

76. SITUACIÓN ACTUAL DE LA SALUD DEL ADOLESCENTE EN EL PERÚ

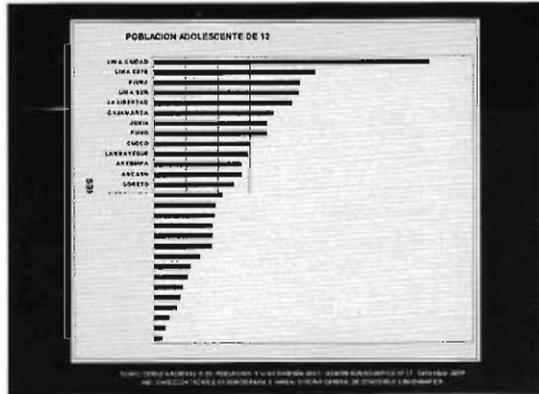
Dra. Rosario Susana Del Solar Ponce

PERFIL DEMOGRÁFICO

En el 2010 el 20% de la población total son adolescentes, 5'821,587.

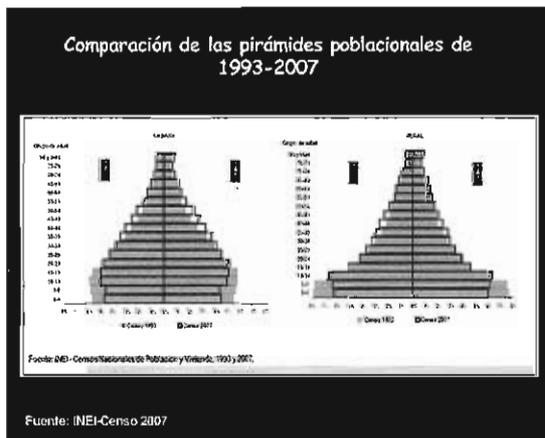
Estamos ante el “Bono Demográfico” oportunidad peruana para cambiar la situación económica del País.

La mayor proporción de población adolescente vive en zona Urbana 65 % y el 35% en zona rural



De acuerdo al INEI-Censo 2007/ Elaboración Etapa de la Vida Adolescente, el mayor número y porcentaje de población adolescente se da en Lima, ciudad que ostenta el más alto índice de densidad poblacional.

Al comparar la población peruana por edad y género, a partir de la adolescencia la relación hombre-mujer se invierte, predominando el sexo femenino en todos los gru-



pos etareos. Al comparar las pirámides poblaciones rural y urbana se nota una gran diferencia, mientras que en la población urbana la base se estrecha, tanto en el censo 1993 como más evidente en el censo 2007. La población rural conti-

núa con base ancha a pesar de que si existe menor población en la base en el censo del 2007.

Con excepción de Lima, Arequipa y Tacna, la población de adolescentes de 10 a 14 años es mayor que aquella constituida por los adolescentes de 15 a 19 años.

DETERMINANTES SOCIALES

Análisis de la situación socio-económica

Los adolescentes del área urbana ostentan los más altos niveles de educación, especialmente secundaria y educación superior.

De acuerdo al censo del 2007 el nivel educativo de las adolescentes mujeres es ligeramente mayor en educación primaria y menor en educación secundaria.

Se observa que en grados superiores de educación los niveles son similares con un discreto incremento en la adolescente mujer.

En el año 2007 de acuerdo al Censo INEI la quinta parte de la población adolescente a nivel nacional no acude a ninguna institución educativa.

Entre los motivos para la deserción escolar la mujer lo hizo por problemas económicos, si sumamos las de “problemas económicos”, “tenía que trabajar”, el 55.9% de las mujeres no pudieron asistir a ninguna institución educativa, considerando las dos razones el 52.6% de los hombres tampoco pudieron asistir.

En el mismo censo del 2007 si bien es cierto que el mayor número de adolescentes analfabetos se encuentra en departamentos con mayor número de habitantes adolescentes, los departamentos con mayores tasas de analfabetismo son: Amazonas (3.1), Cajamarca (2.1), y La Libertad con 2%.

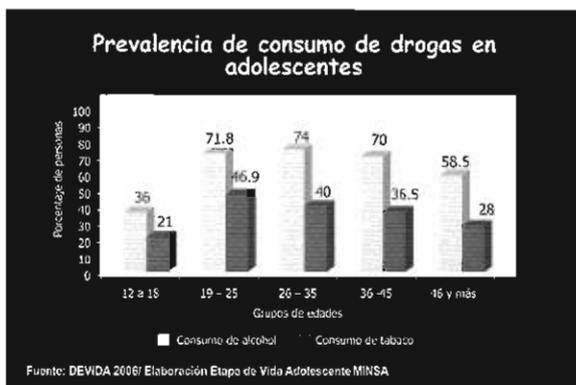
Los adolescentes constituyen el 14.2% de la población económicamente activa, la mayoría (hombres y mujeres) se ocupan en trabajos no calificados, de servicios personales, vendedores ambulantes, etc.

El mayor porcentaje de adolescentes pobres se encuentran en los departamentos de las zonas altoandinas, en la costa Piura y luego ciudades de la selva y de la sierra, los menores porcentajes se encuentran en Ica, Tumbes, Madre de Dios. Lima alcanza casi el 40% de adolescentes pobres.

DETERMINANTES SOCIALES

Análisis de la salud psico-social

Es alarmante observar que el consumo de alcohol y tabaco se inicia ya en adolescentes muy jóvenes.



