

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POSTGRADO

Factores que influyen en el nivel de participación de los promotores juveniles en la gestión del programa de salud del adolescente de la UTES “El Carmen” de Huancayo.

TESIS Para optar el Grado Académico de MAGÍSTER EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.

AUTOR

Jenny Maribel Ricse Osorio

LIMA – PERÚ 2005

JURADO EXAMINADOR:

MG. CÉSAR GUZMÁN VARGAS	(Presidente)
MG. PEDRO MENDOZA ARANA	(Asesor)
MG. EDUARDO ZÁRATE CÁRDENAS	(Miembro)
MG. DANTE TORRES ANAYA	(Miembro)
MG. ZULLY ACOSTA EVANGELISTA	(Miembro)

ASESOR:

MG. PEDRO MENDOZA ARANA

DEDICATORIA:

A ***Dios todopoderoso***, por su bendición y haberme iluminado con su sabiduría en el devenir de la vida.

A mi madre, ***Laurina Osorio Vilca***, por su infinito amor e inculcarme la virtud del trabajo y la responsabilidad.

A la memoria de mi abuelo ***Fulgencio Osorio Mendoza***, quien me enseñó la perseverancia para alcanzar mis propósitos.

A mi abuela ***Aquilina Vilca García***, por su cariño, dedicación y preocupación.

MIS AGRADECIMIENTOS:

A la *Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, la Maestría en Gerencia de Servicios de Salud y mis profesores* por ilustrarme con los conocimientos actualizados, necesarios para la obtención de mi grado.

Al *Dr. Pedro Mendoza Arana*, ex coordinador de la maestría y asesor del presente estudio, por su compromiso especial con el desarrollo de capacidades gerenciales en los servicios de salud.

Al *Dr. Aníbal Velásquez Valdivia*, docente de las asignaturas del eje de investigación, por su valiosa orientación en el diseño, ejecución y término de la investigación.

Al *Director de la UTES "El Carmen" y a los jefes de cada centro de salud*, por las facilidades proporcionadas para el desarrollo del trabajo.

A los *coordinadores del programa PSEA de la UTES "El Carmen" y de cada centro de salud*, por su generosa colaboración.

A los *profesionales de la salud de la UTES "El Carmen"*, por abrirme las puertas de su institución y ofrecerme un espacio de su quehacer.

A cada uno de *los adolescentes* que compartieron conmigo sus alegrías y preocupaciones.

A todas las personas que de una u otra forma contribuyeron para realizar el presente trabajo.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	7
I. MARCO TEÓRICO	8
II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO	16
III. MATERIAL Y MÉTODOS	17
IV. RESULTADOS	25
V. DISCUSIÓN	67
VI. CONCLUSIONES	77
VII. RECOMENDACIONES	79
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
IX. ANEXOS	87

INTRODUCCIÓN

La salud de los adolescentes ha sido, hasta hace poco tiempo, uno de los aspectos más olvidados por el sector salud y los demás sectores involucrados en esta tarea, al ser la adolescencia, un período decisivo para el nivel de salud y calidad de vida que se podría alcanzar.

Los adolescentes viven una etapa caracterizada por grandes cambios biopsicosociales, por la búsqueda de un estilo de vida propio y por el rechazo a los estándares propuestos. Muchas veces desarrollan conductas riesgosas que les podrían dejar secuelas negativas para el resto de su vida. Así, para alcanzar un futuro saludable es imprescindible el desarrollo de conductas protectoras, que exige el apoyo de los adultos y acciones colectivas de prevención y promoción de la salud.

Sin embargo, por diversos motivos, el uso de los servicios preventivos por parte de los adolescentes es exiguo. Por ello, se ha incorporado la participación de los promotores juveniles, como una estrategia para adecuar los servicios de salud a las expectativas y necesidades que tienen los adolescentes.

El programa de salud del adolescente del MINSA, ha incluido esta estrategia con aplicación a nivel nacional, pero la intervención es restringida y aún no existen mediciones del grado de participación del promotor juvenil en la gestión del programa.

En nuestro estudio realizado en la UTES “El Carmen” de la ciudad de Huancayo, Región Junín, pretendemos cuantificar el nivel de la participación del promotor juvenil en la gestión del programa del adolescente, e identificar las condiciones que la faciliten para hacer más efectiva esta participación. Los resultados, permitirán analizar el trabajo conjunto de adultos y jóvenes, en beneficio del programa y de los adolescentes de la UTES “El Carmen”.

I. MARCO TEÓRICO

Antecedentes.

Los adolescentes constituyen alrededor del 21,7% de la población de América Latina y el Caribe (1). Sin embargo, el porcentaje de la población adolescente es mayor en países menos desarrollados y con menos recursos (1).

Las tasas de fecundidad en las adolescentes se mantienen e incluso han crecido, especialmente en aquellas con escaso nivel educativo y pobreza (1). La incidencia de las ETS y el SIDA está en aumento, así mismo la morbilidad y mortalidad por accidentes y violencia se está incrementando, especialmente en adolescentes varones, lo mismo ocurre con la prevalencia del uso del tabaco y alcohol (1).

Para 1999, la población peruana entre los 10 y 19 años, constituía el 21,7% de la población total (2). Este grupo etario presenta baja mortalidad general, siendo motivos fundamentales: los accidentes, suicidios, complicaciones del proceso reproductivo e infecciones (3). Sus principales causas de morbilidad son las afecciones ligadas al proceso reproductivo, enfermedades infecciosas parasitarias, trastornos emocionales y problemas nutricionales (3).

Según la ENDES 96, las mujeres peruanas inician su actividad sexual a una edad promedio de 19 años, pero entre las mujeres rurales la edad promedio es de 18 años (2). El 13% de las mujeres peruanas entre 15 a 19 años ya son madres o están gestando por primera vez. Este porcentaje llega al 26% en las adolescentes rurales y en aquellas sin educación alcanza un 56% (2).

Las cinco regiones con mayor cantidad de jóvenes son: Lima, Piura, La Libertad, Cajamarca y Junín que agrupan al 53% de la población nacional (2). En la región Junín el 24,9% de la población es adolescente, de ellos, un 10% de las mujeres de 15 a 19 años ya son madres o están gestando por primera vez (4). Asimismo el 65,4% de mujeres entrevistadas tuvo su primera relación sexual

antes de los 20 años (4). Con relación al SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual, el 31% de mujeres de 15 a 19 años, no tiene conocimiento de formas efectivas de evitarlos (4).

Servicios de salud para adolescentes:

Las conductas nocivas desarrolladas durante la adolescencia son previsible en gran parte, cuando se aplican las estrategias adecuadas (5). Lo cual hace indispensable proporcionar a los adolescentes las herramientas y los servicios necesarios para lograr su buen desarrollo (6). Sin embargo, los adolescentes y jóvenes han sido por décadas, uno de los sectores poblacionales menos atendidos por el sector salud (7), en comparación con otros grupos de edad. Ello, por haber sido considerados como un grupo saludable con relativa mortalidad (8).

La atención a los problemas de salud de los adolescentes es reciente (9). No obstante, los programas dirigidos a ellos en los países de América Latina, El Caribe y otros lugares del mundo, se han concentrado con demasiada frecuencia, en condiciones específicas de su problemática (10) y han intervenido cuando los comportamientos se han encontrado bien arraigados (1). Así, este tipo de programas centrados en el individuo, no han demostrado ser efectivos en cambiar la vida de los adolescentes y han tenido un alto costo (1).

En la actualidad, se ha determinado que la forma más efectiva de hacer intervenciones en la adolescencia, es actuar en forma holística con enfoque preventivo y de desarrollo. En ese contexto, en nuestro país desde 1991, se inició la ejecución del primer Plan Nacional de Salud Integral del Escolar y del Adolescente, que cumple con ser holista y de orientación esencialmente promocional y preventiva (3,11,12).

La cobertura del programa PSEA fluctúa entre el 30 y 45% de la población objetivo (12). Si bien los servicios están disponibles, los adolescentes no los usan o no acuden con frecuencia (13). Ello se debe a que, no saben de su existencia o

que los servicios no se adecuan a sus reales necesidades y expectativas (9,12), lo cual hace que los adolescentes se percaten de cierto número de barreras que dificultan su acceso y uso (1,13-16).

Los adolescentes no son niños ni adultos, tal situación, los hace sentir incómodos en los ambientes para estos grupos (9,17). El desarrollo de actividades que no corresponden a sus intereses (18) y ciertos elementos físicos y organizacionales de los servicios también contribuyen a su rechazo. Estas características incluyen: La localización de los servicios (9), horarios establecidos en los cuales no pueden acudir por no abandonar su estudio o trabajo (9,12,18-20), distancia a su domicilio (20), complejidad en las rutinas de admisión y sistemas de espera (21).

Los adolescentes, muchas veces no tienen confianza en el profesional de la salud (9), debido a su actitud (19), les hace preguntas incómodas y / o utiliza métodos desagradables (13), lo que impide que se manifiesten abiertamente en temas como la sexualidad, enfermedades de transmisión sexual o las drogas (9).

De la misma manera, los adolescentes no buscan ayuda en los servicios de salud, porque no se sienten enfermos o no están conscientes de las graves consecuencias de sus conductas (13). En nuestro país, sólo el 55% de aquellos adolescentes de zonas rurales, que refieren enfermedad o accidente, acuden a puestos y centros de salud del MINSA (16). Lamentablemente los que necesitan más apoyo, son quienes menos lo buscan, como aquellos procedentes de los estratos más humildes o pertenecientes a las minorías sociales, como los emigrantes o los que no tienen hogar (5).

Entonces, diversas organizaciones internacionales, nacionales y los propios adolescentes, proponen que los servicios de salud sean accesibles (5,9,19,23,24), atractivos (13,25), acogedores (25), con horarios convenientes (5,19,26), esperas cortas (19), con privacidad (5,19,20,26,27), confidencialidad (5,6,10,13,15,19,25-30), y bajo costo (5,30). Igualmente, dichos servicios deben recoger las necesidades específicas de los usuarios (16,20,31), a través de diagnósticos participativos (25) que involucren a los mismos adolescentes,

mediante su intervención activa en los procesos de planificación, implementación y evaluación de los programas dirigidos a ellos (8,9,16,17, 19,20,23,25,27,28,32-41).

Por consiguiente, se requiere pasar de una lógica centrada en el servicio que se ofrece, la oferta, hacia una lógica centrada en el usuario; es decir estructurar el servicio de acuerdo a la demanda (16).

Participación juvenil:

La participación juvenil es un proceso, en el que adultos y jóvenes comparten un objetivo común (42). Esta estrategia busca en los programas para adolescentes, el compromiso activo de los jóvenes para que, a través de patrones de socialización juvenil se involucren en el desarrollo de su comunidad, como agentes activos de cambio y emprendan acciones que contribuyan a la solución de sus problemas (11).

Se fundamenta en que, durante la adolescencia los grupos de pares cumplen un papel afectivo y socializador. Estudios analizados por Stevens Long y Cobb revelan que, los adolescentes tienen interacciones significativamente frecuentes con sus pares que con los adultos, con quienes se sienten más relajados y felices (35).

Se tienen diversas experiencias de participación juvenil en los programas destinados a su atención. En ellos los adolescentes intervienen activamente en las etapas de planificación, ejecución y evaluación. Durante la planificación participan en la determinación de necesidades y prioridades del programa como ocurre en: El "Proyecto Alternativas" en Honduras (13), "Club Comunitario" en Polonia (13), "Centro Juvenil Multiservicio Regina" en Nueva York (24) y otros.

En la etapa de ejecución de los programas, los adolescentes apoyan en la elaboración de materiales y son educadores de pares en los proyectos: "Youth to Youth" en Estados Unidos (14), "AIDSCAP" (Control y prevención del SIDA) en Asia, África y América Latina (27) y PRADO en África (43). También participan

como consejeros en el “Proyecto juvenil de alto riesgo” en los Ángeles (23), dirigen charlas y talleres en el “Proyecto CRUSH” (Kenia). Otros distribuyen condones como se da en el Proyecto “ACTION” en Estados Unidos (8), refieren casos a los servicios (18) y participan en investigaciones en los proyectos “Cora” en México y “Janela” en Brasil (18,44).

En nuestro país, también se tienen experiencias, así CEDRO con su programa de “Líderes Naturales” realiza acciones preventivas para el consumo de drogas, en el cual los mismos jóvenes ofrecen ayuda individual a compañeros con ciertos problemas y organizan actividades de integración (45). En el “Centro Juvenil Futuro” de INPPARES, los jóvenes intervienen en la elaboración de videos educativos (30). Otros adolescentes entrenados desarrollan consejería rápida, promoción callejera, distribución de folletos, condones, conducción de talleres educativos y referencia de casos en CESRA (Centro de Salud Sexual y Reproductiva) (30,46). Promotores juveniles del MINSA participan en acciones de capacitación, referencia de adolescentes en riesgo y consejería (30), mientras que, en ESSALUD los líderes juveniles se desarrollan como educadores de pares fundamentalmente en salud sexual y reproductiva (12,47).

Posibilidades de la participación juvenil

La participación de los usuarios en forma individual u organizada en las fases de planificación, ejecución y evaluación de los servicios de salud para adolescentes, favorece la mayor cobertura (1,13,22,23,30), la eficiencia (30), la eficacia (5,30,49) y la mejora de la calidad en los referidos servicios (1,13,16,25,30,33,39,48).

Los programas garantizan su sostenibilidad con la participación de los jóvenes, porque ellos les sirven de nexo con la comunidad (13). Sus aportes aseguran que se responda a sus necesidades (13,14), ya que ayudan a identificar los mensajes, las estrategias más efectivas y las actividades más populares en su grupo de pares (9,25). Los promotores juveniles, se convierten así, en portavoces de la credibilidad de los servicios y pueden generar corrientes favorables entre

sus iguales para frecuentarlos (25,50). Como educadores de pares, son de mucha utilidad en el desarrollo de acciones preventivas y de promoción de los servicios, pues les resulta más fácil llegar a su propio grupo, y los resultados son más exitosos (22,25,51).

La participación de los adolescentes los beneficia también a ellos, haciendo que adquieran nuevos conocimientos prácticos que les posibilite adoptar conductas saludables (2) y capacidades que permitan su desarrollo personal (23,52). Se fortalece su autoestima, lo cual los hace tomar conciencia de sus dificultades para que afronten sus responsabilidades y compartan decisiones acerca de su propia salud (23,44). Los adolescentes se preocupan más por sus semejantes (53), se sienten motivados a ayudar (23,43), son más creativos, productivos, sociables, mejorando así su integración grupal y comunitaria (44).

De la misma manera, el profesional de la salud se beneficia con la participación de los promotores juveniles, pues les ayuda a entender sus necesidades y cómo relacionarse con ellos (50). El contacto humano es fundamental en la prestación de servicios de salud para adolescentes, para lo cual los agentes de salud deben percibir al adolescente como persona, no como problema y ser capaces de concordar su quehacer con ellos.

Dificultades en la participación juvenil

Si bien, el enfoque participativo con intervención de jóvenes es eficaz para la comunidad científica, éste no se da de manera sistemática (7,13). La participación en los programas de atención para adolescentes, varía desde su completa abstención (sólo son objeto de la intervención) hasta situaciones en las que comparten la toma de decisiones con los adultos (13).

Una evaluación realizada por la OPS, demuestra que entre el 8 al 16% de los representantes de los países que fueron entrevistados, incorporan adecuadamente a los adolescentes, familias y comunidades a los programas (1). Otro estudio realizado por el Centro Internacional de Investigación sobre la mujer

en el Caribe, puso de manifiesto que, los que aplican los programas recomiendan la participación usual de los adolescentes en el proceso, pero rara vez lo cumplen, por falta de experiencia y conocimientos sobre cómo incluirlos con éxito en el programa (13,53).

El estudio “Gestión de la atención de los adolescentes y jóvenes en Chile y en el Perú”, revela que la participación de los usuarios en el diseño, ejecución y evaluación del programa es exigua y se convierten en beneficiarios del mismo. Además, refiere que en el sector público peruano, se enfatiza la ampliación de coberturas y mejora de la atención a través de los líderes juveniles, pero éstos pasan a ser parte del servicio sin que se les confiera autonomía en forma progresiva. Del mismo modo, la variable participación obtuvo el promedio más bajo del conjunto de indicadores que integraban la variable gestión general del servicio (30).

Los expertos afirman la existencia de poca investigación y evaluación respecto a la participación de los adolescentes, su eficacia en función de costos, sostenibilidad e impacto (13,54). Tampoco existe suficiente experiencia documentada con relación al trabajo conjunto de adultos y jóvenes en cada etapa del proceso de programación, sobre todo en la planificación, toma de decisiones, determinación de prioridades y la gestión en su totalidad (13,55).

A lo mencionado, se suman las dificultades que se presentan en el trabajo con promotores juveniles, pues ellos presentan una alta tasa de desgaste, asociado al abandono del programa a medida que se hacen mayores, lo cual requiere nuevas capacitaciones, incrementando el esfuerzo y los costos (22,28,56). Algunas son logísticas, como el insuficiente número de jóvenes formados para este tipo de tareas (13). Otro inconveniente, es la actitud inflexible de algunos progenitores concerniente a la participación de sus hijos en el programa (13,47).

Las principales barreras relacionadas a los profesionales de la salud son: Sus actitudes, la creencia que la formación de promotores para estos fines no es el mejor uso que se puede hacer de los recursos o el convencimiento que este tipo de participación no es el adecuado para los jóvenes (13). La escasa confianza que demuestran los profesionales de la salud a los promotores, por su poca

experiencia (13,57), hace que ellos se sientan tratados, como si los adultos no les dieran importancia, olvidando su necesidad de ser alguien.

En nuestro país, el programa del adolescente del MINSA cumple con la estrategia de incluir la participación de adolescentes como líderes juveniles, capacitándolos para que a su vez hagan el efecto multiplicador entre sus pares generacionales (11). Es así que, durante el desarrollo del programa se preparan a los adolescentes como promotores juveniles para que actúen como aliados en la promoción de conductas saludables (4).

Sin embargo, no se conoce la mejor manera de llevar a la práctica la participación de los promotores juveniles en la gestión del programa de salud del adolescente, en realidades y culturas diferentes como en la Región Junín, cuyas necesidades e infraestructuras varían. Ello, porque existe un vacío en la determinación de la participación positiva en términos mensurables y en lo referente a su vigilancia y evaluación. Asimismo subsisten barreras para que esta participación sea eficaz.

Surge entonces, una clara necesidad de elaborar y definir medidas e indicadores de la participación de los adolescentes en la planificación, desarrollo y evaluación del programa, asimismo conocer los aspectos que la limitan y facilitan en nuestra realidad peruana, primordialmente en áreas rurales como la UTES “El Carmen”, Región Junín. Lugar que alberga gran número de jóvenes, donde es prioritario aunar esfuerzos para ampliar y mejorar la oferta de servicios para adolescentes, adecuándolos a sus expectativas a través de la estrategia participativa del promotor juvenil en la gestión del programa del adolescente.

Para el efecto, nuestra investigación, pretende medir la participación de los promotores juveniles en la gestión del programa del adolescente de la UTES “El Carmen”, perteneciente a la Dirección Regional de Salud -Junín, y determinar aquellos factores que coadyuvan y limitan la participación precisada. Lo cual, servirá de sustento para encaminar posteriores acciones en mejora de la estrategia participativa y el trabajo conjunto con promotores juveniles en la gestión del programa de la región; y ser útil para futuras investigaciones en la materia.

II. OBJETIVOS DEL ESTUDIO:

Los objetivos del estudio denominado *“Factores que influyen en el nivel de participación de los promotores juveniles en el programa de salud del adolescente de la UTES El Carmen de Huancayo”* fueron:

Objetivo general:

Establecer los factores que influyen en el nivel de participación de los promotores juveniles en la gestión del programa de salud del adolescente de la UTES “El Carmen” de Huancayo.

Objetivos específicos:

- 2.1. Determinar el nivel de participación de los promotores juveniles en la gestión del programa de salud del adolescente de la UTES “El Carmen” de Huancayo.
- 2.2. Identificar los factores del promotor juvenil que influyen en el nivel de participación de los promotores juveniles en la gestión del programa de salud del adolescente de la UTES “El Carmen” de Huancayo.
- 2.3. Identificar los factores de la acción del programa que influyen en el nivel de participación de los promotores juveniles en la gestión del programa de salud del adolescente de la UTES “El Carmen” de Huancayo.

III. MATERIAL Y MÉTODOS:

3.1. Tipo de estudio y variables:

El estudio corresponde a un diseño descriptivo transversal, mediante el cual buscamos establecer relaciones de asociación, entre el nivel de participación del promotor juvenil en la gestión del programa de salud del adolescente de la UTES “El Carmen” de Huancayo, con factores del promotor juvenil y del programa.

Las Variables son:

a. Nivel de participación del promotor juvenil en la gestión del programa de salud del adolescente.

Alto, bajo y nulo grados de intervención de los promotores juveniles en la planificación, ejecución y evaluación del programa del adolescente de su centro de salud, según el *Cuadro A- 1*, basado en niveles de participación del Dr. Pederson (58) y la escalera de la participación de Hart (42).

