora** "Salud y Violencia Intrafamiliar - Manual Normas y Procedimientos para la Atención", Gobierno de Holanda, Ministerio de Salud y Previsión Social, OPS/OMS, Vice Ministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia, La Paz- Bolivia, 1998.
- **Comité Técnico Nacional de la Adolescencia**, "Plan Nacional Concertado de Desarrollo Sostenible de la Adolescencia y Juventud 1998 - 2002".
- **Courtois, Gaston** "Adolescencia", publicado en internet, 1999.
- **Elmer N. Dunlap, Rouse**, "La adolescencia", publicado en internet, 1999.
- **Encuestas & Estudios**, "Informe final, Estudio de Evaluación sobre Maltrato Infantil en el Distrito III de Salud", Universidad Johns Hopkins, Fundación San Gabriel, La Paz, Nov. 1999.
- **Encuesta Nacional de Demografía y Salud** (ENDSA), 1998.
- **Espinosa Marín, Mauricio** "La función de la educación en salud sexual y reproductiva en adolescentes de la población de la Mina Chojlla - Sud Yungas", CIEPP, Resumen de Investigaciones actuales No. 47: enero 2000.
- "Estrategia de I.E.C. para el Area Rural", USAID, Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, La Paz-Bolivia, 1996.
- **Fenwick Elizabeth, Walker Richard** "Guía Sexual para Adolescentes", Buenos Aires, 1995.
- **Hourmilougué de Petrucelli, Marcela Cristina**, "Educar es Prevenir", publicado en internet, 1999.
- **Lagarde, Marcela** "Género y Desarrollo desde la Teoría Feminista" CIDEM, La Paz-Bolivia, 1995.
- **Marchetti, Raquel** y **Rodríguez, Gabriela Eugenia**, "Módulo de Sexualidad: Niños de la calle y SIDA", Secretaria de Salud - México, publicado en internet, 1999.
- **Marsellach Umbert, Gloria**, "La Adolescencia" publicado en internet, 1999.
- **Ministerio de Salud y Previsión Social**, "Programa de Atención a la Salud Integral de los (las) Adolescentes", Bolivia 1998 - 2002
- **Ministerio de Salud y Previsión Social**, "Manual de Normas y Procedimientos, Atención Integral a la Salud de los y las Adolescentes en Centros de Salud y Hospitales de Distrito", Varios autores, La Paz-Bolivia, 1999.
- **Muñoz Fernández, Sergio**. "La identidad del adolescente", publicado en internet, 1999.
- **Onostre, Raúl**, "Maltrato del Niño/a y Adolescente - Guía médica para la detección, atención y seguimiento", Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia, UNICEF, Cooperación de la Unión Europea, La Paz - Bolivia, 1999.
- **Organización Panamericana de la Salud**, "Plan de Acción y Desarrollo y Salud de Adolescentes y Jóvenes en las Américas 1998 - 2001", 1998.
- **Population Reference Bureau**, "La Juventud del Mundo", 1996.
- **Prudencio, Carola**, "Investigación formativa con Adolescentes en La Paz, Sucre, Santa Cruz", 2000.
- **Prudencio, Carola**, "Investigación formativa con personal de salud de atención al adolescente", 2000.
- **Prudencio Carola, González Fernando, Pérez Ariel** "Tomado Decisiones" Ministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia, USAID, Universidad Johns Hopkins/PCS, Save the Children, La Paz - Bolivia 1998.
- **Rada de Belmonte, Luisa**. "Acceso a Servicios de Salud Sexual y Reproductiva: Ruta crítica de los/las adolescentes", Pathfinder, 1999.
- **Save the Children**, "Tomando Decisiones, Un programa con jóvenes" Estudio de Línea de base, informe final con adolescentes de 14 a 19 años de la ciudad de Oruro. Marzo, 2000.
- **Suxo Tania, Landivar Oscar**, "El Adolescente en Bolivia - visión estadística", Secretaría de Salud, INE, OPS/OMS, noviembre, 1993.
- **Varios autores**, "Movilización Comunitaria para la Salud", Save The Children, USAID, Universidad Johns Hopkins, La Paz - Bolivia, 1998.