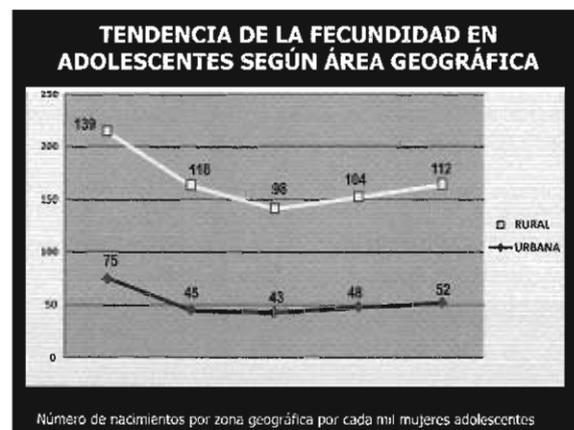
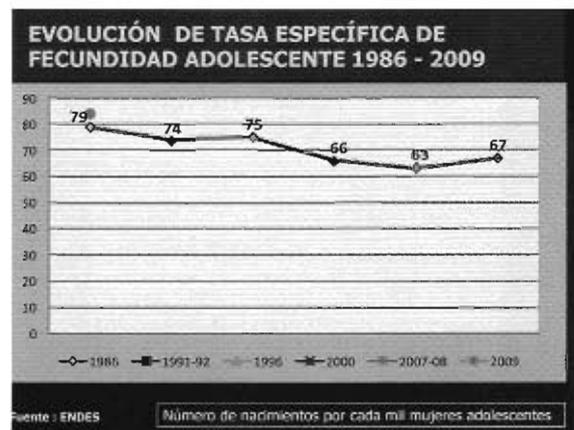
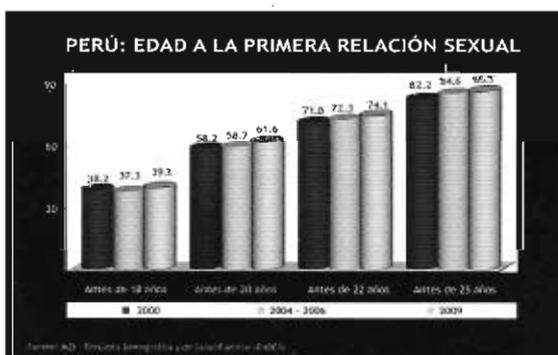
El consumo de marihuana, cocaína, PBC, inhalantes y éxtasis se da en mayor porcentaje en los adolescentes.

Tipo de droga	Grupo de edades				
	12 a 18	19 - 25	26 - 35	36 -45	46 y más
Drogas ilegales					
Marihuana	1.2	1.2	0.5	0.3	0.3
Cocaína	0.4	0.3	0.1	0.1	0.4
PBC	0.5	0.3	0.3	0.2	0.4
Inhalantes	0.2	0	0	0	0
Éxtasis	0.2	0.1	0	0	0

Fuente: DEVIDA 2006/ Elaboración Etapa de Vida Adolescente-MINSA

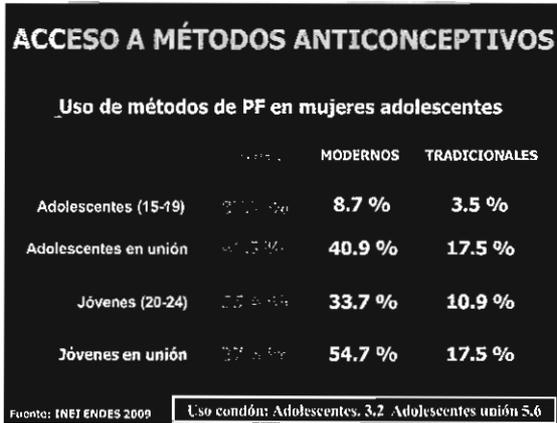
La prevalencia de consumo de drogas ilegales es mayor en la población adolescente. La marihuana es la droga ilegal más consumida por los y las adolescentes

- SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES
- La edad a la primera unión no necesariamente coincide con el comienzo de las relaciones sexuales. Según los resultados de la ENDES 2009, el 39,2% de la población tuvo su primera relación sexual antes de los 18 años, 1 punto porcentual más que lo observado en el año 2000 (38,2%). Antes de los 20 años de edad, el porcentaje se eleva al 61,6 %, antes de los 22 años, el 74,1 % y, antes de los 25 años, cerca del 86 % de las mujeres ya han tenido su primera relación sexual.



La fecundidad de las adolescentes según área geográfica es mucho mayor en la zona rural, casi dobla la de la zona urbana.

De acuerdo al estudio realizado por INEI_ENDES en el año 2008, la fecundidad de las adolescentes en el área rural es mucho mayor que en el área urbana, es mayor en las adolescentes sin educación y con educación primaria, en los quintiles de riqueza más bajos y teniendo en cuenta las regiones naturales es menor en Lima y resto de la costa, en la sierra es mayor y casi doble en la selva.



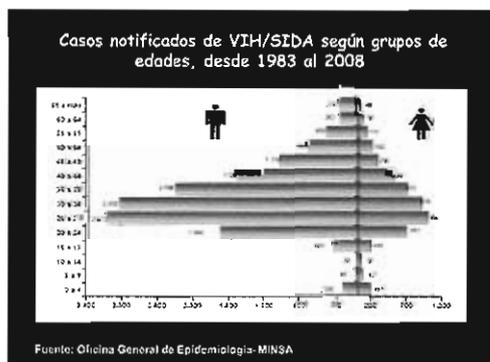
Es alarmante observar que el 87.7% de los adolescentes de 15 a 19 años no usan métodos anticonceptivos, el uso de métodos modernos es muy bajo. Los adolescentes en unión usan el 41.7%, y el porcentaje de métodos modernos aumenta a 40.9%.

Los departamentos con mayor porcentaje de madres adolescentes son San Martín con 25,7%, luego Loreto con 23.3%, Cajamarca con 22.6%, el menor porcentaje de acuerdo a la encuesta lo tiene Tumbes 12.1%⁽¹⁾.



Amazonas, Lambayeque, Madre de Dios, San Martín, Loreto, Pasco ocupan los más altos índices de casos reportados de aborto en adolescentes, especialmente los dos primeros departamentos.