Cuadro A- 1. Nivel de participación de los promotores juveniles

Nivel	Participación	GESTIÓN DEL PROGRAMA DEL ADOLESCENTE		
		PLANIFICACIÓN	EJECUCIÓN	EVALUACIÓN
NULO	Uso del servicio	No son informados	Beneficiarios	No son informados
BAJO	Colaboración	Reciben información general	Elaboran material educativo	Reciben información general
		Les informan decisiones e invitan a participar	Distribuyen material y promocionan el servicio	Les informan decisiones e invitan a participar
ALTO	Toma de decisiones	Les consultan decisiones y coordinan	Conducen talleres	Les consultan decisiones y coordinan
		Proporcionan información, son consultados y coordinan periódicamente	Realizan consejerías individuales	Proporcionan información, son consultados y coordinan periódicamente
		Toman decisiones	Refieren casos	Toman decisiones

b. Factores del promotor juvenil:

“Elementos personales, escolares, ocupacionales, familiares, sociales, cualidades y condiciones para ser promotor, percepción que tiene de la labor que desempeña, satisfacción del promotor juvenil y su dedicación al programa del adolescente”.

b.1. Factores personales: Edad, sexo, lugar de residencia.

b.2. Factores escolares: Nivel educativo, turno de estudios, tipo de centro educativo.

b.3. Factores ocupacionales: Realización de actividades laborales y deportivas.

b.4. Factores familiares: Convivencia, relación, comunicación y aceptación de los padres a la tarea del promotor juvenil.

b.5. Factores sociales: Conexión a grupos de su edad, tipo de relación con sus pares, percepción de su problemática, capacidad de ayudar a sus pares, intervención con sus pares.

b.6. Cualidades y condiciones que tiene el adolescente para ser promotor juvenil: Cualidades y condiciones convenientes que posee el adolescente para desempeñarse como promotor juvenil.

b.7. Percepción que tiene el promotor juvenil de la labor que cumple en el programa: Noción de la utilidad de la labor que realiza, actitud ante la ampliación de su participación.

b.8. Dedicación al programa: Tiempo que asigna el promotor para realizar su labor.

b.9. **Satisfacción del promotor juvenil:** Satisfacción personal con su propio trabajo y con el de su coordinador.

c. *Factores de la acción del programa con los promotores juveniles:*

“Elementos del trabajo que realiza el programa con los promotores juveniles, en los procesos de selección y capacitación del promotor, la asesoría y seguimiento del trabajo desarrollado por el promotor.

c.1. **Selección:** Modalidad empleada.

c.2. **Capacitación:** Técnica utilizada, lugar donde se realizó, duración, agrado con los temas tratados, grado de conocimiento de los contenidos. Indicación de funciones al promotor.

c.3. **Asesoría y seguimiento:** Formas de seguimiento, frecuencia de contactos y de información de sus actividades, presencia de inconvenientes y su solución por el coordinador.

3. 2. Población en estudio:

El estudio se realizó en la Región Junín, provincias de Huancayo, Concepción, y Chupaca, en centros del Ministerio de Salud, pertenecientes a la UTES “El Carmen”. Se determinó trabajar en centros de salud correspondientes al primer nivel de atención, puesto que tienen como misión privilegiar los servicios de prevención y promoción, para lo cual cuentan con equipos multidisciplinarios.

La población en estudio estuvo integrada por promotores juveniles capacitados en cada centro de salud perteneciente a la UTES “El Carmen”. Los promotores juveniles son aquellos estudiantes de los centros educativos

secundarios que han recibido capacitación en el centro de salud de su jurisdicción, para apoyar en actividades de prevención y promoción dirigidos a sus pares.

La muestra fue “no probabilística de sujetos tipo”, donde confluyeron las unidades de análisis y las unidades de muestreo. Se incluyeron en el estudio a todos los promotores juveniles capacitados, durante el año 2002 por el Programa de Salud del Adolescente del centro de salud de su distrito, que habían estado trabajando por lo menos tres meses luego de su capacitación.

Se trabajó con los Centros de Salud de Chongos Bajo, Chupaca, Huáchac, La Libertad, Manzanares, Orcotuna y Sicaya. De los cuales, se consideró para el estudio final a los Centros de Chupaca, Huáchac, Manzanares y Sicaya, debido a que, durante el año 2002, los centros restantes no cumplieron con realizar la capacitación a los promotores juveniles, hasta el mes de septiembre como lo habían previsto.

El número de promotores juveniles participantes del estudio fue 103, los cuales se distribuyeron de la siguiente manera:

Cuadro A-2.

Establecimiento de salud	N.º de promotores juveniles
C.S. Chupaca	37
C.S. Huáchac	30
C.S. Manzanares	5
C.S. Sicaya	31
Total	103

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de la información:

Para el estudio se utilizó como instrumento, una encuesta parcialmente estructurada, que contenía preguntas cerradas y abiertas, con la finalidad que los promotores juveniles, al ser encuestados proporcionen información más amplia y profunda.

Las preguntas fueron elaboradas sobre la base de una revisión bibliográfica exhaustiva. El contenido de la variable denominada “Nivel de participación del promotor juvenil en la gestión del programa del adolescente”, se sustentó esencialmente en la escala de niveles de participación del Dr. Pederson, utilizado en el estudio de “Evaluación de acciones de apoyo a la movilización social” realizado por la UPCH (58) y la “Escalera de la participación de Hart” aplicado en el programa de educación de pares del Instituto de Educación y Salud (42,59). Las preguntas referidas a los factores del promotor juvenil se fundamentaron en la “Encuesta de oportunidades perdidas de atención integral en programas de adolescentes” de la OPS y la evaluación de la participación juvenil del “Manual de participación juvenil” (59,60). Lo concerniente a los factores de la acción del programa, se basó en la revisión bibliográfica (12,42,45,49).

La validación del instrumento empleado con los promotores juveniles, se efectuó mediante una prueba piloto. La que se desarrolló en un centro de salud del área de Huancayo, no perteneciente a la UTES “El Carmen”, que permitió realizar las correcciones de forma y fondo necesarias. La confiabilidad del instrumento se estableció con el coeficiente α de Cronbach de 0,87.

Para la recolección de la información se obtuvo el apoyo del Director de la UTES “El Carmen”, la Jefa de capacitación y el coordinador del programa del adolescente. Con este respaldo, se presentó la documentación correspondiente a cada Jefe de los centros de salud en estudio y se concertó con los encargados del programa del adolescente respectivos. Al mismo tiempo, se hicieron coordinaciones con los profesores de OBE de los centros educativos donde los promotores estudiaban.

El estudio se desarrolló durante los meses de agosto a noviembre del año 2002, se recogió información de los promotores juveniles capacitados, previa explicación y consentimiento de su participación en el estudio. Para lo cual se consideró la colaboración de los encargados del programa SEA de cada centro de salud y los profesores de OBE respectivos. Se consiguió total interés en los promotores a ser comprendidos en la investigación.

3.4. Metodología del procesamiento y análisis de la información:

Las respuestas de los cuestionarios se codificaron antes de ser introducidas en la base de datos en el programa Excel. Las respuestas a las preguntas abiertas se procesaron a través del análisis de contenido. Estas fueron agrupadas con relación a categorías descriptivas y luego en categorías interpretativas, asignándole luego un código a cada una de ellas, de tal manera que pudieran ser analizadas cuantitativamente.

Para el estudio, se consideró como “*participación del promotor juvenil en la gestión del programa del adolescente*” a la “*participación en la toma de decisiones*”, de acuerdo a la clasificación de la escalera de la participación de Hart (*Cuadro A-3*), método de medición de la participación de los jóvenes en programas de educación de pares, aplicado por el Instituto de Educación y Salud (IES) para evaluar la intervención de los adolescentes (42).

De acuerdo a la clasificación de Hart, la participación en la toma de decisiones corresponde a los niveles 8, 7 y 6. La intervención a modo de colaboración se vincula con los niveles 5, 4 y 3 y la participación nula equivale a los niveles 1 y 2. Las respuestas “*siempre*” se calificaron con puntaje 2, “*a veces*” con 1 y “*nunca*” con 0. Por lo tanto, luego de sumar todas las respuestas, la participación en la toma de decisiones o alta participación corresponde a partir del puntaje 17-20 del nivel 6 (*Cuadro A-4*).

Cuadro A-3. Escalera de la participación de Hart.

8	Decisiones iniciadas por jóvenes y compartidas con adultos.
7	Decisiones iniciadas y dirigidas por jóvenes
6	Decisiones tomadas por adultos y compartidas por jóvenes.
5	Adultos deciden, informan y consultan a los jóvenes.
4	Adultos diseñan propuestas e invitan a participar a jóvenes.
3	Se da a conocer a los jóvenes lo que tienen que hacer.
2	Adultos utilizan a los jóvenes para lograr sus objetivos.
1	Los jóvenes no comprenden el significado de las acciones.

Adaptado por el IES (42) de Robert Hart, Childrens participation from tokenism to citizenship (Centro internacional para el desarrollo de la infancia de la UNICEF, Florencia, Italia1992)

Una vez ingresados los datos en la base del programa Excel, éstos fueron trasladados para su procesamiento al programa estadístico SPSS. Se elaboraron tablas de distribución de frecuencias y se buscaron correlaciones entre las variables “participación” y “no-participación” del promotor juvenil en la gestión del programa, con factores del promotor: Personales, escolares, ocupacionales, familiares, sociales, cualidades y condiciones para ser promotor, percepción del rol que cumple, su dedicación al programa y satisfacción del promotor. Igualmente se correlacionaron con factores de la acción que desarrolla el programa con ellos, vinculados a su selección, capacitación y seguimiento.

Para determinar la asociación entre las variables, se utilizó en el programa EPI INFO, la prueba de ODDS RATIO con un intervalo de confianza del 95%, considerándose significativo un valor de P menor a 0,05. Asimismo se analizaron en conjunto aquellos factores asociados mediante la prueba de REGRESIÓN LOGÍSTICA, aplicado en el programa SPSS.

Cuadro A -4.

NIVEL DE PARTICIPACIÓN		PUNTAJES ALCANZADOS EN LAS ETAPAS DE LA GESTIÓN DEL PROGRAMA DEL ADOLESCENTE				
Punt. final		Nivel Hart	PLANIFICACIÓN	EJECUCIÓN	EVALUACIÓN	Punt. acum.
NULO 0-2	Uso del servicio	1	No son informados = 0	Beneficiarios = 0	No son informados = 0	0
		2	Reciben información general = 1		Reciben información general = 1	1-2
BAJO 3-16	Colaboración	3	Reciben información general = 2	Elaboran material educativo = 2	Reciben información general = 2	3-6
		4	Les informan decisiones e invitan a participar = 1 ó 2	Distribuyen material =2	Les informan decisiones e invitan a participar = 1 ó 2	7-12
		5	Les consultan decisiones y coordinan =1	Promocionan el servicio =2	Les consultan decisiones y coordinan =1	13-16
ALTO 17-32	Toma de decisiones	6	Les consultan decisiones y coordinan =2	Conducen talleres = 2	Les consultan decisiones y coordinan =2	17-20
		7	Proporcionan información, son consultados y coordinan periódicamente =1 ó 2	Realizan consejerías individuales =2	Proporcionan información, son consultados y coordinan periódicamente =1 ó 2	21-26
		8	Toman decisiones =1 ó 2	Refieren casos =2	Toman decisiones =1 ó 2	27-32

IV. RESULTADOS

4.1. Nivel de participación del promotor juvenil:

De los 103 promotores juveniles encuestados, más de la cuarta parte de ellos (26,21%) presentaron “alta participación”, los cuales se involucraron en la gestión del programa del adolescente de la UTES “El Carmen” (Gráfico 1-A, 1-B). Según las etapas de la gestión del programa, observamos mayor participación de los promotores en la planificación (52,43%) y menor intervención en la ejecución (22,33%) (Gráfico 1-C).

Al comparar por establecimiento de salud, la participación del promotor juvenil se cumplió sólo en los centros de Chupaca y Sicaya (Gráfico 2-A). En estos establecimientos se observa que el promotor interviene en forma ascendente en las fases de la gestión, en comparación a los demás cuya actuación es descendente (Gráfico 2-B).

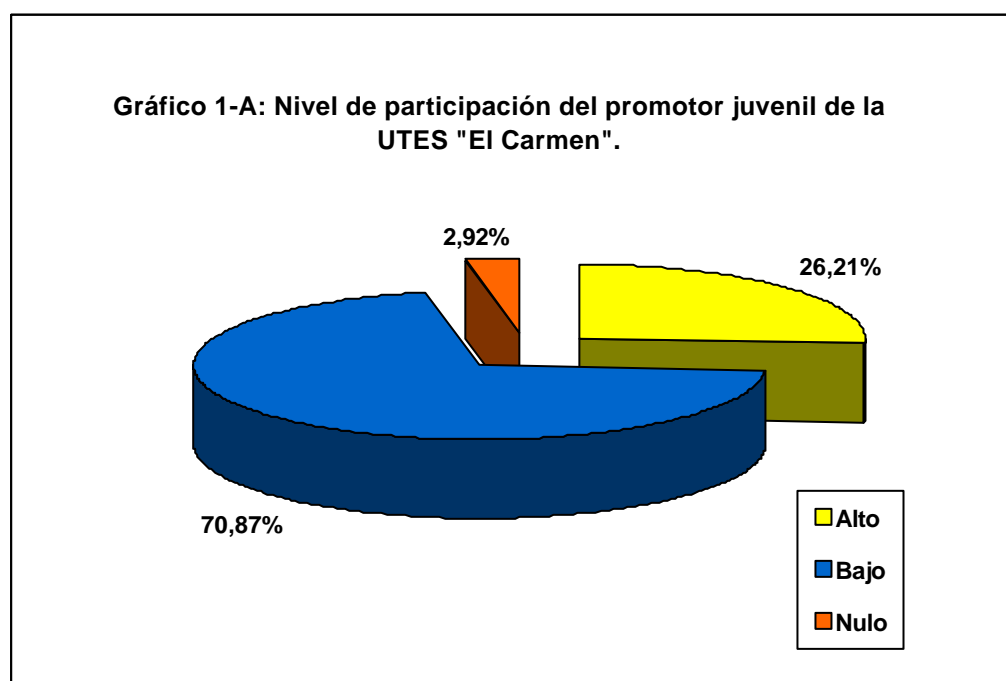


Gráfico 1-B: Participación del promotor juvenil en la gestión del programa del adolescente de la UTES "El Carmen"

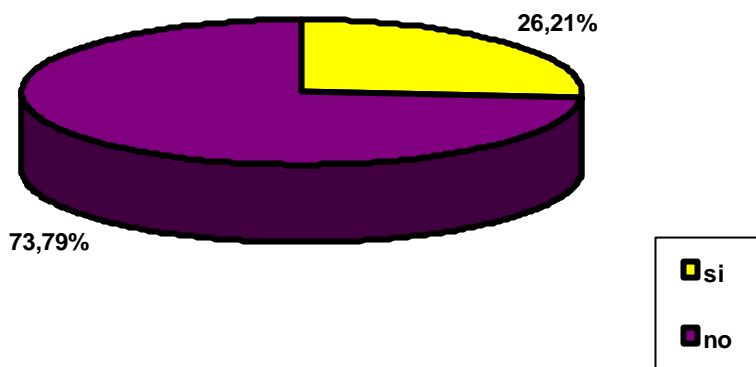


Gráfico 1-C: Participación del promotor juvenil en las etapas de gestión del programa.

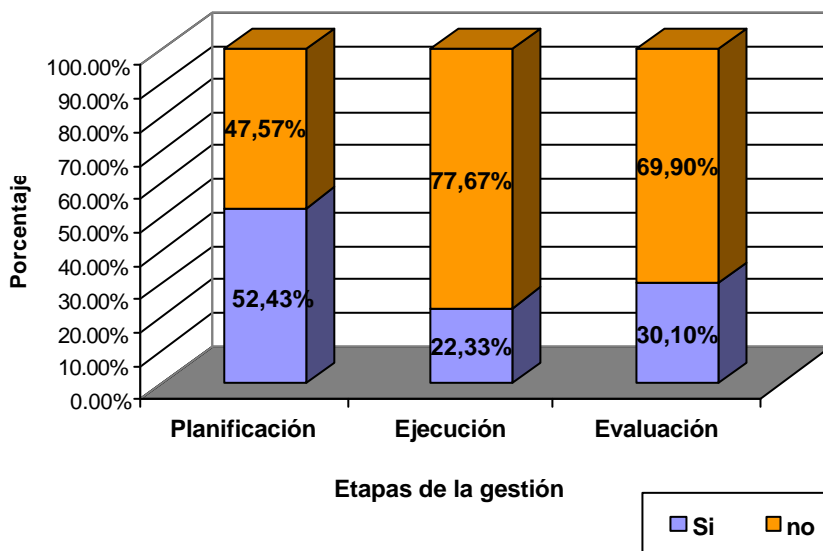


Gráfico 2-A: Participación del promotor juvenil en la gestión del programa del adolescente por establecimiento de salud.

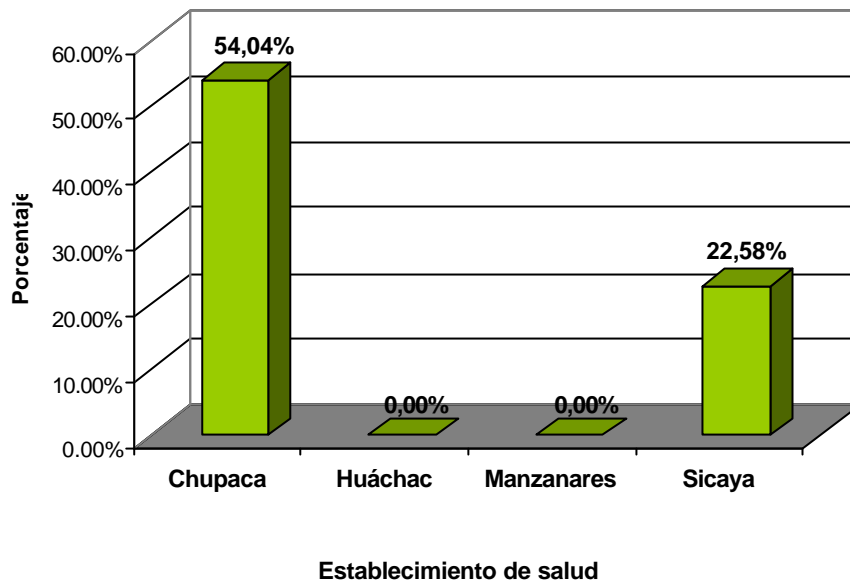
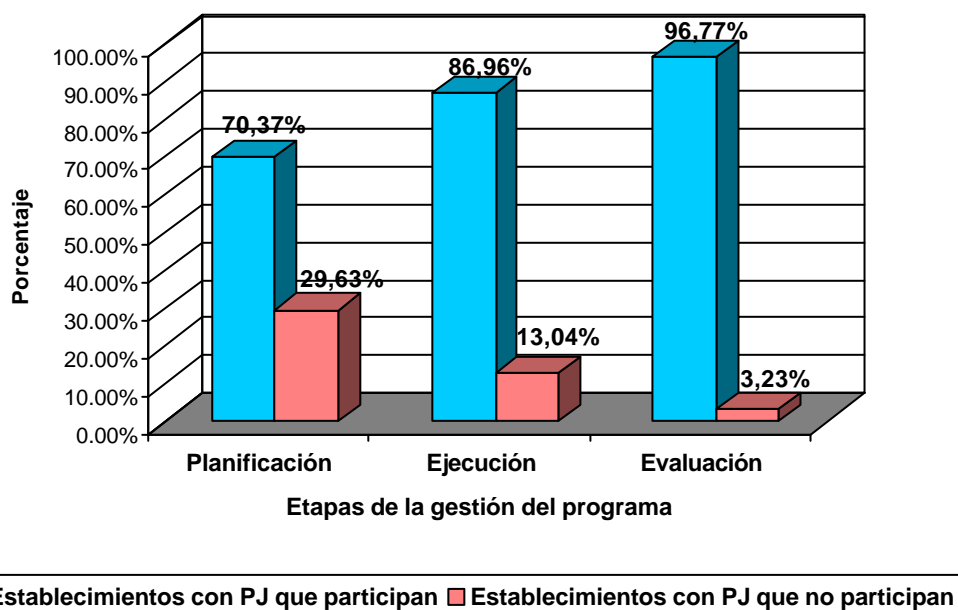


Gráfico 2-B: Participación en las etapas de la gestión del programa del adolescente por establecimiento de salud.



4.2. Características de los promotores juveniles:

a. Características personales del promotor juvenil:

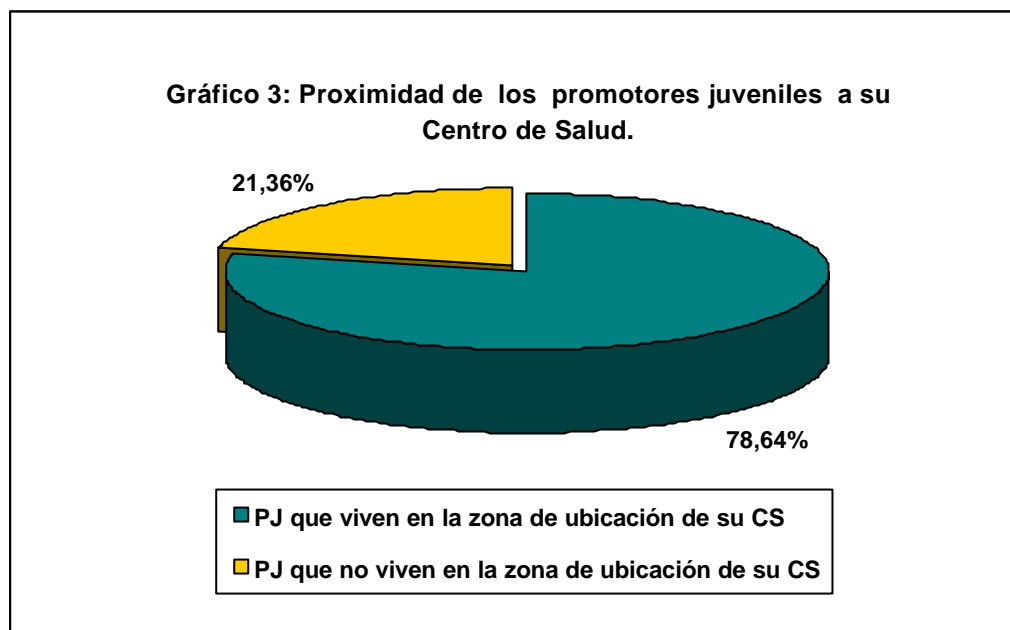
Del grupo de los 103 promotores juveniles en su mayoría (60,19%) eran mujeres. Se encontró edades predominantes entre los 15 y 17 años (54,37%) (*Cuadro 1*). Alrededor de un tercio de ellos (29,13%) residía en el distrito de Huáchac, el 23,30% en Chupaca y el 22,33% en Sicaya (*Cuadro 2*). El 78,64% de los promotores residía en el mismo distrito de ubicación del centro de salud correspondiente (*Gráfico 3*)

Cuadro 1: Características personales del promotor juvenil (n =103)

Características		Frecuencia	Porcentaje (%)
Sexo	Masculino	41	39,81
	Femenino	62	60,19
Edad	12-14	30	29,12
	15-17	56	54,37
	18-20	17	16,51

Cuadro 2: Lugar de residencia del promotor juvenil.