Agradecimientos

Se agradece especialmente la colaboración de los y las **adolescentes**:

Santa Cruz

Jesús Arauz
Paul Yabeta
Diego Patton
Paola Gilmet
David Seoane
Rocío Castellanos

La Paz

Pamela Zabala
Luis Escobar
Jeannette Castro
Vania Cordero
Jhonny Quispe
Víctor Choque

Sucre

María Nieto
Claribel Romero
Daniel Sáinz
Cristina López
Gustavo Cueto
Soraya Montesinos
Daniela Monasterios
Rafael Monasterios
Ezequiel Mamani
Salomé Flores

Ronald Eguez
Vlademir Molina
Orlando Vilca
Aldo Simonini
Gary Viscarra
Elsa Rodas
Susana Mendoza
Viviana Caballero
Shirley Mariño
Efraín Ríos
Celina Rodriguez
Claudia Paredes
Albaro Calle
Johnny Condori
Judith Díaz
Namibia Choque
Fernando Arduz
Gonzalo Arduz
Ariel Andia
Raúl Vaquera
Dayra Morales
Jaime Padilla
Viviana Rosso
Farida Valdez

También se agradece la colaboración del **personal de salud** de atención integral al adolescente:

Minerva Guerrero
Tomás Salinas
Wilma Rosas
Katia Dos Santos
Carmen Melgar
Adelaida Estrada
Karla Seleme
Hortensia Venegas
Ana Lucy Terán
Ruth Michel

Lilian Cadima
Juan Carlos Garbazabal
Manuel Canaviri
Rubén Arauz
Rosse Mery Alvarez
Marlene Rollano
Oliva Cartagena
Carmiña Torrelio
Alberto Castro
Sylvia García

Magaly Ferreira
Antonio Mérida
Silvia Jemio
Carlos Dorado
Consuelo Aranda

María Luisa Fuentes
Eduardo Navarro
Carlos Nava
Annelise Puña
Laura Terrazas

Y la colaboración brindada por los siguientes profesionales:

Ministerio de Salud y Previsión Social
Elisabeth Reque.
Dr. Marco Antonio A. Caviedes, Unidad Capacitación y Acreditación.
David Tirado Cuenca, RRPP y Prensa.
Dra. Tania X. Cherro, Coordinadora del Viceministerio de Salud.
Dra. María del Carmen Flores, Programa Centinela de la Salud.
Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia
María Teresa Toro, Viceministerio de Asuntos Generacionales.
José María Pantoja, Viceministerio de Asuntos Generacionales.
USAID, Jorge Velazco, Equipo de Salud.
Johns Hopkins University
Dr. Luis Ramiro Beltrán, Asesor regional.
Marcos Paz, Coordinador del área rural.
UNFPA
Mirtha Carrera, Representante.
Gloria Tellería, Coordinadora Nacional SPSSR
Mónica Yaksic, Consultora del SPSSR
CIES, Salud Sexual y Reproductiva.
Cintia Dávalos, Subgerente de Programas y Proyectos.
Patricia Figueroa, Subgerente de IEC y Mercadeo Social.
Save the Children/Bolivia.
Dra. Carolina de Hilari, Asesora de Salud.
PSI/Bolivia.
Ramiro Claure, Gerente de Comunicación e Investigación.
PROCOSI
Gonzalo Calderón, Encargado de Sistemas de Información.
Sdenka Céspedes, Encargada de IEC.
Lissy Montaño, miembro del **Comité de IEC** del Foro Nacional de SSR
Fernando González, Representante **Population Council.**
Franklin García de la **Unidad de Políticas y Población.**
Silvia Salinas consultora.