ANÁLISIS DE LAS ITS-SIDA



Hay notificados para el año 2008, 350 casos de Sida en adolescentes hombres de 15 a 19 años de edad, y 1942 reportados en hombres jóvenes 20 a 24 años. En las mujeres también se observa casos de Sida pero en menor cantidad.

MORBILIDAD MORTALIDAD

Morbilidad en adolescentes según género

Causas	Masculino	Femenino	Total
Infecciones agudas de las vías resp. Sup.	45.4	54.6	24.67
Enfermedades de la cavidad bucal	39.6	60.4	14.31
Helminthiasis	46.2	53.7	4.8
Enfermedades infecciosas intestinales	47.4	52.6	4.12
Trastornos de otras glándulas endocrinas	46.4	53.6	3.03
Micosis	41.8	58.2	2.51
Enfermedades gastrointestinales	31.8	68.2	2.9
Otras enfermedades del sistema urinario	22.1	77.9	2.48
Otras infecciones agudas de las vías resp.inf.	50.1	49.9	2.04
Infecciones de la piel	50.2	49.8	2.02
Las Demás Causas	39.7	60.3	37.52
Total	41.8	58.2	100

Fuente: Oficina General de Estadística e Informática-MINSA 2008 / Elaboración EVA-MINSA

Principales Causas de Mortalidad en adolescentes

	Total	Masculino	Femenino
Accidentes de tránsito	10.26	12.6	7.1
Enfermedades cerebro vasculares	8.06	8.29	7.74
Eventos de intención no determinada	6.78	6.22	7.53
Influenza (gripe) y neumonía	5.82	5.18	6.67
Tumores (neoplasias) malignas	5.63	5.98	5.16
Otras enfermedades bacterianas	5.17	4.78	5.7
Exposición accidental a otros factores	3.57	4.78	1.94
Tuberculosis	3.43	2.79	4.3
Atrofia y sumersión accidentales	3.34	5.42	0.54
Accidentes que obstruyen la respiración	3.3	3.43	3.12
Total	100	75.4	42.6

Fuente: Oficina General de Estadística e Informática-MINSA 2006 / Elaboración EVA-MINSA

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Oficialización de lineamientos de política de salud del adolescente

- Plan Nacional Concertado de Salud 2007- 2020
- Implementación del Plan Regional Andino para la Prevención del embarazo en adolescente
- Protocolización de la atención integral de salud del adolescente.
- Aseguramiento universal en salud.
- Implementación de servicios diferenciados en algunas regiones del país.
- Mapeo de redes juveniles.
- Implementación del proyecto: Mercadeo social del condón.
- Abogacía por la modificatoria de política de estado para garantizar que las y los adolescentes puedan ejercer plenamente sus derechos sexuales y reproductivos.
- Articulación con el MINEDU para la institucionalización del programa: Salud sexual integral en las instituciones educativas.

LECCIONES APRENDIDAS

La institucionalización de las intervenciones a favor de la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes y jóvenes contribuye a su sostenibilidad.

El involucramiento de las y los adolescentes y jóvenes en la generación e implementación de políticas públicas en materia de salud sexual y reproductiva garantiza la efectividad de las mismas.

Las intervenciones intersectoriales con un enfoque de determinantes sociales son más efectivas para prevenir el embarazo adolescente, sobre todo el embarazo no deseado.

Las intervenciones para la atención, prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes y jóvenes ameritan ser focalizadas en la población de mayor vulnerabilidad como por ejemplo las y los adolescentes y jóvenes de poblaciones indígenas.

Es indispensable involucrar al adolescente y/o joven varón en todo el proceso de la atención, prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva.

Para demostrar la relación costo–efectividad de las intervenciones de salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes es indispensable estimar todos los costos de las mismas (Costos económicos y financieros)

DESAFÍOS

Sistema informativo de la salud de las y los adolescentes y jóvenes, oportuno y actualizado.

Programas sociales para adolescentes y jóvenes con financiamiento a través de la Programación Presupuestaria por Resultados. PPR.

Acceso de las y los adolescentes a los métodos anticonceptivos y a las pruebas rápidas para el descarté del VIH.

Política de estado que se garantice el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes.

Intervenciones intersectoriales para la prevención del embarazo adolescente y la prevención de ITS/VIH-SIDA.

77. SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENTE

Dra. Dorina Vereau Rodríguez

Empezamos esta presentación haciendo una breve revisión conceptual de lo que entendemos por Sexualidad.

SEXUALIDAD

Desde lo Fisiológico: se refiere a características biológicas de un hombre y una mujer con cualidades para reproducirse.

Desde la perspectiva psicológica, la sexualidad abarca las experiencias placenteras existentes desde el nacimiento, la infancia y todas las etapas de la vida del ser humano. (Freud)

Frente a estas definiciones fragmentadas surge una concepción HOLÍSTICA que nos señala que la sexualidad se asienta sobre un trípode: espiritualidad, estabilidad psico-emocional (individual y social) y componentes biológicos.

La OMS, define a la SEXUALIDAD como el “Aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales...” Integra las dimensiones biológica-reproductiva, socio-afectiva y ética-moral, todas ellas en interacción plena, formando una unidad dinámica durante todo el ciclo vital de las personas.

LA SEXUALIDAD DE LA ADOLESCENTE

En nuestro trabajo diario, **SE ASOCIA CON:**

Embarazo

Parto

Maternidad

Aborto inducido

PERO NO SE ASOCIA CON:

Desarrollo integral

Derechos humanos

Equidad de género

No discriminación y no violencia contra la mujer

Es decir, quienes trabajamos con este grupo etario, no le prestamos suficiente atención a la dimensión social y afectiva, ni a la ética moral de la sexualidad. Necesitamos comprender e interiorizar que la sexualidad, vista desde sus finalidades constituye una posibilidad para el desarrollo personal, para la convivencia armónica y en igualdad, y para el ejercicio responsable de los derechos y las responsabilidades sociales y personales.