Lugar	Frecuencia	Porcentaje (%)
Chilca	4	3,88
Chongos Bajo	1	0,97
Chupaca	24	23,30
Huáchac	30	29,13
Huancayo	4	3,88
Iscos	1	0,97
Manzanares	5	4,86
Orcotuna	2	1,94
Pilcomayo	9	8,74
Sicaya	23	22,33
Total	103	100,00



b. Características escolares del promotor juvenil.

Al ser encuestados, el 40,78% de los promotores juveniles, era estudiante del 5° año de secundaria, seguido por aquellos que cursaban el 3° año con el 33,98% (Cuadro 3). El 90,29% de ellos asistía a su centro educativo en el turno mañana.

Cuadro 3: Características escolares del promotor juvenil.

Año de estudios	Frecuencia	Porcentaje(%)
Primero	1	0,97
Segundo	9	8,74
Tercero	35	33,98
Cuarto	16	15,53
Quinto	42	40,78
Total	103	100,00

c. Características ocupacionales del promotor juvenil:

La mayoría de los promotores juveniles (60,19%), realizaba cierta actividad laboral, entretanto el 78,64% practicaba algún deporte en sus horas libres (*Cuadro 4*).

Cuadro 4: Características ocupacionales del promotor juvenil.(n =103)

Características		Frecuencia	Porcentaje(%)
Actividad laboral	Si	62	60,19
	No	41	39,81
Práctica de deportes	Si	81	78,64
	No	22	21,36

d. Características familiares del promotor juvenil:

El 63,11% vivía con sus padres y el 29,12% con uno de ellos (*Cuadro 5*). El 73,79% de los promotores juveniles manifestó tener buena relación con ellos, sin embargo es menor el porcentaje (39,81%) de buena comunicación (*Cuadro 5*).

Cuadro 5:Características familiares del promotor juvenil. (n =103)

Características		Frecuencia	Porcentaje (%)
Convivencia con sus padres	Ambos	65	63,11
	Uno de ellos	30	29,12
	Ninguno	8	7,77
Relación con sus padres	Buena	76	73,79
	Regular	1	0,97
	Mala	26	25,24
Comunicación con sus padres	Buena	41	39,81
	Poca	58	56,31
	Nada	4	3,88

Con relación a la información de los padres acerca de la participación de sus hijos como promotores juveniles, el 79,61% refirió que estaban enterados (*Gráfico 4*). Asimismo si estaban de acuerdo con aquella participación, el 69,90% aseveraron positivamente (*Gráfico 5*).

Gráfico 4: Información de los padres acerca de la participación del promotor juvenil

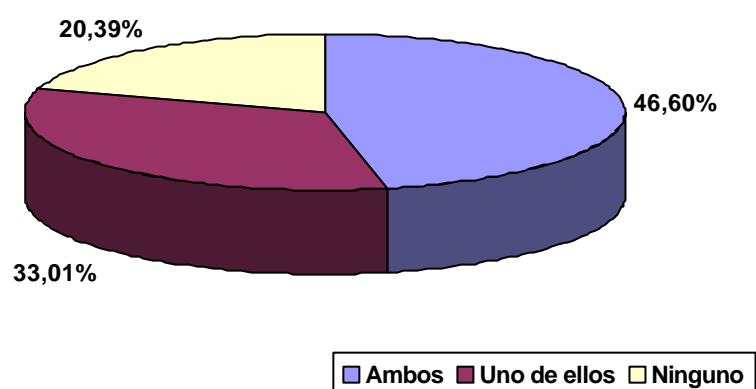
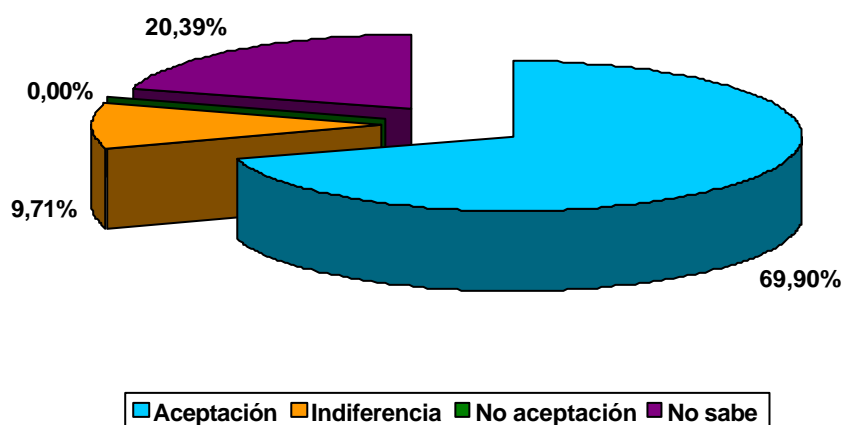


Gráfico 5: Actitud de los padres acerca de la participación del promotor juvenil

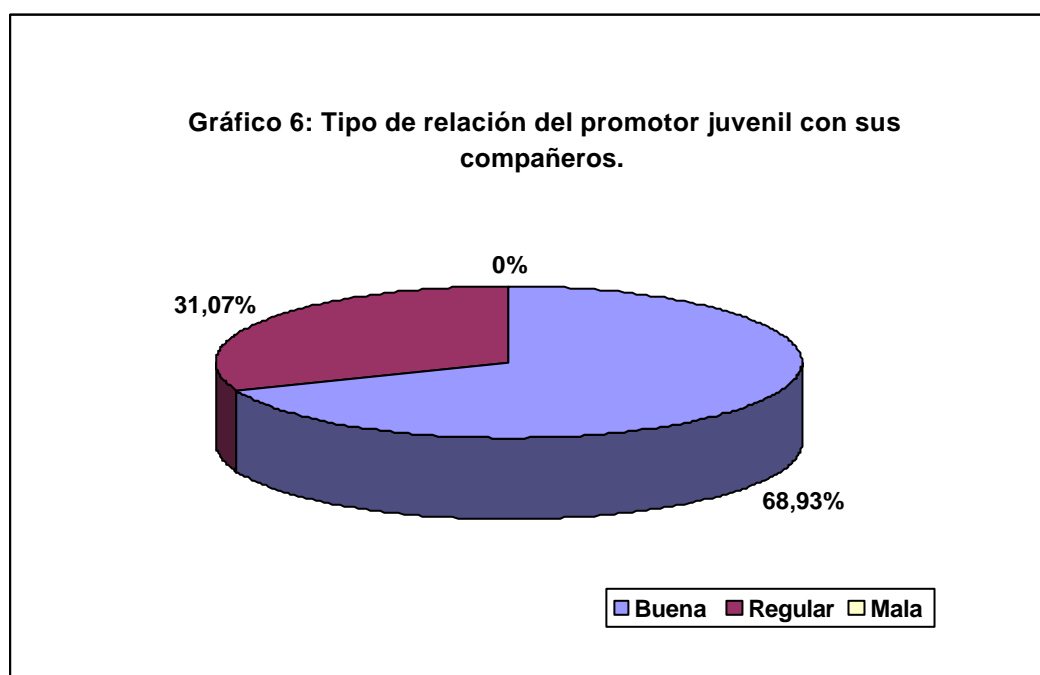


e. *Características sociales del promotor juvenil:*

El 68,93% de los promotores juveniles refirió participar en asociaciones de su edad, mientras que un porcentaje similar manifestó tener buena relación con sus compañeros (*Cuadro 6 y Gráfico 6*)

Cuadro 6: Participación del promotor juvenil en asociaciones de su edad.

Participación	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	71	68,93
No	32	31,07
Total	103	100,00



El 43,69% percibió la existencia de dificultades en la mayoría de sus pares (*Gráfico 7*). Más de la mitad de los promotores juveniles (58,25%) estimó poder ayudar en forma total a aquellos con dificultades (*Gráfico 8*).

Gráfico 7: Percepción del promotor juvenil de la existencia de dificultades en sus compañeros.

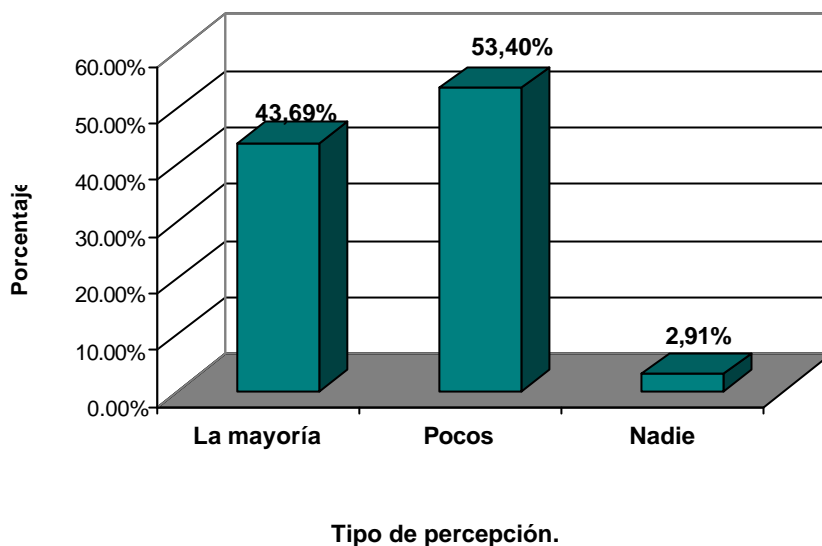
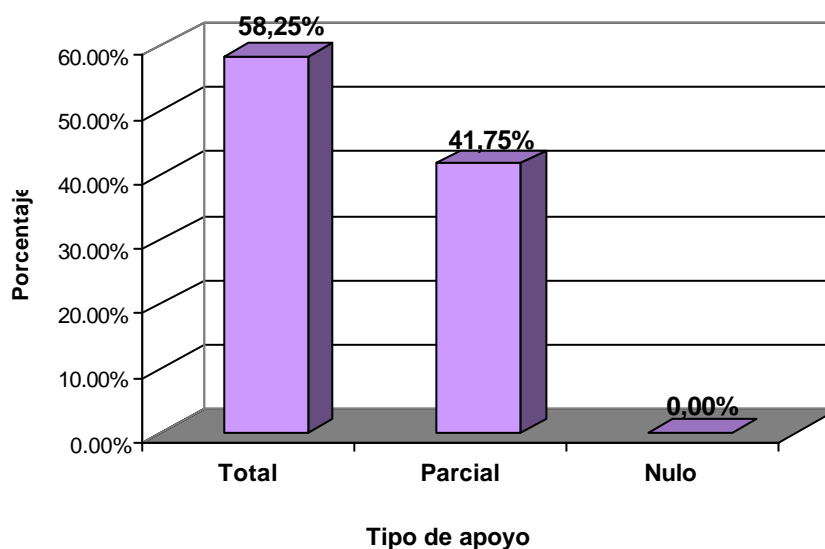


Gráfico 8: Capacidad de apoyo del promotor a sus compañeros con dificultades.



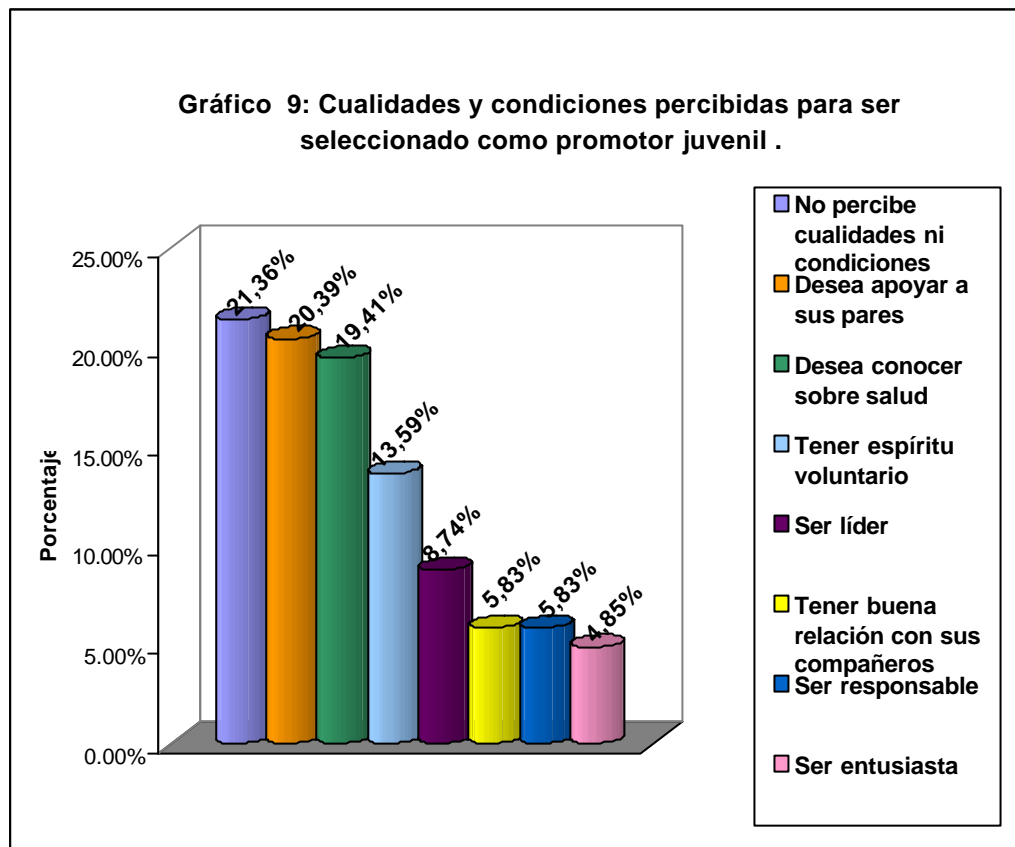
Más del 70% de los promotores juveniles dirigía actividades para sus compañeros en forma limitada (*Cuadro 7*).

Cuadro 7: Continuidad en la conducción de actividades.

Continuidad	Frecuencia	Porcentaje (%)
Siempre	28	27,19
A veces	73	70,87
Nunca	2	1,94
Total	103	100,00

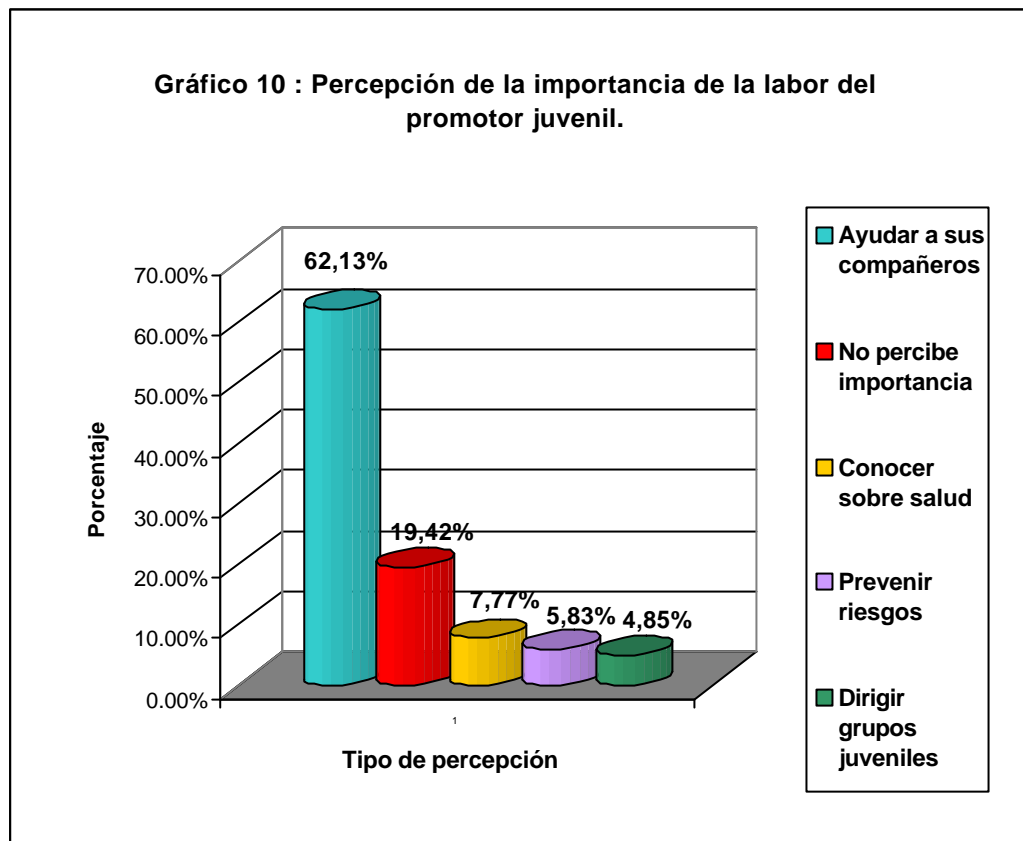
f. Cualidades y condiciones para el trabajo como promotor juvenil:

El 78,64% percibió tener cualidades y condiciones para desempeñarse como promotor juvenil (*Gráfico 9*; entre aquellas cualidades, se mencionaron algunas convenientes como: “El espíritu voluntario” (13,59%) y “ser líder” (8,74%). Las principales condiciones apropiadas fueron: “La capacidad de ayudar a sus pares” (20,39%), “mantener buena relación con sus compañeros” (5,83%) (*Gráfico 9*).



g. Percepción de la labor que cumple el promotor juvenil en el programa:

El 80,58% de los promotores juveniles se percató de la importancia de la labor que cumple en el programa. Entre las razones, se mencionaron: “La posibilidad de ayudar a sus compañeros” (62,13%), “conocer más sobre salud” (7,77%), “prevenir riesgos”(5,83%) y otros (Gráfico 10).



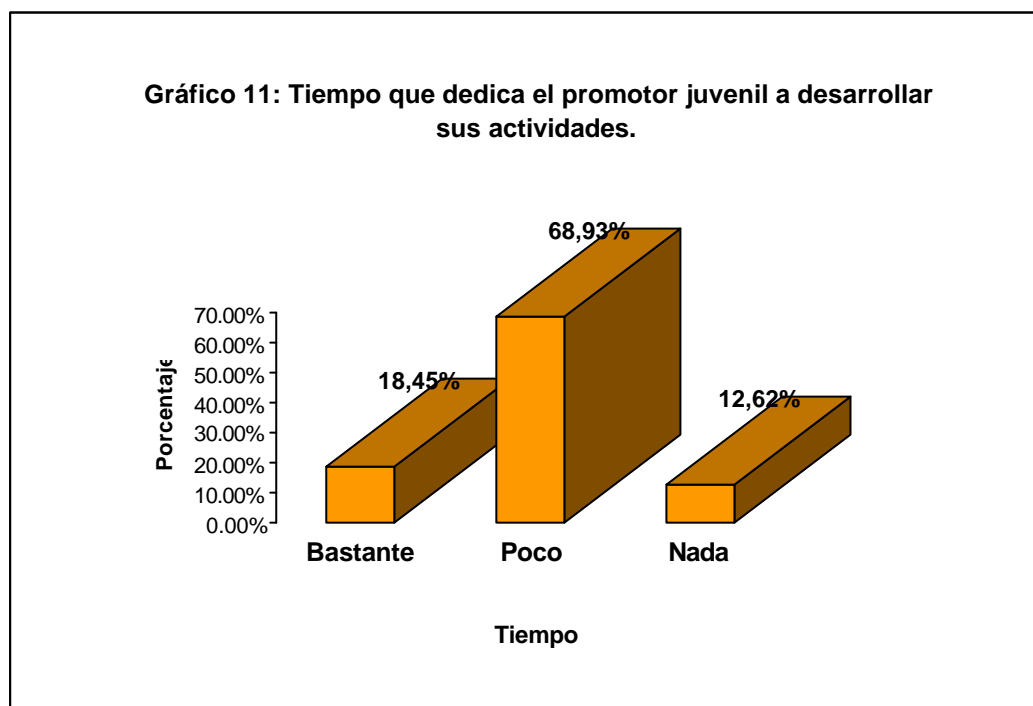
También se observa que el 86,41% de los promotores juveniles estaba de acuerdo con tener mayor participación en el programa (*Cuadro 8*).

Cuadro 8: Aceptación de mayor participación en el programa.

Grado de aceptación	Frecuencia	Porcentaje (%)
De acuerdo	89	86,41
Indiferencia	11	10,68
Desacuerdo	3	2,91
Total	103	100,00

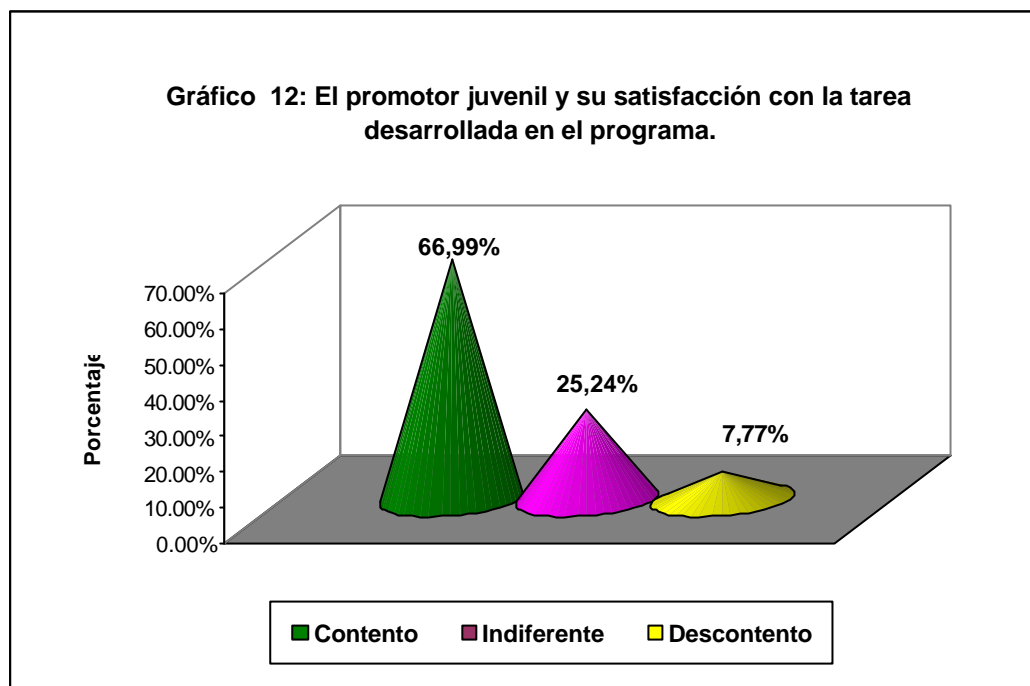
h. Dedicación del promotor juvenil al programa:

Con relación al tiempo que dedicó el promotor juvenil a desarrollar sus actividades, sólo el 18,45% destinó suficiente espacio, mientras que el 68,93% poco tiempo (*Gráfico 11*).



i. Satisfacción del promotor juvenil:

Con relación a la satisfacción el 66,99% estaba contento con su tarea en el programa (*Gráfico 12*) y un porcentaje menor (54,37%) permanecía complacido con el trabajo desarrollado por su coordinador (*Cuadro 9*).



Cuadro 9: Satisfacción del promotor juvenil con el trabajo de su coordinador.

Valoración del trabajo del coordinador	Frecuencia	Porcentaje (%)
Satisfactorio	56	54,37
Aceptable	42	40,78
No satisfactorio	5	4,85
Total	103	100,00

4.3. Resumen de las características adecuadas que posee el promotor juvenil.

Cuadro 10

CARACTERÍSTICAS DEL PROMOTOR JUVENIL	PORCENTAJE (%)
<i>Características ocupacionales</i>	
No trabaja	39,81
<i>Características familiares</i>	
<i>Ámbito familiar adecuado</i>	
Vive con sus padres	92,23
Tiene buena relación con sus padres	73,79
Mantiene buena comunicación con sus padres	39,81
<i>Relacionado a la participación</i>	
Padres informados	79,61
Padres aceptan su participación	69,90
<i>Características sociales</i>	
Participa en agrupaciones de su edad	68,93
Mantiene buena relación con sus compañeros	68,93
Percibe dificultades en sus compañeros	43,69
Capacidad de ayudar a sus pares	58,25
Dirige actividades para sus compañeros	27,19
<i>Cualidades y condiciones para ser promotor juvenil</i>	
Posee cualidad de líder	8,74
Tiene espíritu voluntario	13,59
Interés en ayudar a sus pares	20,39
Buena relación con sus compañeros	5,83
Total	48,55
<i>Percepción de la labor de promotor juvenil</i>	
Precisa la importancia de su labor	75,73
Acepta mayor participación	86,41
<i>Dedicación al programa</i>	
Dedica suficiente tiempo a sus actividades	18,45

<i>Satisfacción del promotor juvenil</i>	
Satisfecho con su tarea	66,99
Satisfecho con el trabajo de su coordinador	54,37

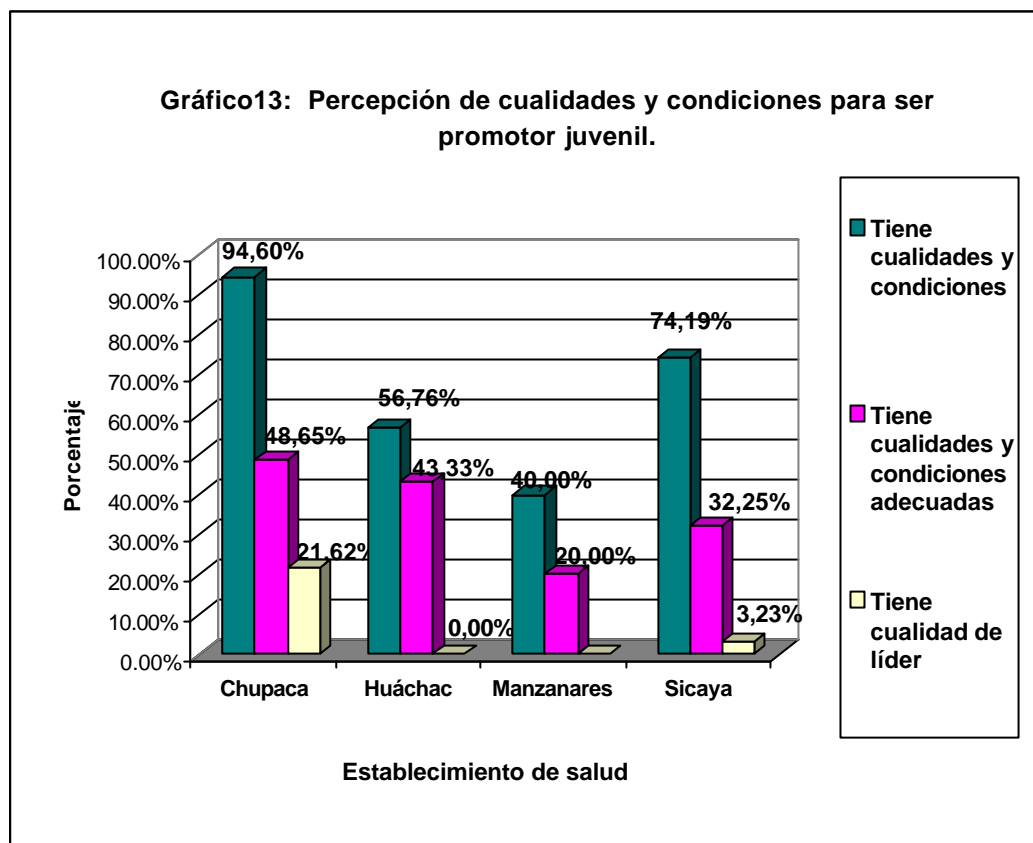
Se observa como características adecuadas del promotor juvenil a los factores con porcentajes mayores al 50%, en los correspondientes al ámbito familiar (A excepción de la comunicación con padres), su relación social (Excluyendo la percepción de dificultades y dirección de actividades), percepción de su labor de promotor juvenil y su satisfacción (*Cuadro 10*).

4.4. Factores del promotor juvenil relacionados al programa por establecimiento de salud

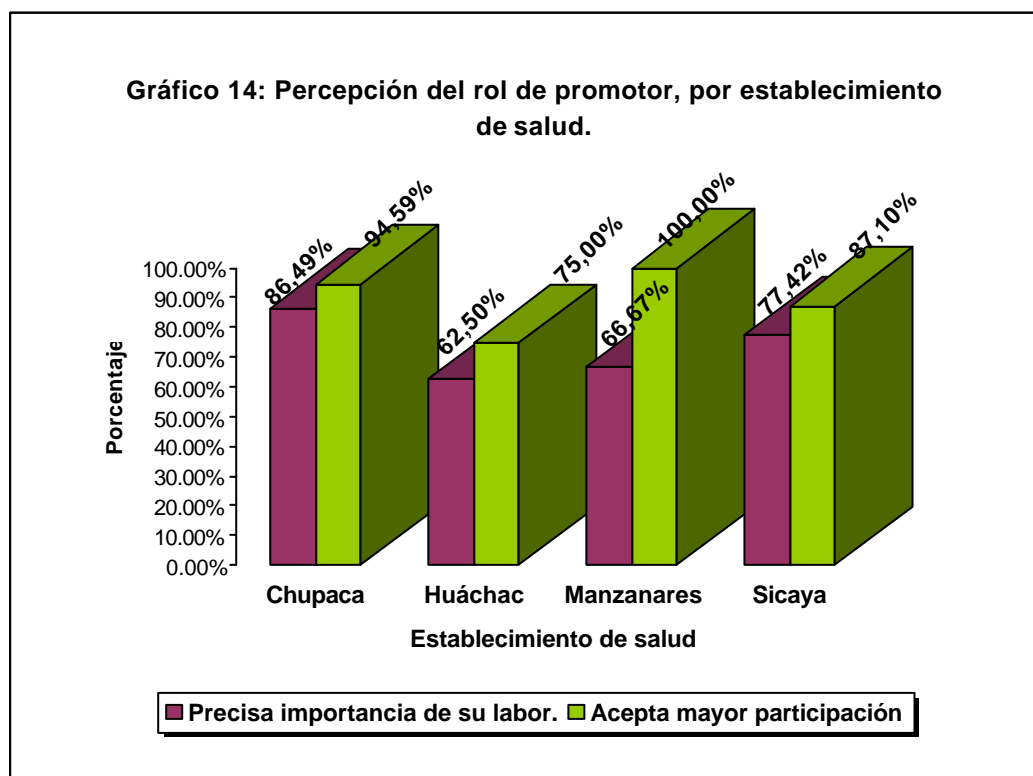
Para conocer los factores adecuados del promotor juvenil relacionados al programa que se presentan con mayor frecuencia en los Centros de salud de Chupaca y Sicaya, donde se distingue la participación del promotor juvenil en la gestión del programa, se correlacionaron con los establecimientos de salud de procedencia.

a. Cualidades y condiciones para ser promotor juvenil:

Respecto a las cualidades y condiciones que posee el promotor para trabajar como tal, se aprecia que aquellos procedentes del Centro de Salud de Chupaca y Sicaya tienen porcentajes más elevados de cualidades y condiciones adecuadas y de liderazgo (*Gráfico 13*).



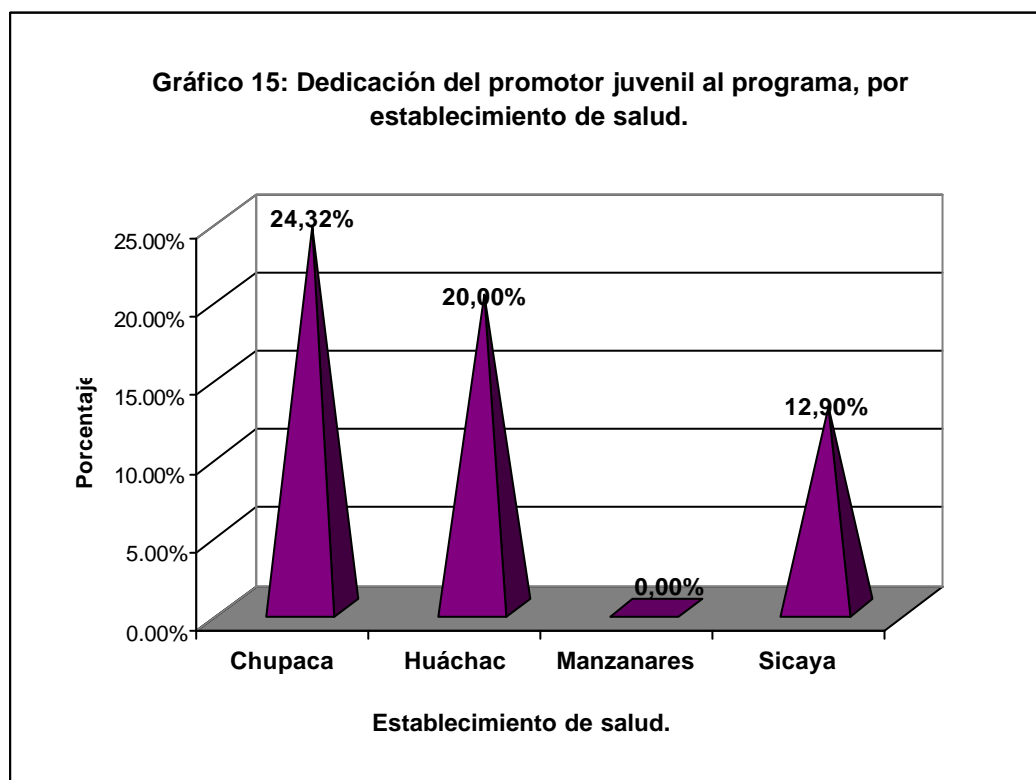
b. Percepción de la labor que cumple el promotor juvenil:



Observamos en el *Gráfico 14*, que los promotores juveniles procedentes del Centro de Salud de Chupaca tienen mayor porcentaje de percepción adecuada de su rol de promotor.

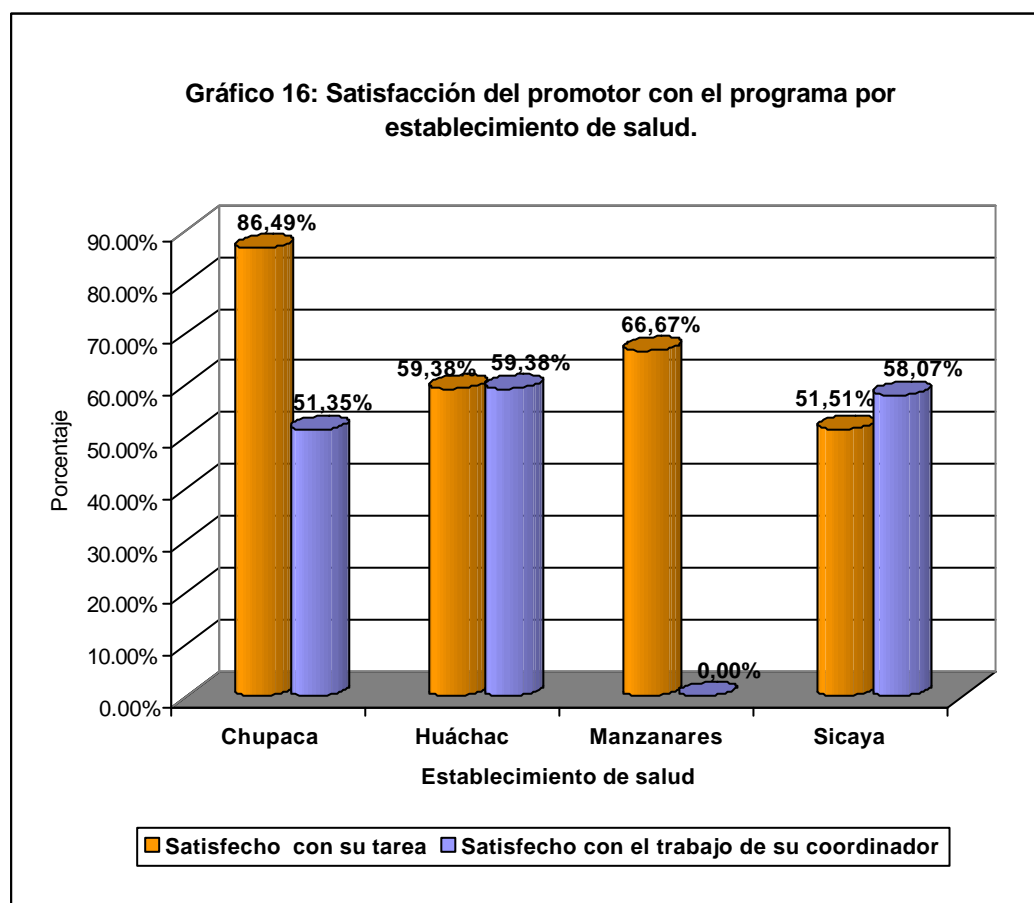
c. *Dedicación al programa:*

Los promotores juveniles procedentes del Centro de Salud de Chupaca dedican suficiente tiempo al programa, en mayor porcentaje que los demás (*Gráfico 15*).



d. *Satisfacción del promotor juvenil:*

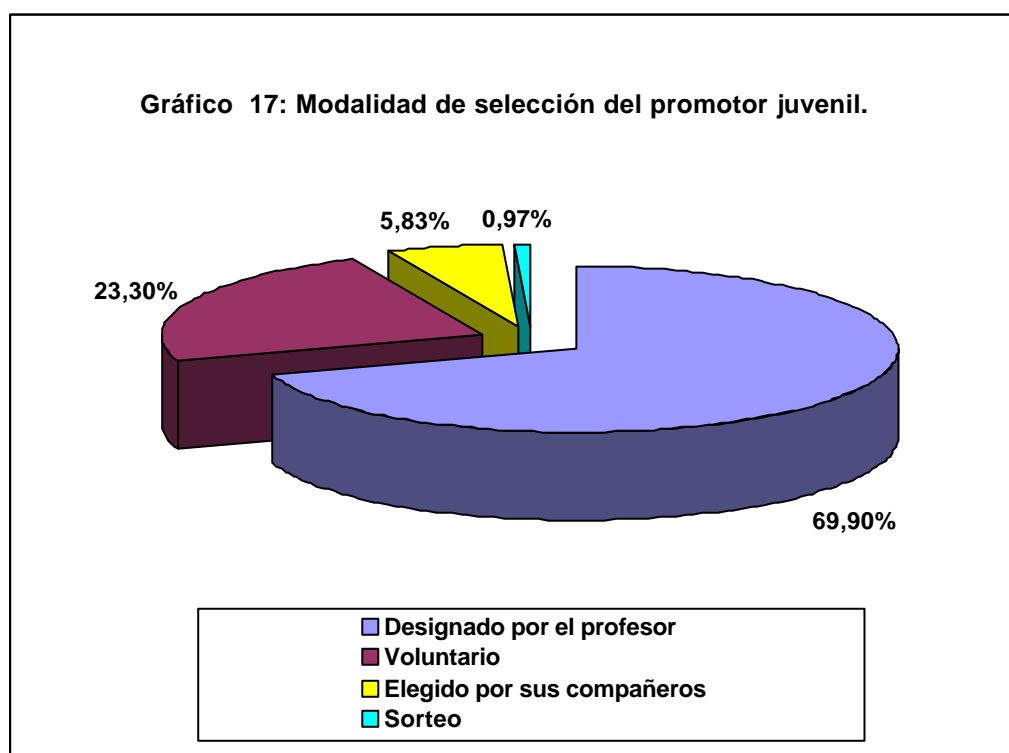
Los promotores juveniles procedentes del Centro de salud de Chupaca tienen mayor porcentaje de satisfacción con su propia labor, mientras que con el trabajo de su coordinador son similares entre Chupaca, Huáchac y Sicaya (Gráfico 16).



4.5. Características de la acción del programa con los promotores juveniles:

a. Selección:

Se aprecia que la mayor parte de los promotores juveniles (69,90%) fue seleccionado por la designación de sus profesores, mientras que el 23,30% se ofreció en forma voluntaria y sólo el 5,83% fue elegido por sus compañeros (Gráfico 17).



b. Capacitación:

El tipo de capacitación predominante fue la charla, para el 91,26% de los promotores juveniles (Gráfico 18). Con relación a los materiales utilizados en el proceso de capacitación, casi la mitad de los promotores (49%) la recibió con material visual y sólo un 5% con audiovisual (Gráfico 19).