SEXUALIDAD EN EL MARCO DEL DESARROLLO INTEGRAL

Sexualidad en el marco del desarrollo integral		
Estadio	Tarea psicossocial	Relaciones Significativas
I (0-1) Bebé	Confianza vs. desconfianza	Madre
II (2-3) infante	Autonomía vs. vergüenza y duda	Padres
III (3-6) prescolar	Iniciativa vs. culpa	Familia
IV (7-12) escolar	Laboriosidad vs. inferioridad	Vecindario y escuela
V (12-20) adolescencia	Identidad vs. confusión de roles	Amigos, Grupos, Modelos de roles
VI (20-30) adulto joven	Intimidad vs. aislamiento	Amigos, colegas
VII (30-50) adulto medio	Generabilidad vs. autoabsorción	Hogar, Compañeros de trabajo

Desarrollo Psicossocial de ERICK ERIKSON

Para comprender la sexualidad de la adolescente debemos hacerlo en el marco de su desarrollo integral. En ese sentido la teoría del desarrollo psicossocial de Erick Erikson es muy útil. Cada etapa de vida nos enfrenta con un dilema o tarea normativa a resolver. Resolver la tarea de una etapa correspondiente supone haber superado con éxito la tarea de la etapa anterior. Asimismo, en cada etapa se establece relaciones significativas con personas del entorno, estas personas van a ser determinantes en el logro de la tarea o dilema a resolver. Así por ej., en la adolescencia, la tarea normativa es lograr la identidad, es decir la y el adolescente debe definir quién es, cuál es su papel en la sociedad en la que vive, debe establecer un proyecto de vida, debe también desarrollar una serie de competencias y debe lograr actuar con autonomía en el espacio social en el que vive. Lograr la identidad implica también asumir y vivir su identidad sexual, como varón o mujer.

Desarrollo integral influenciado por contexto sociocultural que tradicionalmente espera...

 dulce,  ,  débil,  sensible,
 al servicio y cuidado de los demás.

 fuerte, racional, competidor,  ,
 proveedor.

Es importante tomar en consideración que el desarrollo de las y los adolescentes está influenciado por las normas sociales y que cada sociedad construye sus propias expectativas de lo que debe ser el rol del varón y de la mujer, es decir los roles de género. Así, en nuestra sociedad se espera que la mujer sea dulce, sensible, débil y que esté al servicio de los demás, mientras que se espera que el varón sea fuerte, racional y cumplan más bien un papel de proveedor.

Sin embargo, estos roles han cambiado progresivamente desde hace algunas décadas, en virtud de los nuevos espacios que las mujeres hemos conquistado. Así en el mundo actual, la mujer debe ser competente, trabajar, aportar a la economía del hogar, sin embargo lo hace en desigualdad de condiciones, ya que por ejemplo en ciertas actividades, por realizar el mismo trabajo a las mujeres se les paga menos que a los varones.



Pero además de ser productiva económicamente, se espera que la mujer cumpla con algunos estándares de belleza, se espera que sea flaca, linda, sensual y sobre todo divertida. ¿Por qué? Porque esa es la imagen idealizada de mujer que los medios de comunicación, les presentan a las mujeres.

Las mujeres especialmente las jóvenes, están expuestas a imágenes corporales inalcanzables, debido al gran bombardeo visual de los medios de comunicación y la industria publicitaria en la cual se apoya la sociedad de consumo, y las grandes industrias de belleza, que constituyen una fuerza poderosa en la construcción e imposición de determinado estereotipo de lo BELLO. El grado de asimilación de los modelos promocionados por los medios visuales incidirá en la imagen que tienen las adolescentes sobre su cuerpo. Y esto es un gran riesgo para las adolescentes, debido a los problemas de anorexia y bulimia que pueden ocasionar, sin dejar de mencionar los problemas emocionales de depresión y ansiedad asociados y la baja autoestima por no calzar dentro de los estándares estéticos señalados previamente.

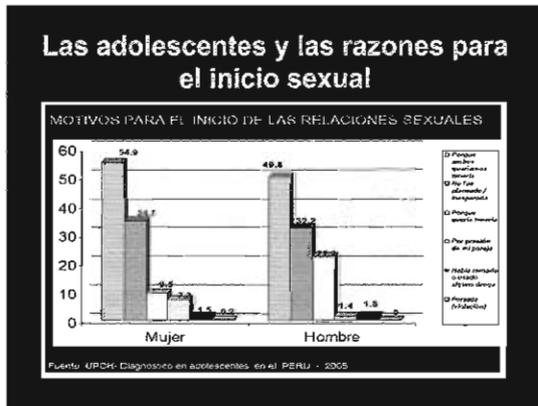
EVOLUCIÓN DE LA SEXUALIDAD ADOLESCENTE

La sexualidad en las adolescentes transita del autoerotismo al erotismo con el otro/a

Deseo sexual
 Masturbación
 Petting
 Relaciones coitales



La sexualidad la adolescente como la del varón adolescente transita del autoerotismo hacia el erotismo con la otra persona. Pero hoy en día las adolescentes vivencian su sexualidad erótica de forma más explícita que antaño. Así, respecto al deseo sexual, las adolescentes lo admiten, lo experimentan tanto como los varones en su vivencia individual y en las relaciones de pareja. Respecto a la masturbación, antes a las mujeres nos costaba admitirlo, precisamente porque por mucho tiempo el deseo sexual era algo que le estaba prohibido a la mujer, especialmente a la mujer “buena”. Sin embargo hoy en día la masturbación es una práctica de sexo seguro entre las adolescentes para experimentar el placer sexual sin miedo a embarazo o a ITS, y cada vez la práctica se hace con menos temor o vergüenza.