Gráfico 18: Técnica utilizada para la capacitación del promotor juvenil

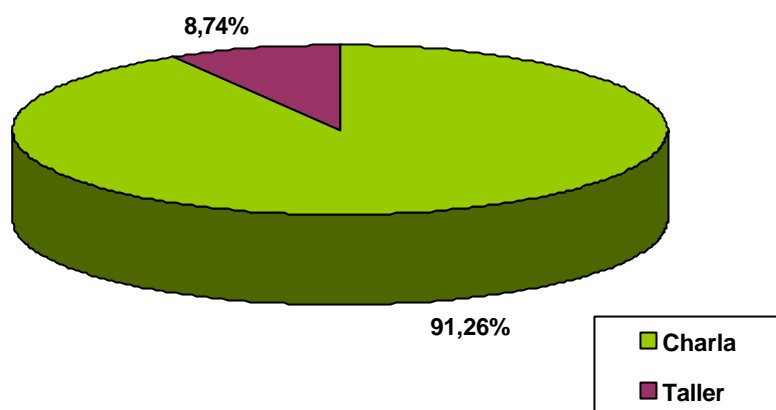
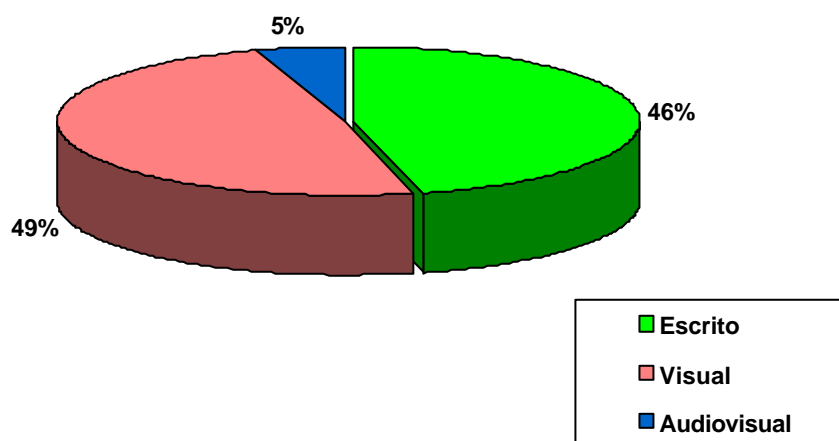


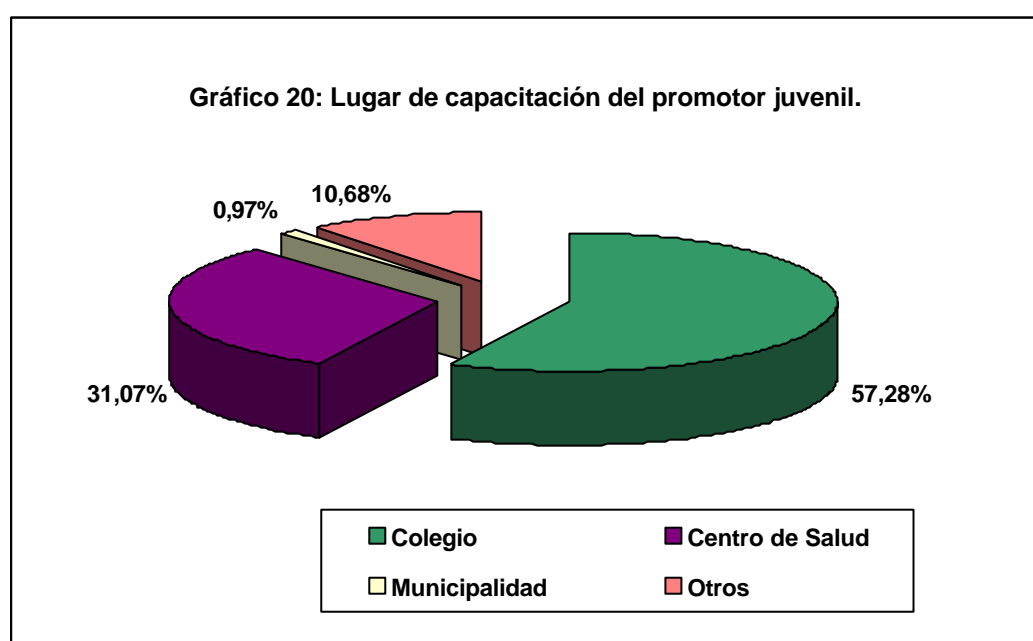
Gráfico 19: Tipo de material utilizado en la capacitación del promotor juvenil



En su mayoría la capacitación recibida por los promotores juveniles fue grupal (*Cuadro 11*). Más de la mitad de ellos (57,28%) tuvieron como lugar de capacitación un centro educativo y el 31,07% su centro de salud (*Gráfico 20*).

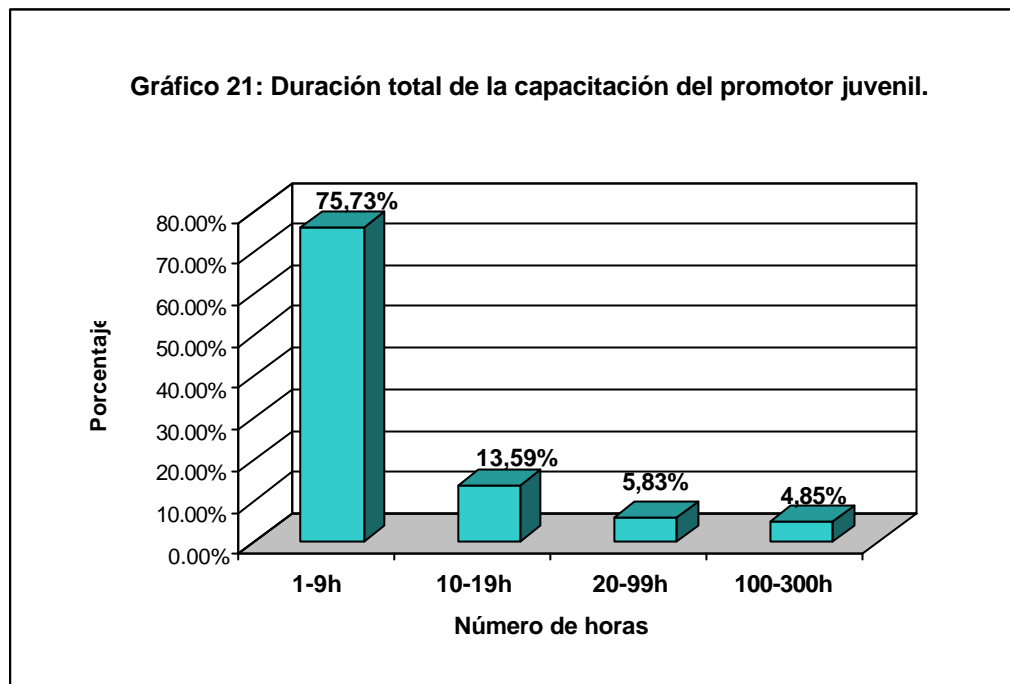
Cuadro 11: Forma de capacitación recibida por el promotor juvenil.

Forma de capacitación	Frecuencia	Porcentaje (%)
Individual	11	10,68
Grupal	92	89,32
Total	103	100,00



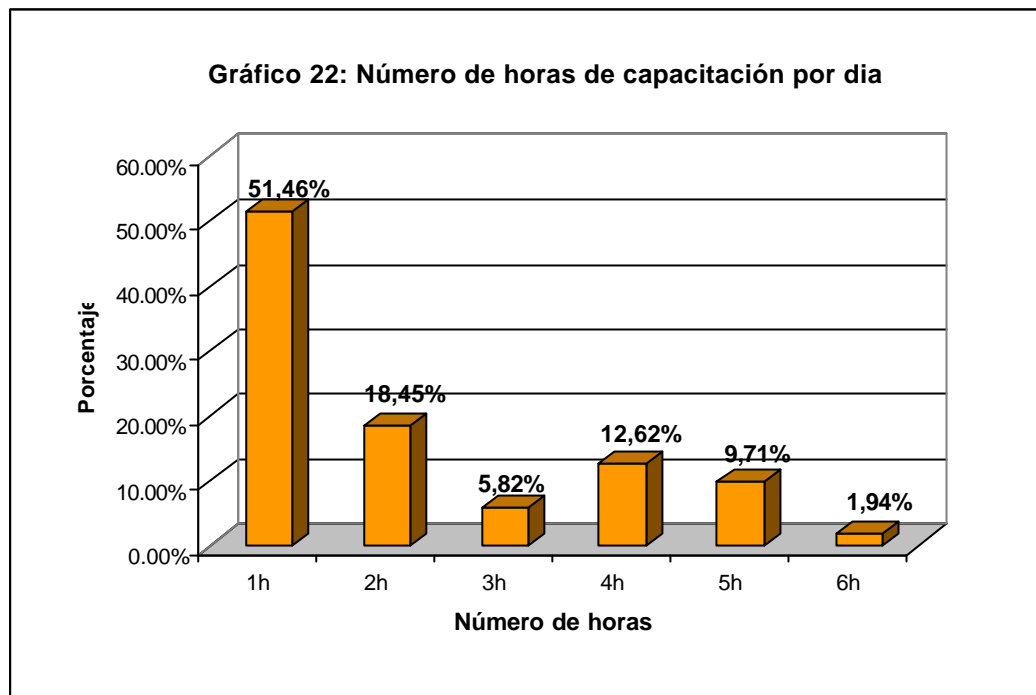
Con relación a la duración total del proceso de capacitación, el 75,73% la tuvo de 1 a 9 horas, el 13,59% de 10 a 19 horas, mientras que el 5,83% de 20 a 99 horas (*Gráfico 21*).

Respecto al número de días de capacitación existió diversidad entre 1 a 10 días (92,23%) hasta 41 a 50 días (2,91%) (*Cuadro 12*). El número de horas de capacitación por día, alternó entre una hora (51,46%) hasta 6 horas (1,94%) (*Gráfico 22*).



Cuadro 12: Número total de días de capacitación.

Número total de días	Frecuencia	Porcentaje (%)
1-10	95	92,23
11-20	1	0,98
21-30	4	3,88
31-40	0	0,00
41-50	3	2,91
Total	103	100,00



El 58,25% de los promotores juveniles manifestó tener completo agrado con los temas tratados durante la capacitación (*Cuadro 13*).

Cuadro 13: Agrado del promotor con los temas tratados en la capacitación.

Agrado	Frecuencia	Porcentaje (%)
Completo	60	58,25
Parcial	42	40,78
Nulo	1	0,97
Total	103	100,00

c. Percepción del promotor juvenil del conocimiento de temas luego de la capacitación:

Se indagó sobre el conocimiento de temas clave. Con relación a la sexualidad, más de la tercera parte (37,86%) manifestó tener buen conocimiento. En lo referente a los temas de adolescencia normal, enfermedades de transmisión sexual y consumo de drogas, porcentajes similares de 33,98%, consideraron tener buen conocimiento (*Gráficos 23,24,25,26*).

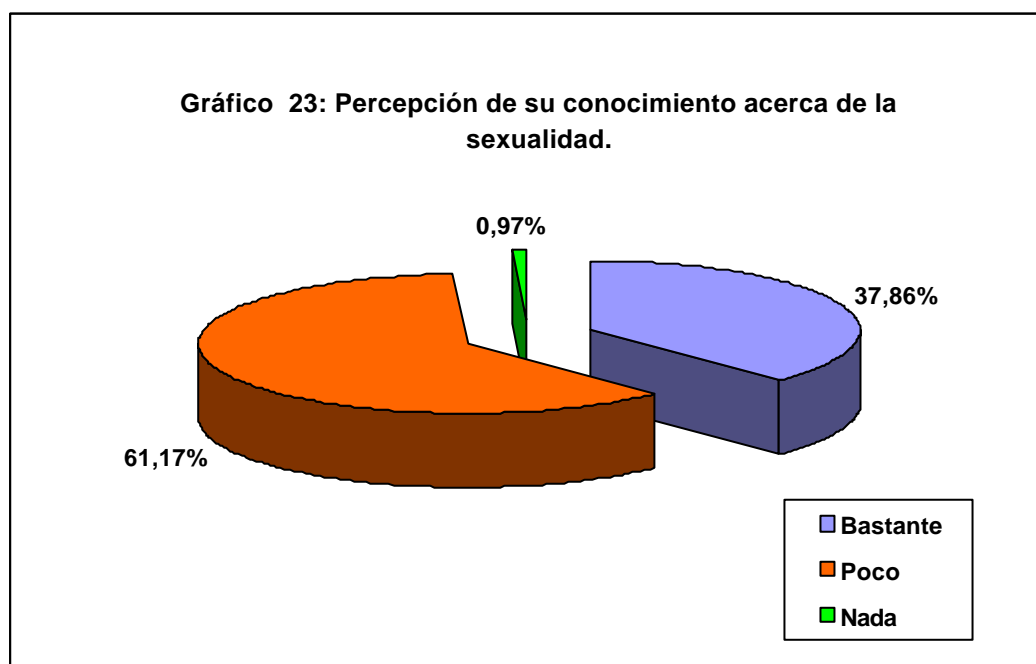


Gráfico 24: Percepción de su conocimiento acerca de la adolescencia normal.

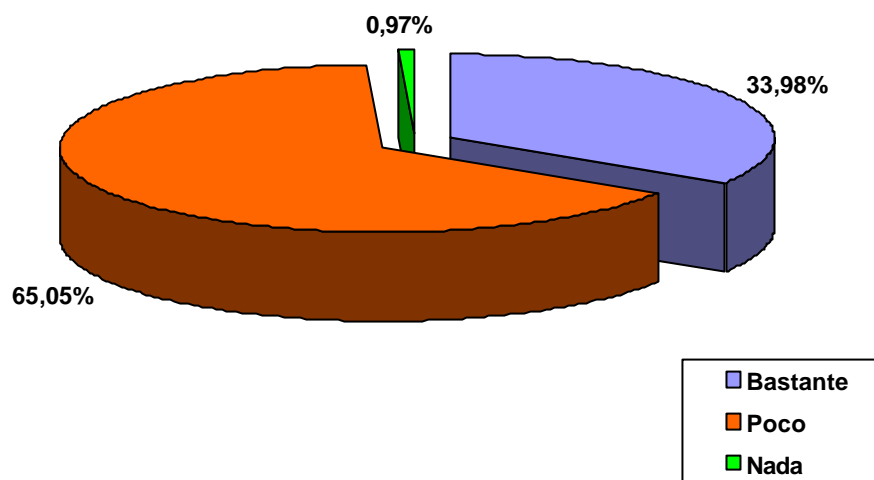


Gráfico 25: Percepción de su conocimiento acerca de las ETS.

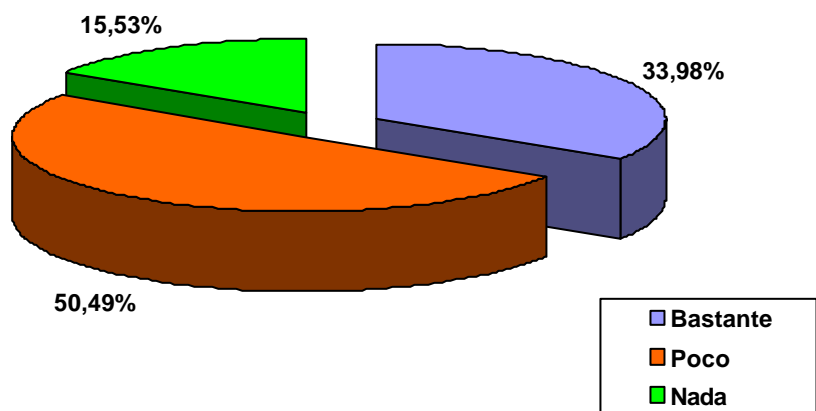
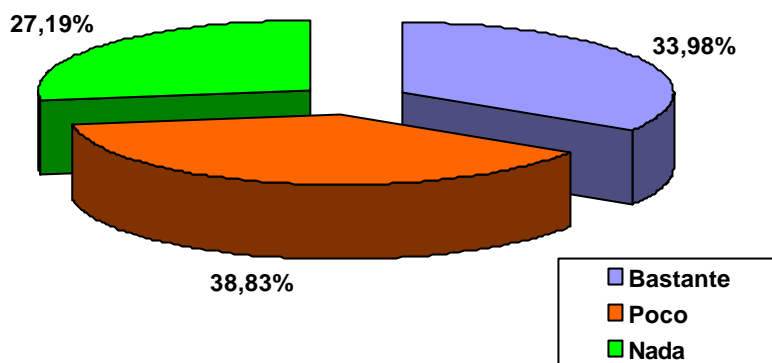
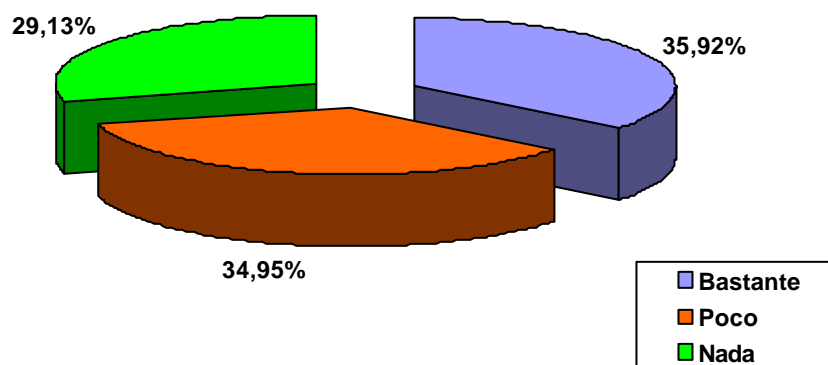


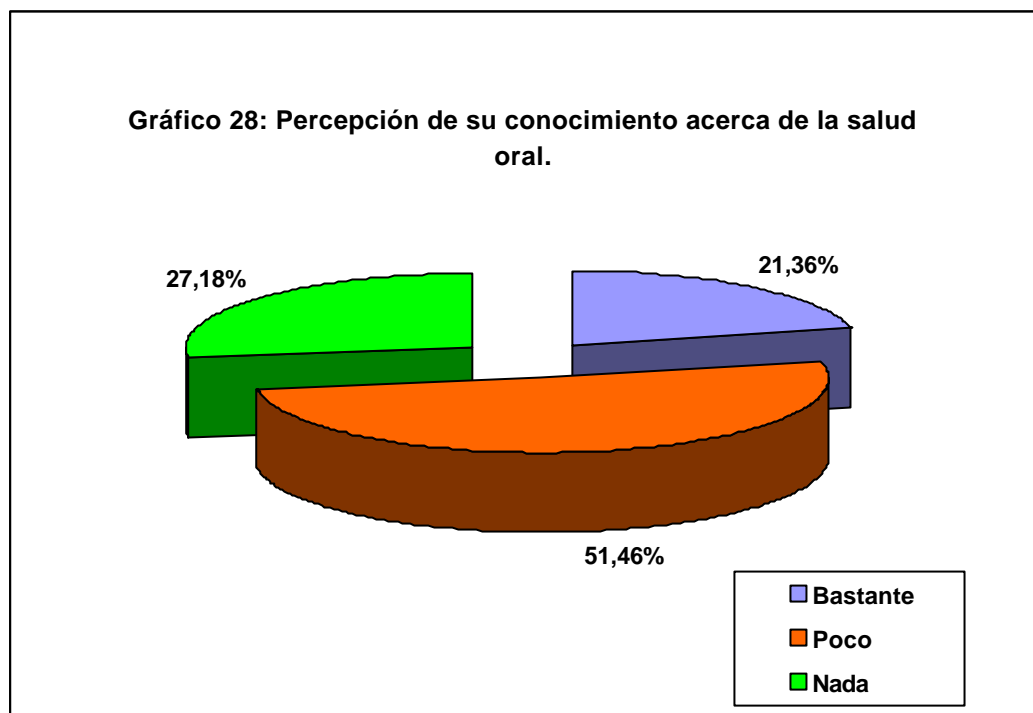
Gráfico 26: Percepción de su conocimiento acerca del consumo de drogas.



Con relación a la violencia familiar el 35,92% consideró tener buen conocimiento, entretanto para la salud oral fue menor el porcentaje (21,36%) (Gráficos 27 y 28).

Gráfico 27: Percepción de su conocimiento acerca de la violencia familiar.





Los porcentajes de conocimiento nulo de los temas explorados, también fueron significativos, 15,53% para las ETS, 27,19% para el consumo de drogas, 29,13% para la violencia familiar y el 27,18% para la salud oral (*Gráficos 25, 26, 27 y 28*).

Después de la capacitación, más de 70% de los promotores juveniles recibieron indicaciones para cumplir con su tarea (*Cuadro 14*).

Cuadro 14: Indicación de funciones al promotor juvenil.

Indicación	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	75	72,82
No	28	27,18
Total	103	100,00

d. Características de la asesoría y seguimiento del promotor juvenil:

El 40,78% de los promotores juveniles manifestó no haber tenido ninguna reunión con el coordinador del programa del centro de salud al cual pertenecían. Entre aquellos que si la tuvieron, el 39,81% sostuvo de 1 a 3 reuniones en total, en tanto que el 1,94% de 10 a 12 reuniones (*Cuadro 15*). Mensualmente el número de reuniones fue de 1 a 3 para el 49,51% de los promotores, de 4 a 6 para el 8,74% y de 7 a 10 para el 0,97% (*Cuadro 16*).

Cuadro 15: Número total de reuniones con el coordinador.

N.º de reuniones	Frecuencia	Porcentaje (%)
0	42	40,78
1-3	41	39,81
4-6	13	12,62
7-9	5	4,85
10-12	2	1,94
Total	103	100,00

Cuadro 16: Número de reuniones mensuales con el coordinador.

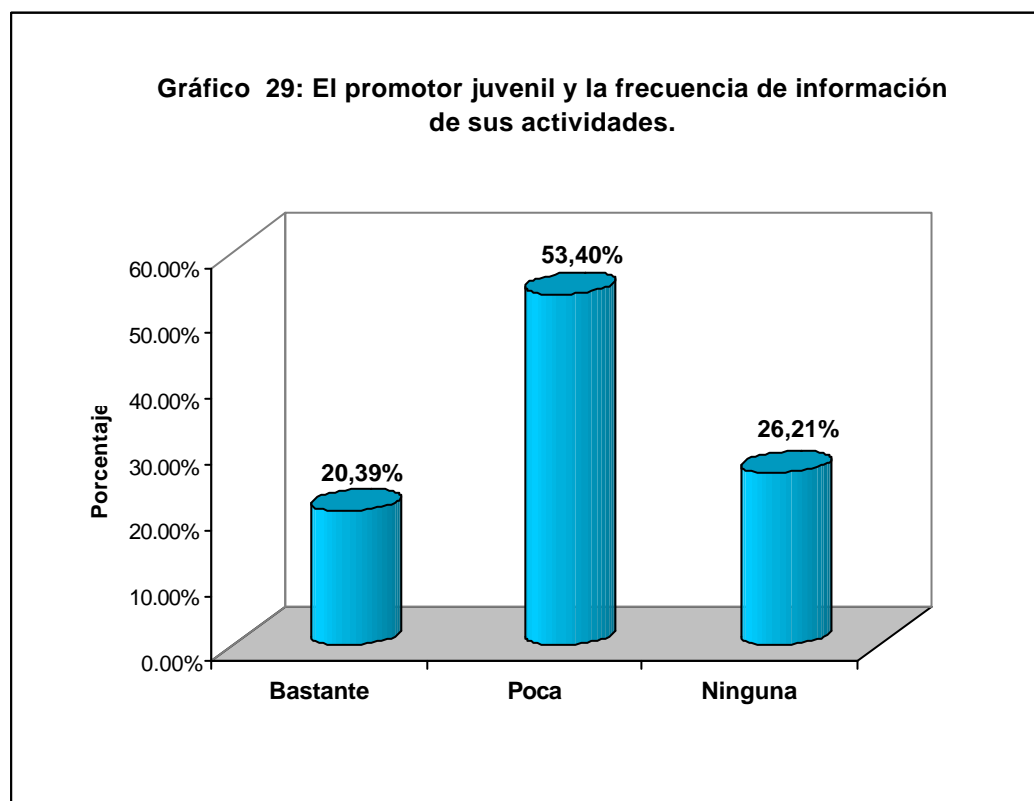
N.º de reuniones	Frecuencia	Porcentaje (%)
0	42	40,78
1-3	51	49,51
4-6	9	8,74
7-10	1	0,97
Total	103	100,00

Las reuniones que se realizaron con el coordinador, fueron mayormente grupales (53,40%) (Cuadro 17).