En un estudio llevado a cabo por la UPCH en el 2005 un poco más del 50 % de mujeres admitieron que tuvieron sexo porque ellas y sus parejas quisieron tener RS. Nótese además que un poco más de una tercera parte señaló que la RS fue producto del momento, algo no pensado. Hay un 9.5 % que señala que era ella la que quería tener RS y un 7.3 % señala que fue por presión de la pareja.

LA SEXUALIDAD DE LAS ADOLESCENTES EN SÍ NO ES UN PROBLEMA...

- El problema es que es se vivencia de forma desinformada y desprotegida.
- No es planificada ni autodeterminada.
- Es violenta (por el machismo, la presión de pares, la presión de pareja, el abuso sexual y la violencia)

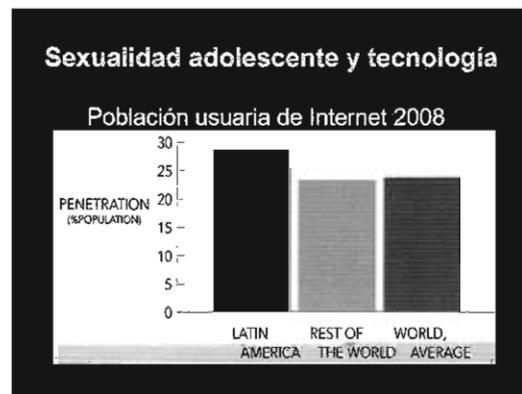
En tal sentido, la educación de la sexualidad en esta etapa de vida tiene una importancia fundamental para alcanzar un desarrollo integral pleno. El estudio “Estilos de vida de los adolescentes peruanos” revela que chicos y chicas desean que en casa y en la escuela les ayuden a entender y controlar el torrente de emociones que experimentan. “¿Cómo manejar mis sentimientos?”, “¿qué significa enamorarse?”, “¿cómo saber si la persona con la que salgo es la adecuada para construir un futuro juntos?”, son los temas preferidos de los adolescentes para conversar con

sus padres. A pesar de este deseo, la fuente habitual en temas de amor y sexualidad son los amigos, (45,8%), seguida de la madre (39,7%), y con bastante distancia, el padre (19,1%). ¿Por qué se produce este desfase entre lo que los adolescentes desean y lo que comunican a sus padres? Para Paúl Corcuera, de la Universidad de Piura, el tratamiento de los temas afectivo sexuales requiere que exista previamente una relación de confianza y amistad entre padres e hijos. En su opinión, estas condiciones están siendo afectadas por las extensas jornadas laborales que dejan poco tiempo para la vida familiar, un modelo cultural que excluye al varón de los temas del hogar, y un relativismo generalizado. Además hay que considerar que sólo 6 de cada 10 adolescentes escolarizados vive con ambos padres.

El interés por discutir los temas afectivos implicados en la sexualidad se traslada también a la escuela. Se ha comprobado que la educación sexual recibida en el colegio se concentra más bien en temas biológicos, a pesar de las expectativas de los escolares por tratar los temas que a ellos les interesa. Nos dicen que “debemos cuidarnos, pero no nos dicen cómo”, nos dicen que “es mejor postergar las relaciones sexuales pero no nos dicen que hacer con nuestros deseos”.

LA SEXUALIDAD ADOLESCENTE Y USO DE TECNOLOGÍA

Otro aspecto de mucha importancia por las implicancias en el comportamiento sexual adolescente como en la generación de posibles soluciones es el uso de la tecnología.



Esta dispositiva nos muestra el acceso de los adolescentes a la tecnología, y vemos que en la región de Latin-American el 28 % de población adolescente tiene acceso a internet lo cual supera al 23 % del resto del mundo y del promedio mundial.

Hoy en día, el Internet, los celulares, las IPAD y IPOs, no son instrumentos, son parte de la vida de las y los adolescentes.

La tecnología es un factor determinante en la formación de la sexualidad adolescente. A través de los diversos

instrumentos las y los adolescentes tienen acceso a información pero también se exponen a riesgos en ausencia de habilidades psicosociales. Y, lamentablemente percibimos un incremento de casos de abuso sexual y explotación sexual comercial infantil.

NO EXISTE UNA ÚNICA FORMA DE SER ADOLESCENTE EN EL PERÚ

Existe una serie de determinantes de la salud, además de los biológicos, como los determinantes conductuales, sociales y ambientales, que hacen que la adolescencia y su sexualidad se ejerza de forma diferente



Y el embarazo adolescente es un ejemplo de esto. Endes continua 2009 nos señala que del total de adolescentes de 15 a 19 años, el 13.7 % ya estuvo alguna vez embarazada, de estas 10.6 ya son madres y 3.1 están gestando por primera vez. El EA es más frecuente en las que solo tienen instrucción primaria, en las que residen en el área rural y en la región de la selva.

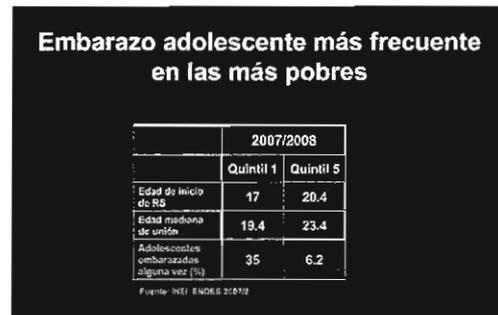
En el Perú el 65 % de embarazos no son deseados (UNFPA, 2006)

Seguendo al UNFPA (2006), hay diversas razones para la materialización de embarazos no planificados; entre ellas, la falta de conocimientos acerca de los hechos básicos de la reproducción y la falta de información con respecto a anticonceptivos, lo cual contribuye al fracaso de estos últimos. Asimismo, en este contexto se deben tomar en cuenta como causales importantes las características propias de la adolescencia como la dificultad para prever, el pensamiento mágico, la dificultad para la toma de decisiones y las dificultades para comunicarse de manera asertiva y negociar. Algunos embarazos no planificados son consecuencia de violación, abuso sexual e incesto. Se puede suponer que existen, de manera muy general, al menos dos patrones que muestran realidades diferenciadas. Por un lado, importantes sectores que viven una realidad sociocultural y económica en la que el embarazo adolescente no necesariamente es conceptualizado como una problemática por los individuos y sus comunidades, y más bien forma parte de las prácticas culturales. En

este caso, una proporción más importante de los embarazos adolescentes se dan en el marco de la unión formal o consensual, y posiblemente formen parte del proyecto de vida de las y los adolescentes, principalmente pertenecientes a grupos asentados en áreas rurales. Por el otro lado, está un patrón por llamarlo de alguna manera más moderno y que se registra en contextos urbanos con una importante proporción de embarazos adolescentes no planeados/deseados y en situación premarital, en donde el embarazo no responde necesariamente a un proyecto de vida de los individuos, sino que más bien lo interrumpe.

En este ámbito, cabe destacar la necesidad de investigación cuantitativa y cualitativa que evidencie la relación entre la falta de oportunidades para desarrollar proyectos de vida alternativos a la formación de una familia y la mayor incidencia del embarazo adolescente.

POBREZA, EDUCACIÓN COMO FACTORES DETERMINANTES DEL EMBARAZO ADOLESCENTE



Un factor determinante del EA es la pobreza, comparando a las adolescentes del q 1 (más pobres) las de q 5 (menos pobres) encontramos que la edad de inicio de RS para el q 1 fue de 17, mientras que para el q 5 fue de 20.4

La edad mediana de la unión para el q 1 fue de 19.4 y para el q 5 de 23.4. Y adolescentes algunas vez embarazadas fue en el q 1 35 y en el q 5 6.2 Es decir casi 6 veces más embarazo adolescente en las adolescentes pobres.



En un estudio del UNFPA del 2008, se encontró que el embarazo adolescente fue tres veces más probable en aquellas adolescentes sin instrucción o con solo primaria que en las que tenían estudios secundarios o superior.

Asimismo, se observa la misma tendencia en la ENDES, en inicio sexual antes de los 15 años, en el 72.6 % de adolescentes.

EMBARAZO ADOLESCENTE REFLEJA LA VULNERACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS:

La vulneración a sus derechos como persona, a lograr un desarrollo integral y llevar una vida digna y plena se reflejan en las siguientes consecuencias de un embarazo adolescente n:

- Deserción escolar o expulsión de las instituciones educativas, no obstante lo establecido en el Código del Niño y Adolescente que prohíbe la exclusión de la adolescente por razones de embarazo.
- Proyectos de vida truncados, especialmente en las mujeres más jóvenes.
- Embarazos e hijos/as indeseado/as con serias consecuencias psicológicas.
- Relaciones de pareja inestables, frágiles, de difícil manejo, acompañadas de violencia.
- Ingreso temprano al trabajo. Subempleo, comercio sexual y malas condiciones de seguridad social.
- Incremento y reproducción de los ciclos intergeneracionales de pobreza.

EMBARAZO ADOLESCENTE ES ASUNTO DE CREENCIAS Y VIOLENCIA DE GÉNERO

Varios estudios, señalan que las adolescentes creen que los métodos modernos hacen daño y son sólo para casadas; y que los adolescentes no quieren usar condón porque reduce el placer. Además, embarazarse “es problema de la mujer, ellos pueden evadir”.

COMPORTAMIENTO SEXUAL ADOLESCENTE

El comportamiento sexual en las adolescentes ha cambiado

	% c/activ. sexual reciente (4 sem) ^a	% 15-19 ^a que ya tuvo RS	% primera RS <15	Mediana de edad de unión ^{b,c}	Mediana primera RS ^{d,e}	? edad de primera RS y de unión
1991/92	11.5	18.4	3.6	21.1	19.4	1.7
1996	11.4	20.3	4.6	20.9	19.1	2
2000	11.5	22.2	5.1	21.4	19.1	2.4
2004/6	12.1	23.5	4.8	21.7	19.1	2.7
2007/8	13.4	26.4	5.6	21.7	18.8	2.9
2009	13.6	26.6	5.6	21.8	18.8	

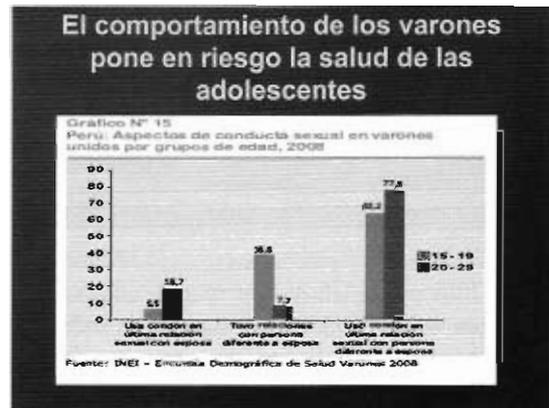
Fuente: INEI, ENDES 1986, 1991/92, 1996, 2000, 2004/6, 2007/8, 2009 elaboración propia.
^a Las entrevistadas tenían de 15- 19 al momento de la entrevista.
^b Mujeres en edad fértil, 15 a 49 años.
^c Mujeres en edad fértil, 25 a 49 años.

Podemos ver cómo ha evolucionado el comportamiento sexual adolescente desde el año 1991 al 2009. Estos datos son de la ENDES. Respecto al porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años con actividad sexual reciente encontramos que el año 1991 fue de 11.5 %, vemos cómo va creciendo y en el 2009 tenemos que es el 13.6 %.