Cuadro 17: Forma de reuniones con el coordinador.

Tipo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Grupal	55	53,40
Individual	6	5,82
No tuvo	42	40,78
Total	103	100,00

Se aprecia que la quinta parte de los promotores juveniles (20,39%) informaba con frecuencia las actividades que estaba realizando y el 53,40% lo hacía de vez en cuando (Gráfico 29).



Más de la mitad de los promotores (55,34%) refirió tener dificultades durante el desarrollo de su labor, de los cuales, sólo el 45,61% fueron solucionadas (*Cuadros 18 y 19*).

Cuadro 18: Presencia de dificultades durante la labor del promotor juvenil.

Dificultades	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	57	55,34
No	46	44,66
Total	103	100,00

Cuadro 19: Solución de dificultades al promotor juvenil.

Solución	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	26	45,61
No	31	54,39
Total de promotores con dificultades	57	100,00

4.6. Resumen de las características adecuadas de la acción del programa con los promotores juveniles.

Cuadro 20:

CARACTERÍSTICAS DEL TRABAJO DEL PROGRAMA	PORCENTAJE (%)
Selección	
Selección de voluntarios	23,30
Selección por sus compañeros	5,83
Total	29,13
Capacitación	
<i>Procedimientos</i>	
Aplicación de taller	8,74
Uso de material audiovisual	5,00
Efectuado en forma grupal	89,32
Realizado en centro de salud	31,07
Duración total mayor a 20 horas	10,68
Duración de una a cuatro horas por día	88,35
<i>Agrado del promotor juvenil con los temas de capacitación</i>	58,25
<i>Aprendizaje del promotor</i>	
Conoce acerca de sexualidad	37,86
Conoce acerca de adolescencia normal	33,98
Conoce acerca de las ETS	33,98
Conoce acerca del consumo de drogas	33,98
Conoce acerca de la violencia familiar	35,92
Conoce acerca de la salud oral	21,36
Media	32,85
<i>Indicación de funciones al promotor</i>	72,82

Asesoría y seguimiento	
Realización de reuniones de coordinación	59,22
Reuniones grupales	53,40
Información de actividades	20,39
Solución de dificultades	45,61

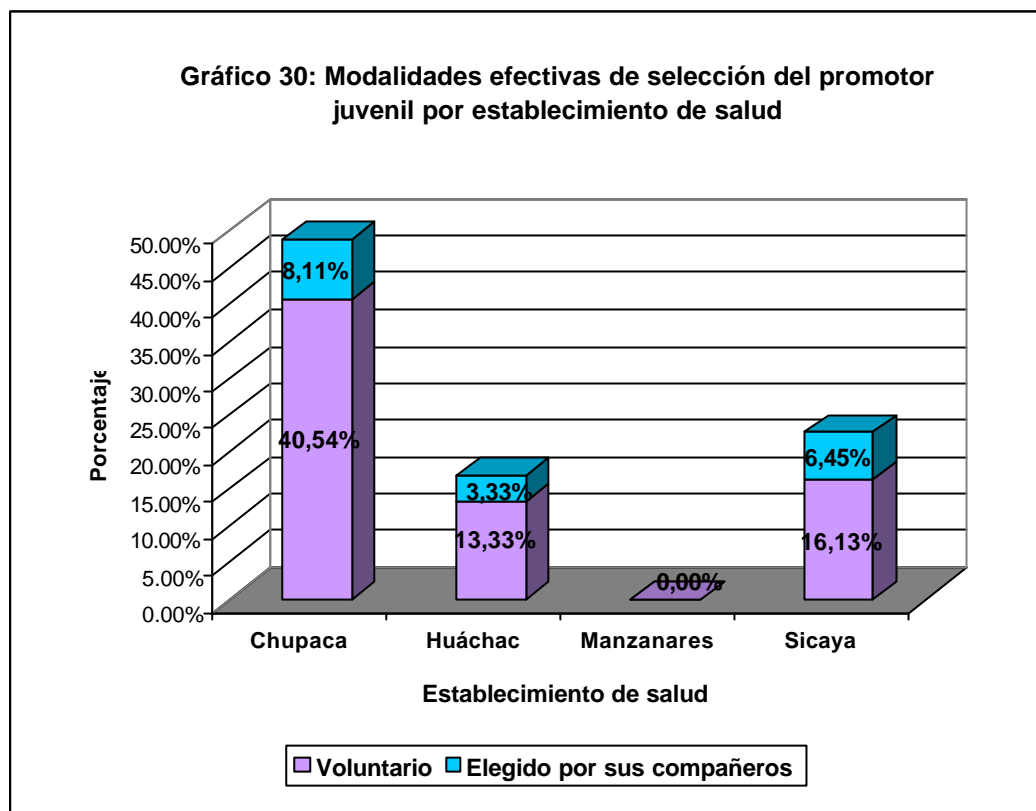
No se aprecian como adecuados, los procesos de selección, capacitación y seguimiento del promotor juvenil por el programa del adolescente, porque los porcentajes en su mayoría son inferiores al 50%. Sin embargo, en la capacitación cabe destacar, la forma grupal de su realización, duración de una a cuatro horas por día, el agrado del promotor con lo tratado y la indicación de funciones. En el seguimiento la realización de reuniones de coordinación y grupales superan este porcentaje (*Cuadro 20*).

4.7. Factores del trabajo del programa por establecimiento de salud.

Para conocer las características adecuadas del programa que se presentan con mayor frecuencia en Centros de Salud de Chupaca y Sicaya, donde se advierte participación del promotor juvenil en la gestión del programa, se correlacionaron con los establecimientos de salud de procedencia.

a. Selección:

Las modalidades propuestas para seleccionar a los promotores juveniles son: La captación de voluntarios y los elegidos por sus compañeros, los cuales fueron empleados especialmente por el programa del Centro de Salud de Chupaca (*Gráfico 30*).



b. Capacitación:

Para desarrollar la capacitación de los promotores, el taller fue la técnica más empleada por el programa del Centro de Salud de Chupaca (*Gráfico 31*).

Respecto al lugar de capacitación, el Centro de Salud de Chupaca utilizó su propio establecimiento en mayor porcentaje (62,16%) y en menor proporción (24,32%) al colegio (*Gráfico 32*).

Gráfico 31: Técnica de capacitación utilizada por establecimiento de salud.

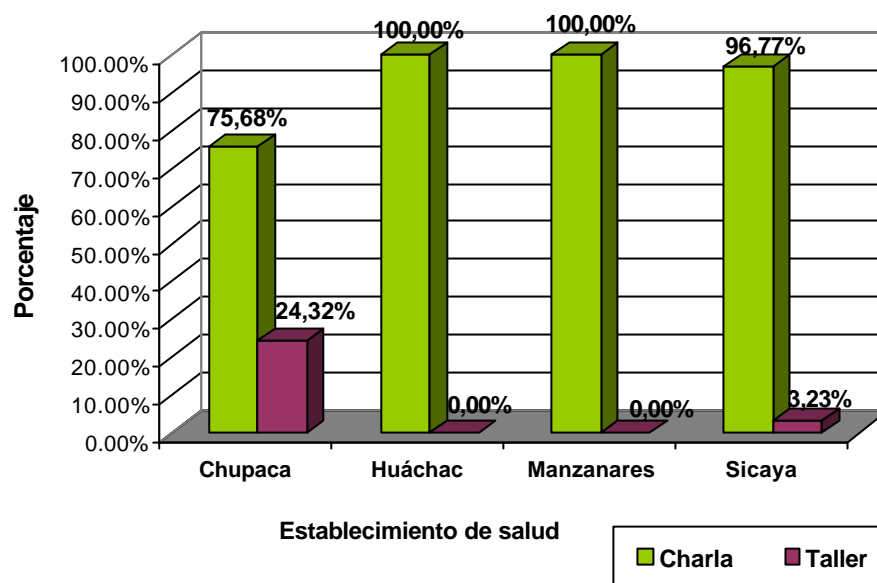
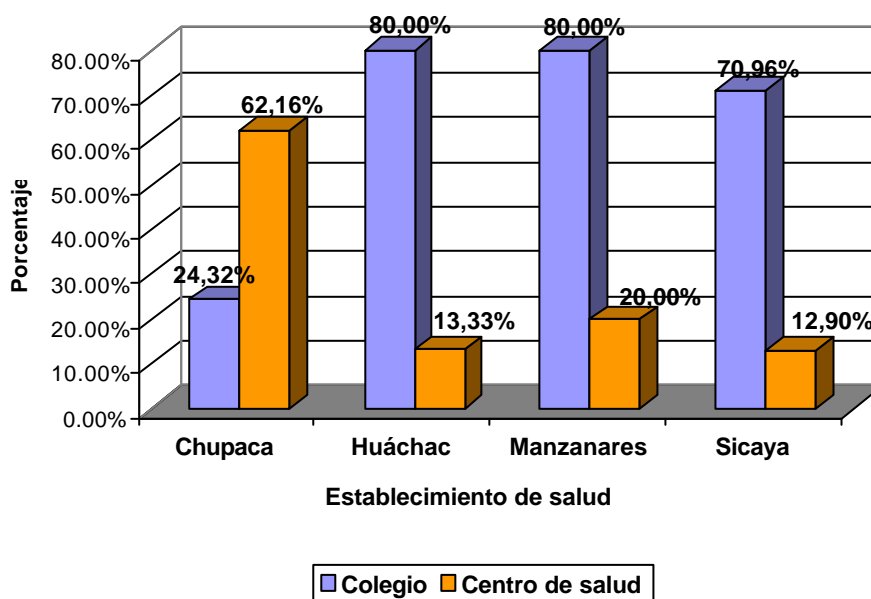
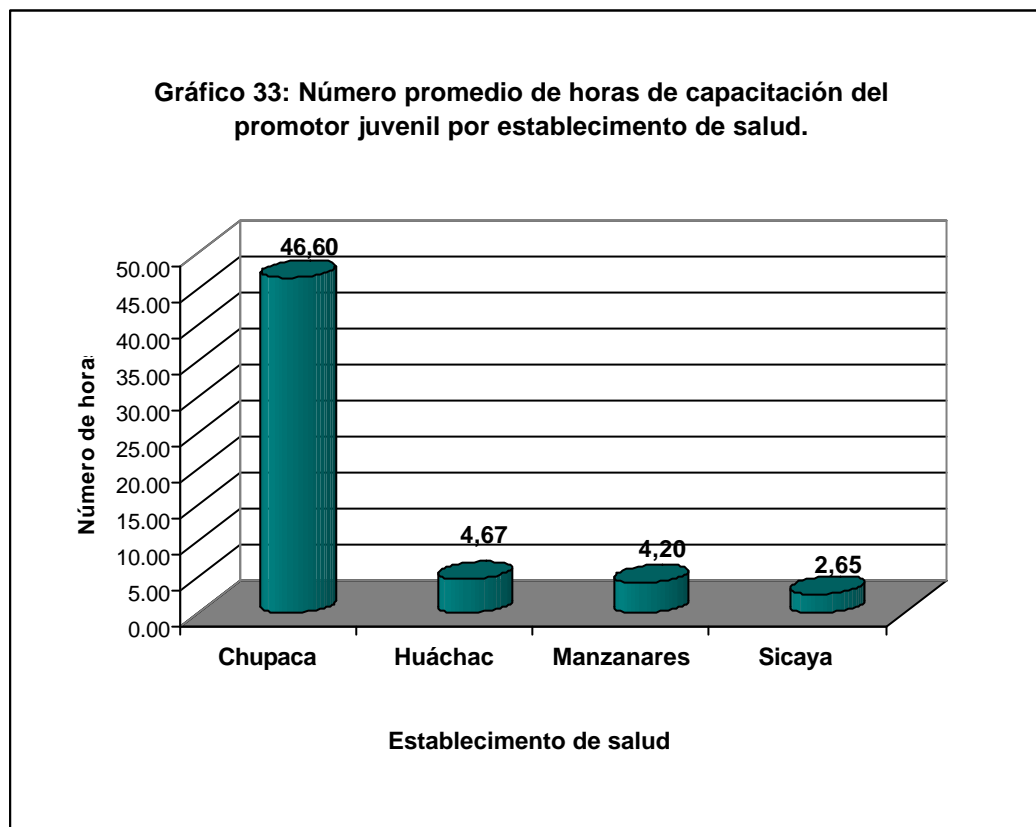


Gráfico 32: Lugar de capacitación del promotor juvenil por establecimiento de salud



El promedio total de horas empleadas para la capacitación de los promotores juveniles, fue mayor en el Centro de Salud de Chupaca con 46,60 horas (*Gráfico 33*).



La mayor aceptación de lo versado durante la capacitación y conocimiento adecuado de los temas de sexualidad, adolescencia normal, ETS, consumo de drogas, violencia familiar y salud oral, correspondió a los promotores procedentes del Centro de Salud de Chupaca (*Gráficos 34 y 35*).

Gráfico 34: Aceptación del promotor juvenil de los temas tratados en la capacitación por establecimiento de salud

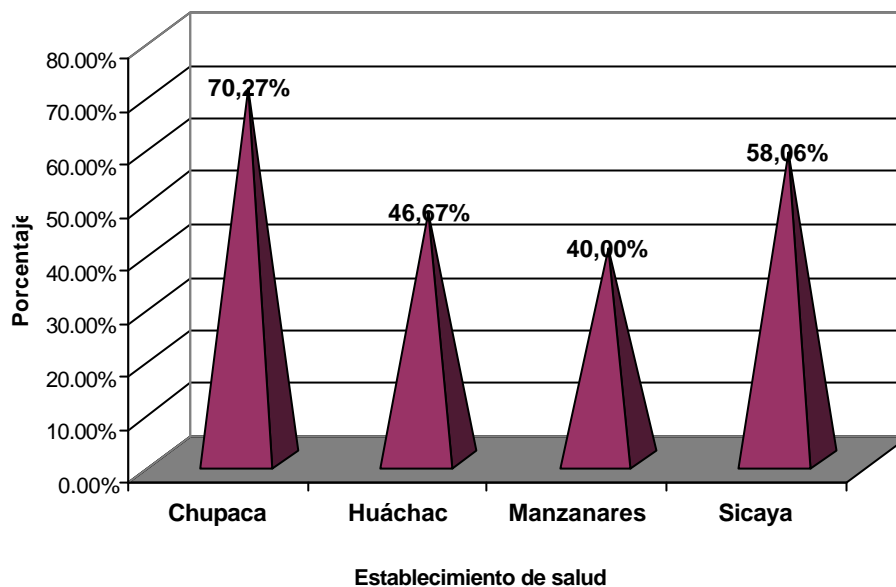
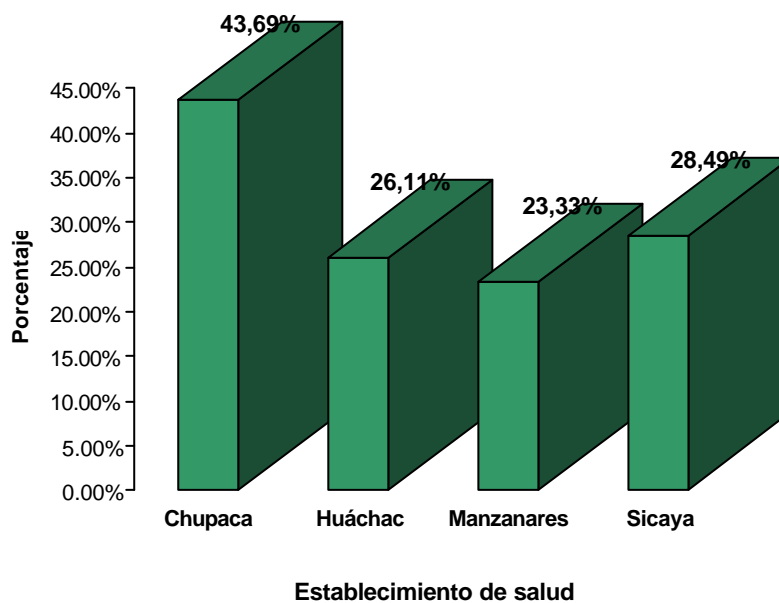
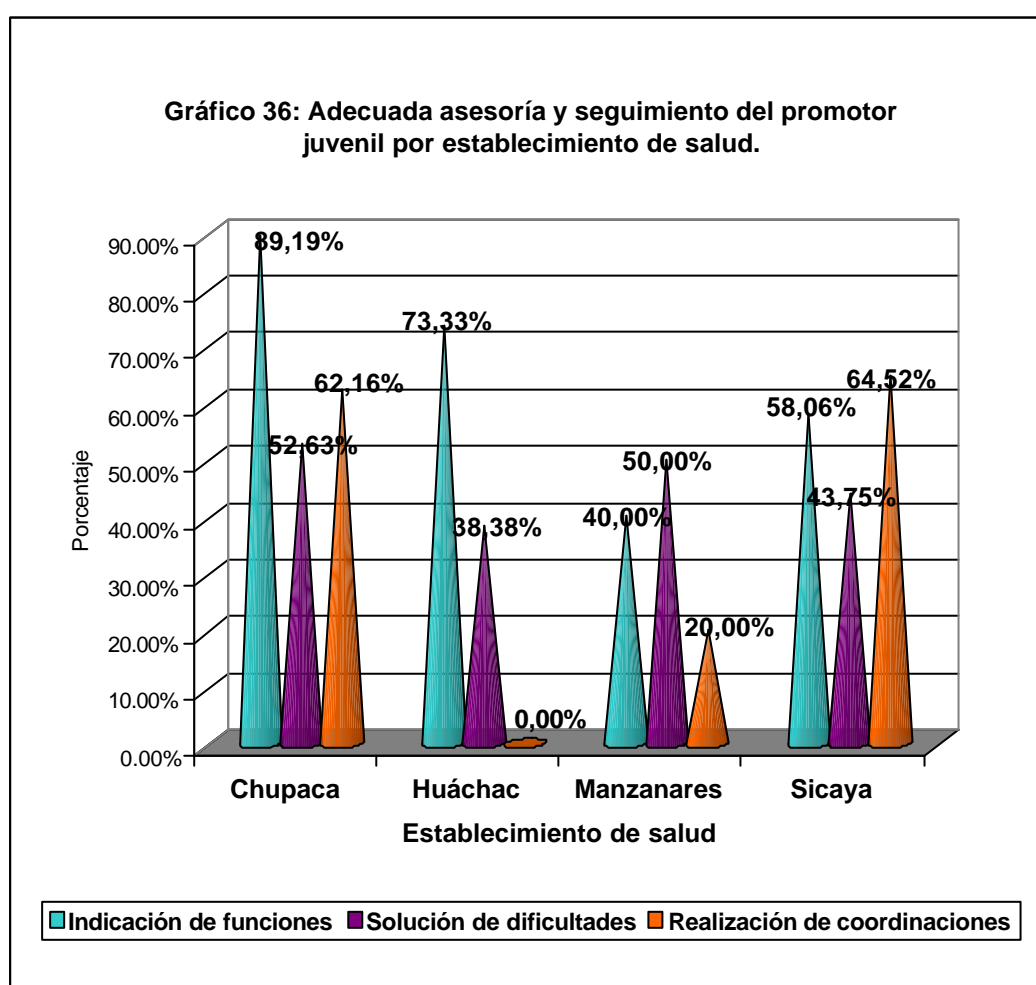


Gráfico 35: Adecuado conocimiento del promotor juvenil acerca de los temas tratados en la capacitación, por establecimiento de salud



c. Asesoría y seguimiento:

En los factores indicación de funciones y solución de dificultades, obtuvo mayor porcentaje el programa del Centro de Salud de Chupaca, mientras que la realización de reuniones de seguimiento con los promotores fue mayor en Sicaya (Gráfico 36).



4.8. Asociación del nivel de participación del promotor juvenil en la gestión del programa de salud del adolescente, con factores del promotor juvenil y del trabajo del programa.

Se analizaron los “factores del promotor juvenil” y “del trabajo del programa”, que se relacionarían con su participación en la gestión del programa del adolescente de la UTES “El Carmen”, mediante la prueba de ODSS RATIO (*Cuadro B-1 anexo*). Aquellas características del promotor juvenil que muestran asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$), corresponden al ámbito personal, escolar, ocupacional, percepción de cualidades, conocimiento de su rol de promotor, su dedicación al programa y satisfacción. Los factores de la acción del programa que tienen asociación, incumben a los procesos de capacitación y seguimiento (*Cuadro 21*).

Los factores del promotor juvenil estadísticamente más significativos ($p < 0,01$) son: “Procedencia del C.S de Chupaca”, “posee cualidad de líder”, y “dedicación de suficiente tiempo a su labor”. En tanto que, los factores relacionados al programa más significativos ($p < 0,01$) son: “Capacitado con material escrito” y “capacitado con una a cuatro horas por día” (*Cuadro 21*).

Respecto a las características del promotor juvenil que resultaron asociadas a su participación en la gestión, la variable denominada “procedencia del Centro de Salud de Chupaca” muestran mayor valor de OR. (*Cuadro 21*).

Las variables “Padres informados de la participación del PJ” e “indicación de funciones al promotor”, no fueron incluidas en el cuadro 21, por tener intervalos muy amplios (*Cuadro B-1 anexo*).

Cuadro 21

FACTORES ASOCIADOS A LA PARTICIPACIÓN	OR	p
A. FACTORES DEL PROMOTOR JUVENIL		
<i>Factores específicos del promotor juvenil</i>		
Procede de C.S de Chupaca	9,92 (3,26-31,38)	0,000003
Estudia en el turno tarde	5,14 (1,44-24,24)	0,011
Promotor no trabaja	2,97 (1,10-8,11)	0,016
<i>Factores del promotor juvenil relacionados al programa</i>		
Posee cualidad de líder	6,95 (1,37-39)	0,003
Conoce la importancia de su labor	5,42 (1,10-36,14)	0,017
Dedica suficiente tiempo a sus actividades	4,38 (1,37-14,19)	0,004
Satisfecho con su tarea	3,75 (1,08-14,29)	0,019
Satisfecho con el trabajo de su coordinador	3,17 (1,10-9,44)	0,016
B. FACTORES DEL TRABAJO DEL PROGRAMA		
<i>Capacitación</i>		
Capacitado con material escrito	3,43 (1,24-9,63)	0,007
Capacitado en centro de salud	2,79 (1,01-7,70)	0,025
Capacitado con una a cuatro horas por día	4,97 (1,51-13,12)	0,002
Capacitado con una duración total mayor a 10 horas	3,33 (1,13-9,86)	0,013
Conoce acerca de la sexualidad	2,71 (1,01-7,35)	0,027
Conoce acerca del consumo de drogas	2,82 (1,04-7,72)	0,023
Conoce acerca de la violencia familiar	3,07 (1,13-8,40)	0,013
<i>Seguimiento</i>		
Solución a las dificultades del promotor	5,83 (1,21-31,76)	0,010

Intervalo de confianza: 95%

4.9. Efecto de factores del promotor y del trabajo del programa en conjunto, en el nivel de participación del promotor juvenil en la gestión del programa

Para medir simultáneamente el grado de asociación entre la variable dependiente "participa en la gestión del programa del adolescente" y las variables independientes del promotor juvenil, así como las del trabajo del programa con los promotores, se utilizó la prueba de REGRESIÓN LOGÍSTICA (Cuadro 22).

Cuadro 22.

FACTORES INCLUIDOS EN LA REGRESIÓN LOGÍSTICA
A. FACTORES DEL PROMOTOR JUVENIL
<i>Específicos</i>
Estudia en el turno tarde
No trabaja
Padres aceptan su participación
Mantiene buena relación con sus pares
<i>Relacionadas al programa</i>
Posee cualidad de líder
Conoce la importancia de su labor
Dedica suficiente tiempo a sus actividades
Satisfecho con su tarea
Satisfecho con el trabajo de su coordinador
B. FACTORES DEL TRABAJO DEL PROGRAMA
<i>Selección</i>
Selección de voluntarios o por sus compañeros
<i>Capacitación</i>
Capacitado con más de 10 horas en total
Conoce acerca de la sexualidad
Conoce acerca del consumo de drogas
Conoce acerca de la violencia familiar

Luego de nueve pasos quedaron seis variables, que influyen en conjunto en la participación del promotor juvenil en la gestión del programa del adolescente (*Cuadro 23*). La relación entre estas variables es moderada, según el coeficiente de correlación (R) resultante: 0,509 (Cox y Snell) y 0,676 (Nagelkerke).

Cuadro 23.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PARTICIPACION	B	Sig.	Exp. (B)
A. FACTORES DEL PROMOTOR JUVENIL			
<i>Específicos</i>			
Estudia en el turno tarde	2,817	0,003	16,760
<i>Relacionadas al programa</i>			
Posee cualidad de líder	2,401	0,006	16,230
Conoce la importancia de su labor	2,062	0,041	7,859
Satisfecho con el trabajo de su coordinador	1,592	0,016	4,913
B. FACTORES DEL TRABAJO DEL PROGRAMA			
Capacitado con más de 10 horas en total	1,505	0,016	4,506
Conoce acerca de la violencia familiar	1,451	0,023	4,267
<i>Constante</i>	-5,500	0,000	0,004

De las seis variables, cinco están relacionadas al programa, tres corresponden al promotor juvenil y dos al trabajo del programa. Mientras que una es específica del promotor. Las variables más significativas (Sig.) del conjunto corresponden al “estudiar en el turno tarde” y “poseer cualidad de líder”, las cuales tienen mayor peso o influencia (B) para la variable “participa en la gestión del programa” (*Cuadro 23*).

Del conjunto de variables, la presencia del factor estudia en el turno tarde influye 16,8 veces para que el promotor juvenil participe en el programa del adolescente; el poseer cualidad de líder contribuye 16,2 veces y el conocimiento de la importancia de su labor afecta 7,9 veces (*Cuadro 23*).

V. DISCUSIÓN

No existen estudios publicados de la misma naturaleza de nuestra investigación (13,30), pero sí, reportes de autores que se relacionan a los objetivos del estudio.

Participación del promotor juvenil en la gestión del programa del adolescente

Según la OPS, la participación en salud se ha entendido en tres distintos sentidos: Usuario del servicio, colaboración con el servicio y la intervención en la toma de decisiones (61). Los especialistas en adolescentes aseguran que los usuarios frecuentemente se convierten en beneficiarios de los programas y su participación activa en el diseño, ejecución y evaluación es escasa (1,30). En nuestro estudio, la participación de los promotores juveniles en la toma de decisiones también es exigua, sólo la cuarta parte de ellos lo hace en la gestión del programa del adolescente de los centros de salud pertenecientes a la UTES “El Carmen”. Vale decir, las potencialidades que tienen los adolescentes y jóvenes no son incorporadas como elementos que puedan impactar en la mejora de los servicios.

En el estudio realizado por La Rosa Huertas (30), el promedio más bajo del conjunto de indicadores que constituyeron la variable gestión general del servicio, se relacionó a la participación de los adolescentes. Del mismo modo, se observó, que la más baja participación tenía conexión con el diseño y evaluación del servicio. En nuestro estudio, percibimos, que la más baja participación se encuentra en las fases de ejecución y evaluación del programa, lo cual coincide parcialmente con lo observado por La Rosa Huertas. Además, aquellos promotores que no participan en toda la gestión del programa tienen mínima intervención en la fase de evaluación.

Factores del promotor juvenil

Al elegir un promotor juvenil, que participe en la gestión del programa, es imprescindible que tenga el perfil con las cualidades y condiciones indispensables, las cuales serán establecidas por los responsables del programa, determinando al mismo tiempo las que son necesarias al inicio y cuáles serán desarrolladas posteriormente (48).

Respecto a las características personales de los promotores juveniles, lo ideal es organizarlos en grupos mixtos, con una proporción similar de chicos y chicas. Entre los promotores que integraron nuestro estudio, predomina el sexo femenino, porque la tendencia general es que a las mujeres les resulta más fácil discutir con sus pares sobre temas como las relaciones personales, el amor y el sexo, en cambio los varones tienen dificultad para abordar espontáneamente estos temas con sus compañeras (42).

La edad predominante entre los promotores que integraron nuestro estudio fluctúa entre los 15 y 17 años. Puesto que en este período, los adolescentes asumen con mayor responsabilidad y compromiso el papel de promotor juvenil (42). Por ello, interesa seleccionar a los alumnos que cursan el 3°, 4° y 5° años de secundaria, coincidente con el grupo mayoritario de promotores participantes de nuestro estudio. No obstante, ninguna de estas características (edad, sexo, año de estudios) tuvo vinculación a la participación del promotor en la gestión.

Otro aspecto importante, para el desarrollo de las actividades del promotor juvenil, es su disponibilidad de tiempo (48). Tal condición es referida por el personal de salud como elemento del perfil que debe tener el promotor juvenil al ser seleccionado. La situación escolar del promotor, de estudiar en el turno tarde, resultó asociado estadísticamente a su participación, porque los que asisten en este turno, con mayor frecuencia no trabajan (OR = 7,27), por consiguiente, tienen mayor tiempo libre para acudir a las capacitaciones y coordinaciones en su centro de salud. Sin embargo, un bajo porcentaje de promotores (18%) aseguraron dedicar suficiente tiempo a su labor en el programa, factor que está vinculado a su participación en la gestión.

Los promotores que intervinieron en nuestro estudio, tienen otras ocupaciones como el trabajo, principalmente en actividades agrícolas (la zona es una región predominantemente agrícola) y la práctica deportiva, los cuales reducirían su tiempo disponible para el cumplimiento de sus funciones. La circunstancia que el promotor juvenil no trabaje está vinculado a su participación en la gestión del programa. Pero, el “no trabajar” y la “no práctica deportiva” no están asociados estadísticamente a la dedicación de suficiente tiempo a su labor (*Cuadro B-2 anexo*).

Durante las últimas décadas, la estructura familiar ha sufrido grandes cambios, así como las que ocurren en las relaciones entre los adolescentes y sus padres (6). La calidad de la comunicación en la familia determina las relaciones entre los padres y sus hijos adolescentes, y en última instancia, las relaciones de éstos últimos con sus iguales (13). Si bien, el 40% de los promotores juveniles sostiene buena comunicación con sus padres, es beneficioso que más del 70% de ellos goce de un ambiente familiar adecuado,.

Es determinante, el apoyo de los progenitores en las actividades que desarrollan sus hijos (6). Así, es importante que los padres de los promotores juveniles estén informados acerca del programa y del compromiso que implica ser promotor, pues a partir de ello autorizarán la participación de sus hijos (45). Tal es así, que la aceptación de los progenitores tiene influencia en la participación de los promotores juveniles en la gestión del programa (13). En el presente estudio, la información y aceptación que tienen los padres sobre la participación de sus hijos como promotores, es alta (más del 70%), lo cual es un aspecto conveniente para la intervención del promotor juvenil en el programa, sin embargo no se obtuvo asociación entre estos factores.

El promotor juvenil debe manejar una amplia red social, ser aquel que inspire confianza y afecto entre sus compañeros, a quien soliciten apoyo cuando lo necesiten (42). En nuestro estudio, la mayoría de ellos, (68,93%) considera tener buena relación con sus compañeros. No obstante, esta condición es indicada como necesaria por los promotores en bajo porcentaje (5,83%). Florenzano encontró un 62,5% de jóvenes que participan en grupos organizados (62), mientras que en nuestro estudio, el 68,93% de promotores interviene en

asociaciones de su edad, lo cual permite que fluya la confianza y mejore la interacción con sus pares.

Para que se integre a los recursos de salud, el promotor juvenil debe saber identificar las dificultades que se presentan en su medio escolar, tanto en el ámbito individual como grupal, y así poder generar acciones que encaminen los procesos de cambio y crecimiento en sus pares (45,64). Es destacable, aunque no lo óptimo, la percepción de dificultades en sus pares por el 43,69% de los promotores juveniles del estudio.

Ante la presencia de estas dificultades, una función que debe cumplir el promotor juvenil, es ofrecerles orientación, permitiéndoles hablar y ser escuchados, ayudándolos a buscar alternativas de solución (42,64). Pese a ello, más de la mitad de los promotores juveniles participantes de nuestro estudio, creen estar suficientemente preparados para ayudar a sus compañeros en dificultades, lo cual nos indica restricción en la idoneidad de la labor de aquellos que no lo están.

El promotor juvenil debe reunir ciertas características que le permitan desarrollar su labor con eficacia como: Liderazgo, espíritu voluntario, honestidad, perseverancia, confidencialidad, sentido de justicia, compromiso, etc (48). Sin embargo, en el estudio se aprecia, que no todos los promotores juveniles tienen cualidades y condiciones para cumplir su función, pues sólo el 48,55% de ellos, las presentan.

El promotor líder es aquel que tiene ascendencia sobre sus pares, brinda oportunidades para el aprendizaje y espacios para predecir cambios en su medio, busca no sólo su bienestar sino también el de los demás y como modelo tiene el aprecio y respaldo de su grupo (48). Los programas que involucraron líderes de grupo han demostrado que los jóvenes escuchan e imitan lo que hacen sus líderes influyendo en forma positiva en su comportamiento, ayudándoles a tratar y resolver sus problemas (52). En nuestro estudio, el liderazgo se manifiesta con bajo porcentaje (8,74%) y se expresa sólo en los establecimientos con promotores que participan, con asociación estadística muy significativa a la intervención en la gestión. No obstante, para el mundo adulto es

aún difícil de aceptar las capacidades de liderazgo y autonomía de los adolescentes (30).

El promotor juvenil tiene un papel preponderante en el programa del adolescente, pese a ello, el 24,27% no tiene noción exacta de la importancia de su tarea. Entre aquellos que les reconocen beneficio a su labor, consideran que sirve para apoyar a sus compañeros y favorecer directamente a los jóvenes con el mayor conocimiento acerca de la salud y prevención de riesgos. Condición que está relacionada a la participación del promotor en la gestión del programa.

El sentido de la participación del promotor juvenil, va encaminado a que adquiera mayor responsabilidad en el programa, por tal razón es destacable que el 86% de ellos opine de este modo. Lo cual nos revela que los jóvenes de la UTES “El Carmen”, están tomando conciencia de lo indispensable de su participación.

El acto de participar tiene una consecuencia inmediata en el sentimiento de realización personal y desarrollo de competencias del promotor juvenil, pues es fundamental que se sienta satisfecho con las actividades que desarrolla en el programa, porque ello afectará su desempeño (13). Por consiguiente, encontramos influencia de esta satisfacción, en la participación del promotor juvenil en la gestión.

Los coordinadores siempre están en interacción con los adolescentes, por lo cual es imprescindible que tengan ciertas competencias personales, como la facilidad para poder relacionarse con los jóvenes y ser considerados como personas confiables y cercanas, e igualmente con cualidades para la comunicación y trabajo en equipo (12,13,63). La comunicación constante entre el coordinador y los promotores propiciará una mejor respuesta en los jóvenes, por consiguiente, entre ellos debe existir un vínculo positivo que ayude al promotor vencer dificultades y temores que pueda encontrar (45). En el estudio, más de la mitad de los promotores, están contentos con el trabajo indicado, de tal manera que, la satisfacción del promotor con lo realizado por su coordinador está relacionada a su participación en la gestión.

Factores de la acción del programa con los promotores juveniles

La participación directa de los jóvenes en programas que los favorecen, es uno de los principios más importantes del éxito de ellos (13). De esta manera se asegura la adecuación de las actividades del programa a las necesidades reales de los jóvenes, afirmando su compromiso con los objetivos del programa y contribuyendo de manera notable al desarrollo de los jóvenes que intervienen de manera activa (13). La procedencia del promotor juvenil del establecimiento de salud de Chupaca, está vinculada a su participación, lo cual estaría directamente relacionado con el trabajo conveniente que ha desarrollado el programa del adolescente del indicado establecimiento, que habría contribuido a la participación de sus promotores. Puesto que los resultados nos indican mayor presencia de factores adecuados del trabajo del programa en el centro de salud en mención.

El trabajo que desarrolla el programa con el promotor juvenil está integrado por la selección de los adolescentes que van a participar, su capacitación y el seguimiento de las actividades que realizan (45).

La modalidad más efectiva en el proceso de selección, es la que se realiza por sus propios compañeros, porque le genera gran compromiso hacia el grupo que lo eligió, así como la posibilidad de sentirse útil para volcar todo lo aprendido hacia ellos (42). Este procedimiento, tiene escaso porcentaje en nuestro estudio (5,83%). Otra opción eficaz es la búsqueda de voluntarios, es decir adolescentes que se propongan a sí mismos para integrar el grupo de promotores juveniles (42), que en nuestro estudio, se utilizó sólo en el 23,30% de los promotores. Estos métodos fueron aplicados en mayor porcentaje por aquellos programas de los establecimientos con promotores que participaron en la gestión, pero no resultaron asociados a la participación del promotor.

El proceso de capacitación del promotor juvenil, debe integrar programas vivenciales de reforzamiento, socio dramas, técnicas de expresión corporal, revisión de materiales educativos, conferencias y charlas (48). Sin embargo, los

promotores juveniles prefieren participar activamente donde puedan opinar de manera abierta (12,47), así el taller se convierte en la forma de capacitación más participativa (9). Esta técnica fue empleada en mínimo porcentaje (8,74%), pero con mayor proporción en el establecimiento de salud que tiene número superior de promotores participantes.

Investigaciones diversas establecen que los programas para adolescentes tienen que partir de los espacios donde ellos permanecen por más tiempo o que ellos generan y de las necesidades que experimentan, lo que involucra a los colegios, las organizaciones juveniles, el trabajo, el barrio, etc. (30). En el estudio se observa variabilidad en los espacios utilizados para la capacitación, empleándose tanto centros educativos como centros de salud. El factor “capacitado en centro de salud” está vinculado a la participación del promotor juvenil en la gestión, porque lo relacionaría más directamente a las actividades que se desarrollan en salud. El programa del establecimiento de Chupaca, utilizó en mayor proporción su centro de salud.

La duración mínima del proceso de capacitación debería ser 20 horas (49). Pero, sólo el 10,68% de promotores participantes del estudio ha sido capacitado con igual o más tiempo del indicado. El programa del Centro de Salud de Chupaca tuvo mayor promedio de horas de capacitación, superando lo recomendado. Además, la capacitación de 10 horas a más está vinculada a la participación del promotor juvenil en la gestión.

En gran parte, la eficacia de la labor de los promotores depende de la capacitación recibida y de cómo ha logrado motivarlos, por ello es importante que los promotores juveniles superen sus expectativas con relación a la capacitación (45,47). Más de la mitad de los promotores participantes del estudio y en mayor porcentaje aquellos procedentes del establecimiento de Chupaca, manifestaron tener completo agrado con los temas tratados durante su capacitación. Este factor no se relacionó a la participación del promotor en la gestión del programa.

Los promotores juveniles al actuar como educadores de sus pares, deben tener buen conocimiento sobre temas clave luego de su capacitación, pese a

ello, sólo entre el 20 y 37% de los participantes del estudio, consideraron tener buen conocimiento sobre la sexualidad, la adolescencia normal, las ETS, la violencia familiar, el consumo de drogas y la salud oral. Así, los promotores del Centro de Salud de Chupaca que tuvieron número superior de horas de capacitación, presentaron mayor conocimiento apropiado de tales temas. En consecuencia, la variabilidad en la duración de la capacitación habría influido por ser insuficiente en algunos casos para tratar todos los temas o que éstos no hayan sido del interés del promotor, lo cual no le otorgó un significativo aprendizaje.

Los adolescentes requieren que determinados temas sean abordados en los servicios, entre ellos figuran en primer lugar la salud sexual y reproductiva seguido por el maltrato en la familia y el uso de drogas (12). En nuestro estudio el adecuado conocimiento acerca de los temas de la sexualidad, el consumo de drogas y la violencia familiar tiene asociación a la participación del promotor juvenil en la gestión del programa, lo cual estaría relacionado con el interés que tienen los promotores por estos temas.

Finalizada la capacitación, los promotores deberían empezar a trabajar dentro del marco de tareas que a cada uno de ellos se les haya establecido. El 27,19% de los promotores juveniles participantes del estudio no recibieron indicaciones específicas de las tareas a desarrollar, sin embargo los promotores procedentes del establecimiento de Chupaca, recibieron indicaciones de sus coordinadores en mayor porcentaje que los demás.

Es indispensable, mantener el vínculo entre el coordinador y el promotor juvenil, mediante espacios de reunión (seguimiento), que les permita a los promotores ir aclarando dudas con relación a su trabajo (45), contrariamente a ello el 41% de promotores del estudio no sostuvo ninguna entrevista con su coordinador posterior a la capacitación. Razón por la cual, más de la mitad de los promotores juveniles del estudio habrían tenido dificultades durante el desarrollo de su labor, las que no fueron resueltas en su totalidad por su coordinador. No obstante, la solución de dificultades resultó asociada a la participación del promotor.

La frecuencia de reuniones con el coordinador debería ser como mínimo una vez al mes (45). Este número fue similar a lo encontrado en el estudio, pero al contabilizar el número total, en su mayoría se dieron en forma reducida (de uno a tres). Lo descrito sería porque el coordinador no habría determinado un cronograma para su seguimiento y la mayoría de los promotores participantes tenían como mínimo tres meses de actividad. Los centros de salud con participación de sus promotores juveniles, presentan porcentaje superior de reuniones.

El seguimiento, además permite a los coordinadores, recoger información acerca de las actividades que están desarrollando los promotores juveniles, empero, la mitad de los participantes del estudio, refirió proporcionar información esporádicamente a su coordinador y sólo la quinta parte de manera continua. El programa con mayor participación de sus promotores, tiene indicadores de seguimiento adecuado con relación a los demás.

Lo anterior nos indica que los coordinadores no habrían desempeñado su tarea con eficacia. Estarían implicados en ello ciertos factores, como el desconocimiento del trabajo con promotores juveniles y la poca disponibilidad de tiempo para realizar su labor con ellos.

La OPS refiere que existen insuficientes recursos humanos capacitados para atender a los adolescentes en 22 países evaluados (41). En la mayoría de los estados desarrollados y en desarrollo, los profesionales de la salud no están adecuadamente formados para atender con capacidad las necesidades de los adolescentes y sólo algunos adquieren cualidades y habilidades en el transcurso de su trabajo (13). En el estudio de Meléndez, 6 de cada 10 profesionales de la salud de nuestro país, recibieron alguna capacitación sobre salud del adolescente (12). En el mismo estudio, ellos plantean la necesidad de ser capacitados y su motivación para hacerlo, pero las rotaciones frecuentes a otros programas hacen que se pierda la oportunidad de aplicarlos (12).