Respecto al porcentaje de adolescentes de 15 a 19 que ya tuvo relaciones sexuales vemos que el 1991 fue de 18.4 y el 2009 de 26.6.

Con respecto al porcentaje que tuvo la primera relación sexual antes de cumplir los 15 años en el 1991 fue de 3.6 el 2009 5.6.

Con lo cual concluimos que la tendencia es hacia una mayor actividad sexual y hacia un inicio sexual antes de los 15 años.



Según la ENDES Varones 2008, los adolescentes unidos son los que menos utilizan condón con la esposa, pero son quienes tuvieron más relaciones sexuales con otras parejas y menos utilizaron condón. De esta manera, las mujeres unidas adolescentes pasan a ser un grupo muy vulnerable, a quienes es difícil llegar dado que se encuentran generalmente alejadas de centros de estudios o trabajo.

INDICADORES DE COMPORTAMIENTO SEXUAL ADOLESCENTE

Otros indicadores de comportamiento sexual en las adolescentes (2)

16.1% de adolescentes unidas nunca han hablado con su pareja de PF.

El 5.2% de adolescentes nunca unidas tuvo un “compañero sexual ocasional”. 18.2% en las mujeres de 20 a 24 años.

El 39.2% de mujeres ha tenido relaciones sexuales antes de cumplir los 18 años.

Sólo 7% de adolescentes no conoce del SIDA y 5% no conoce ninguna forma de prevención. La mayoría conoce dos formas, condón y limitar parejas sexuales.

Otros indicadores de comportamiento sexual en las adolescentes (3)

Hay departamentos, con inicio sexual promedio a los 16 años, como en Ucayali. 63.2% de adolescentes de 15 A 19 años conoce dos formas de evitar el SIDA y 24.1 % solo una forma.
44.1% de adolescentes de 15 a 19 años no conoce sobre las ITS.

También se observa inicio a los 16 en las que tienen menor educación y son más pobres.

Los problemas de SSR de las adolescentes no son problemas de las adolescentes ...

- ... sino de una sociedad y un gobierno conservador que
- No reconoce los DDSSy RR
- niega la sexualidad adolescente
- la castiga
- y obstaculiza una sexualidad sana y saludable.



Porque no se regulan los medios de comunicación que bombardean a las jóvenes y a los jóvenes en general con imágenes distorsionadas de lo que es la sexualidad del varón y de la mujer pero que a la vez pone una serie de trabas para que tengas acceso a información y servicios

Decimos además que niega los DDSSRR porque el gobierno parece olvidar que le corresponde al estado velar porque se cumpla los derechos humanos incluyendo los sexuales y reproductivos de los jóvenes, porque se olvida que Perú es un país signatario de los acuerdos de Beijing y del Cairo, en las que se comprometió a dar información y servicios a los adolescentes y en cambio le dice no a la AOE, sataniza el uso del condón, y en general los métodos anticonceptivos no tradicionales. En el 2009 intentando proteger a las adolescentes del abuso sexual, da una ley que penaliza las RS de las adolescentes, aun cuando estas fueran consentidas confinando a la sexualidad de las adolescentes a la clandestinidad y al ocultamiento por temor a las represalias.

El estado no da el apoyo necesario para que la ESI se implemente a nivel nacional en el país, y solo con apoyo

de la cooperación se puede llegar a pilotos que no impactan lo suficiente, lo mismo desde salud, la política dice servicios pero con la famosa ley si antes las adolescentes no iban al servicio ahora mucho menos, pues de acuerdo a ley estarían incurriendo en falta y el médico está obligado a denunciar.

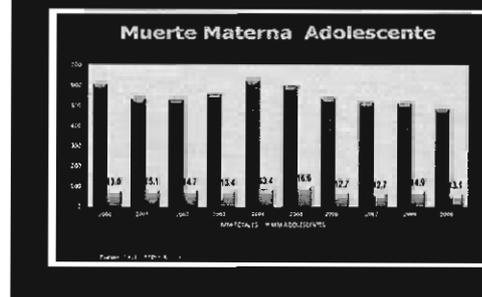
Como resultado de todo ello somos testigos de las graves consecuencias de la vulneración de los derechos de las adolescentes: Más partos, más abortos inducidos, más mortalidad materna, más VIH SIDA, más violencia en contra de las adolescentes.

Más partos en adolescentes



Las barras rosadas más intensas son los partos en general y las rosadas más claras parto en adolescentes, en horizontal los años, y vemos que los partos en adolescentes se ha ido incrementando a través de los años. En el 2000 era 15.0 y en el 2009 18.1.

Más muerte materna adolescente



Las barras lilas oscuras es la MM general y las lilas claras MM en adolescentes y tenemos que, en el 2000 era de 13.0 y en el 2009 13.1. Es decir, los esfuerzos de reducción de la MM han tenido impacto en otros grupos poblacionales pero no en el grupo adolescente.



En el lado derecho de la pantalla, las barras a colores tenemos el aborto general según años, en verde el 2005, amarillo 2006, azul 2007 y rojo 2008. Y del lado izquierdo tenemos los abortos incompletos en adolescentes, observando que la tendencia es al incremento de abortos incompletos.

Censos populacionales de 1000 al.	Total	Grupo de edad joven y joven					
		15 a 19 años		20 a 24 años		25 a 29 años	
		Hombres	Mujer	Hombres	Mujer	Hombres	Mujer
2010 (marzo)	8398	394	193	2155	457	4027	1172
2009 (marzo)	7638	362	166	1986	457	3660	1005
2008 (marzo)	7177	338	159	1875	457	3425	923
2007 (marzo)	6863	319	146	1752	457	3172	837

Fuente: División Sistema de Epidemiología, MINSA, Boletines 2007 - 2010.

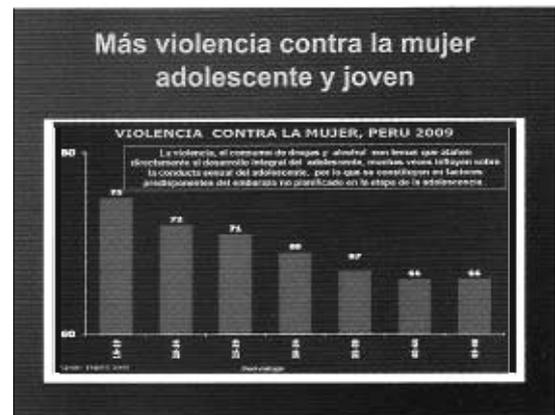
Desde que se inició la epidemia, el número de casos de mujeres con SIDA se ha venido incrementando y, paralelamente, disminuyendo la distancia que hay respecto al número de casos de varones. Así, tenemos que en 1991, la razón hombre/mujer era de 9 hombres / 1 mujer. Desde el 2005 la razón es de 2.83 /1. Como ya sabemos La principal vía de transmisión es la sexual que alcanza el 97,0%. La población principalmente afectada está constituida por hombres que tienen sexo con otros hombres; parte de ellos con comportamiento bisexual, con potencial riesgo de infectar a mujeres, y ellas al salir embarazadas transmiten el VIH a sus hijos 73. La mitad de los casos nuevos de la infección por VIH se han producido en personas de 15 a 24 años, lo que difiere de la tendencia observada en la primera mitad de la década de 1990, en la que se producía principalmente en personas de 30 a 39 años; “rejuvenecimiento” de la epidemia 71. Según la Dirección General de Epidemiología (DGE), en el Perú se han diagnosticado 25 879 casos de SIDA desde el inicio de la epidemia hasta marzo del 2010. Asimismo, se han reportado 40 592 casos de personas con VIH para el mismo periodo.

De 1983 a marzo del 2010 se han notificado 8 398 casos de SIDA en la población joven de 15 a 29 años, notándose un incremento de 760 casos en comparación a marzo del 2009.

MÁS VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO

Según ENDES 2009, el 75.1% adolescentes reportan alguna forma de control por parte de sus parejas. 29.4% de adolescentes ha sido objeto de violencia física por su pareja. 34.1% de adolescentes fue agredida cuando el esposo o pareja estaba bajo los efectos del alcohol. 34.7% considero que no era necesario denunciar, 13.1% no lo hace para no hacerle daño al agresor.

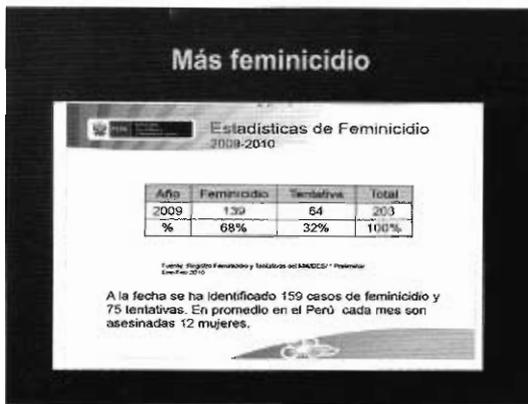
La violencia por género sucede sobre todo por celos (48.5 %), la pareja insiste en saber a dónde va (58.8 %) le impide que visite a sus amistades (24.6 %). (La empujó, abofeteó, le tiró o golpeó con algo, 3.2 % de violación sexual).



Y como ya lo habíamos señalado, este gráfico nos muestra que si bien hay violencia en todo los grupos de edad, el grupo poblacional más afectado por alguna forma de violencia es el grupo de 15 a 19 años y el de 20 a 24 años.

Por otro lado, tomando como fuente los reportes del Centro de Emergencia Mujer (CEM) el 71% de las mujeres jóvenes y adultas (18 a 59 años) son víctimas de violencia psicológica y/o física y fueron agredidas por su pareja, sean esposos o convivientes. De las 45 144 denuncias que recibió en el 2008, el 15% correspondía a jóvenes entre los 18 y 25 años y el 14% a adolescentes entre los 12 y 17 años.

El problema de violencia contra la mujer no puede entenderse sin abordar las concepciones de género que subyacen a estas relaciones violentas que se construyen entre las parejas, incluso desde la etapa de enamoramiento y en las propias familias.



Y esto es más alarmante aun, los casos de violencia que terminan en homicidio, en el año 2009 se registró 139 casos y 64 intentos. Pero a febrero del 2010 se habían registrado 159 casos de feminicidio y 75 tentativas.

CONCLUSIONES ACERCA DE LA SEXUALIDAD DE LA ADOLESCENTE

Concluimos que:

El comportamiento sexual adolescente está profundamente influenciado por normas sociales, culturales y por la tecnología.

Las adolescentes están mucho más vulnerables y expuestas a sufrir riesgos para su SSR porque se han descuidado factores protectores individuales, familiares y comunitarios (desarrollo de habilidades sociales, educación en el hogar, en la escuela, acceso a servicios de información y

consejería en SSR, entre otros).

Los indicadores de salud sexual reproductiva adolescente señalan que los esfuerzos país son aún insuficientes y son reflejo de la inacción del estado frente a sus derechos.

SE REQUIERE

Reconocer la ciudadanía y los derechos humanos de la gente joven.

Implementar una Educación Sexual Integral que enfatice la formación en valores y en habilidades sociales, que involucre a medios de comunicación, padres de familia y profesores.

Promover en las adolescentes la autodeterminación, el derecho a una vida sin violencia y la protección en sexualidad.

Se requiere estrategias orientadas a la construcción de nuevas masculinidades, menos violentas y más justas en las relaciones de género. Garantizar servicios integrales de salud sexual y salud reproductiva, con acceso a consejería, anticoncepción, incluyendo AOE, y prevención de la violencia.

Se requiere estrategias que usen la tecnología para llegar a la población adolescente.