Asimismo, los trabajadores del primer nivel de atención del Ministerio de Salud, desarrollan múltiples actividades, puesto que una sola persona coordina varios programas preventivo promocionales, lo cual reduce su tiempo para

dedicarse a cada uno (12). Además, algunos son políticamente prioritarios y el programa del adolescente es uno más (12).

Para lograr la participación de los jóvenes en la gestión, es fundamental que los adultos como integrantes del programa, entiendan los beneficios de esa participación (13). Así, la preparación que tiene el personal de salud para el trabajo con los adolescentes influye en su interacción con ellos, porque los promotores al ejercer su nuevo rol necesitarán de los adultos para que los guíen y puedan asumir sus responsabilidades (13). Algunos de los profesionales ocuparán la función de coordinador, para lo cual deben manejar actitudes y competencias que les permita cooperar con los jóvenes en los procesos de gestión de los programas (13).

VI. CONCLUSIONES:

El presente estudio nos ha permitido obtener las siguientes conclusiones:

1. Se demuestra la influencia de factores en el nivel de participación de los promotores juveniles en la gestión del programa del adolescente de la UTES “El Carmen” de Huancayo. Los elementos que tienen mayor intervención en la participación del promotor juvenil en la gestión (Alta participación o en la toma de decisiones) están relacionados al programa del adolescente.
2. El promotor juvenil de la UTES “El Carmen”, no es incorporado adecuadamente al programa del adolescente, puesto que interviene extensamente en colaboración al programa, pero con mínima cooperación en la toma de decisiones.
La intervención del promotor juvenil se cumple sólo en las etapas iniciales y no en toda la gestión, ya que se advierte mayor participación en la planificación.
3. Las características específicas del promotor juvenil que se asocian a su participación en la gestión del programa del adolescente de la UTES “El Carmen”, son **personales** (*Procede del Centro de Salud de Chupaca OR = 9,92*), **escolares** (*Estudia en el turno tarde OR = 5,14*) y **ocupacionales** (*No trabaja OR = 2,97*).
4. Los factores del promotor juvenil, relacionados al programa del adolescente de la UTES “El Carmen”, que tienen vinculación a su participación, se refieren a las **cualidades y condiciones que posee para ser promotor** (*Cualidad de líder OR = 6,95*), **percepción de la labor que cumple** (*Conoce la importancia de su labor OR = 5,42*),

dedicación ($OR = 4,38$) y **su satisfacción** (*Con su tarea* $OR = 3,75$ y *con el trabajo de su coordinador* $OR = 3,17$).

5. Las características relacionadas al trabajo que desarrolla el programa del adolescente de la UTES “El Carmen” con los promotores juveniles, asociadas a su participación en la gestión del programa, están ligadas a los procesos de **capacitación** (*Capacitado con material escrito* $OR = 3,43$; *en centro de salud* $OR = 2,79$; *con una a cuatro horas por día* $OR = 4,97$; *con una duración total mayor a 10 horas* $OR = 3,33$, *proponiendo como temas la sexualidad* $OR = 2,71$; *consumo de drogas* $OR = 2,82$; *violencia familiar* $OR = 3,07$) y **seguimiento** (*Solución de dificultades al promotor* $OR = 5,83$).
6. Para que se promueva la participación del promotor juvenil en la gestión del programa del adolescente de la UTES “El Carmen”, influyen en conjunto seis factores, de ellos cinco corresponden al programa: “*Posee cualidad de líder*”, “*Conoce la importancia de su labor*”, “*Satisfecho con el trabajo de su coordinador*”, “*Duración total de la capacitación mayor a 10 horas*”, “*Incluye en la capacitación como tema prioritario la violencia familiar*”. El único factor específico del promotor juvenil corresponde a :
” *Estudia en el turno tarde*”.

Del conjunto de estos factores: “*Estudia en el turno tarde*” (Exp. $B = 16,76$) y “*posee cualidad de líder*” (Exp. $B = 16,23$) demuestran mayor influencia en la participación del promotor juvenil.

VII: RECOMENDACIONES:

El programa de salud del adolescente debe gestionarse con eficacia y eficiencia, y para fortalecerlo en la UTES “El Carmen”, Región Junín, se recomienda lo siguiente:

1. La participación del promotor juvenil, debe ser un indicador clave de todo el proceso de la gestión del programa del adolescente.
2. Los servicios de salud deben determinar el nivel de participación del promotor juvenil en el programa del adolescente, de tal manera, puedan establecer cuánto les falta ascender en la escalera de la participación, para llegar a una extensiva intervención del promotor juvenil en la toma de decisiones del programa. Para el efecto, sugerimos el uso del método de evaluación y cuantificación presentado en el cuadro A-4.
3. Inclusión de los adolescentes en las diferentes fases de la gestión del programa, lo cual permitirá a los servicios tener una visión más amplia de la realidad de los jóvenes y proponer estrategias que les proporcione una interlocución más concordada a la población objetivo.
4. En la gestión del programa, proponemos disponer de instrumentos específicos que permitan realizar adecuadamente los procesos de selección, capacitación y seguimiento de la labor del promotor juvenil.
5. En la selección del promotor juvenil es conveniente determinar un perfil de características que posea el candidato y utilizar modalidades recomendadas como la elección por sus compañeros y la captación de voluntarios.
6. La capacitación del promotor juvenil debe tener una duración total de 10 horas a más, haciendo uso de materiales convenientes, ambientes adecuados y establecidos previamente, con un enfoque de temas clave como la sexualidad, el consumo de drogas y la violencia familiar.

7. El coordinador debe conocer el quehacer conjunto con los promotores juveniles y poseer características convenientes que le permita una mejor interacción con los adolescentes. Entonces, le concierne recibir capacitación técnica en atención de la salud de los adolescentes y tener participación más activa en la gestión, como integrante del equipo multidisciplinario del programa del adolescente

8. Para que se cumpla lo anterior, es necesario generar voluntad política del más alto nivel, no sólo con asignación formal de responsabilidades sino iniciativas, decisiones y estrategias sostenidas en el programa del adolescente, para que deje de ser uno más, sino tenga su propio espacio físico y en las actividades diarias de los establecimientos de salud de primer nivel.

VIII. REFERENCIAS BIBIOGRAFICAS:

1. OPS / KELLOG. Proyecto de desarrollo y salud integral de adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe, 1997-2000. Programa de Promoción y Protección de la salud, OPS. Fundación Kellog. Washington.1998. *p 5-21.*
2. REDESS JÓVENES. Perfil psicosocial de los y las jóvenes. Módulo I, En: Manual de capacitación y sensibilización para el trabajo con promotores de salud. REDESS JÓVENES Lima. 2001, *p 5-12.*
3. Ministerio de Salud. Plan de Atención Integral del Escolar y Adolescente 1997-2001.MINSA, PSEA. Lima. 1998. *p 7-21,34*
4. INEI Junín. Población, Mujer y Salud. INEI. Huancayo.1996, *p 34-35, 97-102.*
5. Organización Panamericana de la Salud. La salud de los adolescentes y los jóvenes en las Américas: escribiendo el futuro. Comunicación para la salud N° 6 . Washington.1995, *p 4-43.*
6. La Rosa Huertas L. Reforma sanitaria, promoción de la salud y programas de salud de los adolescentes de la región, casos de Brasil, Costa Rica, República Dominicana: Estado de la situación y lineamientos estratégicos para la acción. Unidad de salud de Adolescentes, división de Promoción y Protección de la Salud, OPS /KELLOG. Washington.2001.*p 28,29,56*
7. Ministerio de Salud. Atención integral del adolescente. Adolescencia. En: Salud reproductiva. MINSA. Lima.1997, *p 1-2.*
8. Serrano C. Fundamentos del Programa Regional de Salud Integral del Adolescente. En: La salud de los jóvenes y adolescentes. OPS. Washington.1995, *p 287-295.*
9. Moreno E. Servicios de salud para adolescentes y jóvenes. Los desafíos de acceso y calidad. En: Encuentro internacional sobre salud adolescente. Documento Básico N.º 02. FNUAP, OPS, OMS, OEI, CEPAL, Pathfinder. Colombia. Mayo 1995, *p 1-19.*
10. Jarabo Y, Vaz F. La entrevista clínica con adolescentes. Formación Médica Continuada en Atención primaria 1995; 2 (8): *455-465.*
11. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Atención Integral del Escolar y del Adolescente. MINSA. Lima. 1991. *p 10,37,38*

12. Meléndez De la Cruz R. Representaciones sociales y prácticas sobre sexualidad y salud reproductiva: Hacia un servicio de salud para y con los adolescentes. (Tesis para optar el grado de Magíster en Salud Pública). Lima Perú. UPCH. 2001. *p 10-17,75-85*
13. Organización Mundial de la Salud. Programación para la salud y el desarrollo de los adolescentes. Serie de informes técnicos 886. OMS/FNUAP/UNICEF.Ginebra.1999, *p 107-204.*
14. Séller S. Servicios de salud para adultos jóvenes. Los adolescentes afrontan altos riesgos de embarazo y ETS, además de otras barreras a los servicios. *Network en español* 1997; 17 (2): 20-21.
15. Klein J, Mc Nulty M, Flatau C. Adolescents' access to care *Arch.Pediatr.Adolesc.Med.* 1998 ; 152: 676-682.
16. Alva J, Vargas L. Centro de la mujer peruana "Flora Tristán". Piensa en ellos: Iniciativas para desarrollar servicios de calidad en la atención de los jóvenes. Ed, "Flora Tristán". Lima. Marzo 2001. *p 25,26,86*
17. Seixas C. Aceptación y acceso a los servicios para adolescentes. En: Conferencia internacional sobre fecundidad en adolescentes en América Latina y el Caribe. The Population Council,The Pathfinder Found México.1989, *p 57-61.*
18. Monroy A. Centro de orientación para adolescentes. Una experiencia mexicana de salud. En: La salud de los jóvenes y adolescentes. OPS. Washington.1995, *p 422-448.*
19. IPAS. Jóvenes en riesgo: Los adolescentes y la salud sexual. Notas informativas. EEUU. Enero 2001, *p 20-26.*
20. Barnett B, Schueller J. Satisfacción de las necesidades de los clientes jóvenes. Guía para prestar servicios reproductivos a los adolescentes. Family Health International. EEUU. 2001, *p 14-16, 95-100.*
21. Arias R, Aramburú C. Percepción de los jóvenes sobre sexualidad, embarazo y acceso a los servicios de salud en Lima, Cuzco e Iquitos. REDESS JÓVENES. Lima. 1999, *p 167-208.*
22. Rizo A. Programas de salud reproductiva para adolescentes en América Latina. En: Los jóvenes y los programas en salud y sexualidad en América Latina. Mexform Pathfinder International. The Population Council. Mexico.1993, *p 13-35.*

23. Organización Mundial de la Salud. La salud de los jóvenes: Un desafío para la sociedad. Serie de informes técnicos 731. OMS. Ginebra. 1986, p 97-122.
24. Rodríguez García, Rusell J, Maddaleno M. El ambiente legislativo y de políticas relacionadas con la salud del Adolescente en América Latina y el Caribe. OPS / KELLOG. Washington. Junio 1999, p 41-77.
25. Murguía Carmen. Servicios de salud sexual y reproductiva amigables, acogedores, apropiados para adolescentes. Instituto de Educación y Salud (IES). Lima. 2000, p 52-56.
26. Finger W. Fomento de consultorios amigos de los jóvenes. Network en español 2000; 20 (3): 32-33.
27. Finger W. Factores clave contribuyen al éxito de programas. Network en español 1997; 17(3): 21-24.
28. Shepard B, García Núñez J, Miller y col. Programas para adolescentes en América Latina y El Caribe, Análisis de su ejecución y evaluación. En: Conferencia internacional sobre fecundidad en adolescentes en América Latina y El Caribe. The Population Council, The Pathfinder Found. México. Noviembre 1989. p 45,96
29. Ginsburg K, Slap G, Cnaan A y col. Adolescents' Perceptions of factors affecting their decision to seek Health Care. JAMA 1995; 273 (24): 1913-1916.
30. La Rosa Huertas L. Gestión de la atención de salud de los adolescentes y jóvenes en Chile y Perú. Sociedad Peruana de Adolescencia y Juventud, MINSA. Lima. Julio 2001, p 12-127.
31. Booth P, Elster A. Lineamientos para los Servicios Preventivos para Adolescentes(GAPS). Evaluación clínica y Manual de Control. American Medical Association, Department of Adolescent Health. Chicago.1995. p 5
32. Friedman H, Ferguson J. Enfoques de la OMS sobre la salud de los adolescentes. OPS. En: La salud de los jóvenes y adolescentes. OPS. Washington.1995, p 287-295.
33. Federación Internacional de Planificación Familiar, Comprender a los Adolescentes. Un informe de la IPPF sobre las necesidades de la gente joven en materia de salud sexual y reproductiva. IPPF 1994, p 24-27.

34. Serrano C. La salud integral de los adolescentes y los jóvenes: Su promoción y su cuidado. En: La salud de los jóvenes y adolescentes. OPS. Washington.1995, p 3-13.
35. Moreno E, Serrano C, García L. Lineamientos para la programación de la salud integral del adolescente. En: La salud de los jóvenes y adolescentes. OPS. Washington.1995, p 328-343.
36. Kraskopf D. Los grupos de pares en la adolescencia. En: La salud de los jóvenes y adolescentes. OPS. Washington.1995, p 118-123.
37. Friedman H. Obstáculos para la salud de los adolescentes. Network en Español 1994; 1: 4-6.
38. Barnett B. La educación retrasa el inicio de la vida sexual. Network en Español 1997; 17 (3): 14-20.
39. UNFPA. Relato de un encuentro. Reunión Regional sobre Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes en América Latina: Un compromiso con el futuro. Fondo de Población de las Naciones Unidas .División para América latina y el Caribe. San José, Costa Rica. Diciembre 1997, p 11-33.
40. Suarez E, Munist M, Silber T. Condiciones de eficiencia de los servicios ambulatorios de salud para los adolescentes. En: La salud de los jóvenes y adolescentes. OPS. Washington.1995, p 314- 327.
41. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Américas 1998-2001.Programa de Promoción y Protección de la salud, OPS. Washington.1998.p 25-27,35
42. Instituto de Educación y Salud. Trabajando juntos por la salud de los adolescentes. Manual de capacitación para facilitadores. IES. Lima. 1999, p 73-80.
43. Robinson E. Compañeros educadores en los barrios de Malí. Network en Español 2000; 20 (3): 24-27.
44. Duarte A, Donas S, De Oliveira y col. El Proyecto “Janela” y la salud de los adolescentes en Sao Paulo, Brasil. En: La salud de los jóvenes y adolescentes. OPS. Washington.1995, p 407- 411.
45. CEDRO. Manual del Programa de Líderes naturales. Lima.1992.p 5-10,40-55

46. Salazar V, Suárez M. Asociación benéfica PRISMA. Evaluación de los "Centros de salud Reproductiva del adolescente"(CESRA). Lima.1999.
47. Espinoza V, Rivas I, Tamayo C. Estudio cualitativo nacional: Actitudes, motivaciones y roles de los líderes adolescentes en el Proyecto IPSS Joven y la participación /aceptación de padres y maestros. Proyecto IPSS Joven. IPSS. Gerencia Central de Salud. Gerencia de programas externos de salud. Lima.1998. *p 21-23.*
48. REDESS JÓVENES. Trabajando con los y las jóvenes. Modulo N.º 6. En: Manual de capacitación y sensibilización para el trabajo con promotores de salud. REDESS JÓVENES Lima. 2000, *p 5- 11.*
49. REDESS JÓVENES. Calidad de atención y consejería. Módulo N.º 4. En: Manual de capacitación y sensibilización para el trabajo con promotores de salud. REDESS JÓVENES Lima. 2000, *p 5-9.*
50. Burt M. ¿Por qué debemos invertir en el adolescente?. OPS / KELLOG Washington.1998, *p 37-49.*
51. Cuesta A. Situación de los adolescentes desde una perspectiva de género APROFE (Asociación Pro bienestar de la Familia Ecuatoriana). Guayaquil, Ecuador. 2002, *p 11.*
52. Blegmer B, Niemberg G, Perrone. La juventud y el liderazgo transformador. OPS / KELLOG. Washington.1998, *p 17-25,32-39.*
53. Querol A, Velaochaga J. Líderes naturales: Una experiencia de prevención en los colegios. Informativo de Cedro N.º 10. Psicoactiva 1988; 2 (1): *148- 161.*
54. Finger W. Los jóvenes: vulnerables pero resistentes. Comprender mejor las necesidades de salud sexual y reproductiva de los jóvenes da lugar a nuevas iniciativas. Network en Español 2002; 21 (3) : *16-20.*
55. Seiders W. Educación no formal para jóvenes: Conceptos y Estrategias. En: Taller Regional: Una educación en población para la juventud a nivel comunitario. Documento base. Chile. 1996, *p 34-44.*
56. Cassey D. Valoración de los centros de provisión de servicios. En: Servicios de asesoramiento y anticoncepción para jóvenes. Guía de orientación para asociaciones de planificación familiar que pretenden establecer programas para jóvenes. International Planned Parenthood Federation (IPPF). España. 1985.*p 27-32.*

57. Cáceres C. Salud sexual en una ciudad joven: Un programa comunitario en salud sexual con y para los jóvenes. UPCH y REDESS JÓVENES. Lima.1998, p 35-96.
58. UPCH. Evaluación de las acciones de apoyo a la movilización social. En: Movilización social y comunicación en la EVA CARE, PRONACEDCO. UPCH. Lima.1989. p 2-10
59. Asociación Canadiense de Salud Mental. Manual de participación juvenil. Trabajando con jóvenes. Una guía para la participación juvenil en la toma de decisiones. OPS/ OMS. Junio 2003. p 16,43,49-60.
60. Organización Panamericana de la Salud. Encuesta sobre oportunidades perdidas de atención integral del adolescente. OPS. Washington.1996.p 9-10.
61. Mendoza J. Participación social en salud. Una experiencia en Lima metropolitana: El caso del distrito de Chorrillos. En: Investigaciones en salud. CONCYTEC. Lima.1996.
62. Florenzano R, Maddaleno M, Harwitz N y col. Sistemas de atención de salud para adolescentes: Análisis comparativo en un sector de Santiago de Chile. En: La salud de los jóvenes y adolescentes. OPS. Washington.1995. p 479-481.
63. Molina R. Organización de un servicio de atención integral para adolescentes. En: Adolescencia, un enfoque integrado. Seminario internacional. Chile. Colección de seminarios N° 1.1994. p 88-89.
64. Instituto de Educación y Salud. Encontrándonos con los adolescentes. Manual para capacitar educadores de pares adolescentes. III. IES. Lima.1999.p27-43,73-103.

IX. ANEXOS:

IX.1. INSTRUMENTO:

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL NIVEL DE PARTICIPACIÓN DE LOS PROMOTORES JUVENILES EN LA GESTION DEL PROGRAMA DEL ADOLESCENTE DE LA UTES “EL CARMEN”, HUANCAYO.

Instrucciones: Hola amigo(a) promotor(a) juvenil, te pedimos responder las siguientes preguntas marcando las respuestas con una “X” entre los paréntesis o llenando los espacios en blanco.

I. IDENTIFICACIÓN.

1. Sexo : () Masculino () Femenino
2. Edad :años cumplidos
3. Distrito donde vives :

II. ESCOLARIDAD

4. Grado de estudios actuales : () 1° () 2° () 3° 4° () 5° ()
5. Turno de clases : () Mañana () Tarde () Noche
6. Tipo de centro educativo : () Estatal () Particular

III. ACTIVIDADES

7. ¿Trabajas? () Si () No
8. ¿Practicas deportes frecuentemente? () Si () No

IV. AMBITO FAMILIAR

9. ¿Vives con tus padres?
() Con ambos () Con uno de ellos () Con ninguno
10. ¿Cómo te llevas con tus padres?
() Bien () Regular () Mal
11. ¿Hablas con tu papá o mamá cuando tienes dificultades?
() Mucho () Poco () Nada

12. ¿Sabes tus padres que eres promotor juvenil?

Ambos Uno de ellos Ninguno

13. ¿Cómo consideran ellos tu participación como promotor juvenil?

De acuerdo Indiferente En desacuerdo

V. SOCIAL

14. ¿Cómo te llevas con tus compañeros de clase?

Bien Regular Mal

15. ¿Cuántos de tus compañeros crees que tienen dificultades o problemas?

La mayoría Pocos Nadie

16. ¿Si alguno de ellos necesitara apoyo, lo ayudarías si pudieras hacerlo?

Totalmente Parcialmente Nada

17. ¿Con qué frecuencia diriges actividades para tus compañeros?

Siempre A veces Nunca

18. ¿Participas en grupos o asociaciones de tu edad?

Si No

VI. ROL DE PROMOTOR JUVENIL

19. ¿Qué características crees tener para ser promotor juvenil?

.....

VII. PERCEPCIÓN DEL ROL DE PROMOTOR JUVENIL

20. ¿Para qué sirve la labor del promotor juvenil?

.....

21. Si te permitieran participar más en actividades del programa ¿cuál sería tu actitud?

Estaría de acuerdo Indiferente Estaría en desacuerdo

VIII. DEDICACIÓN AL PROGRAMA

22. ¿Cuánto tiempo te dedicas a la labor de promotor juvenil?

Bastante Poco Nada

IX. SATISFACCIÓN DEL PROMOTOR

23. ¿Cómo te sientes con tu labor de promotor juvenil?

()Contento ()Indiferente ()Descontento

24. ¿Qué te parece el trabajo que realiza el coordinador?

()Buena ()Regular ()Mala

IX. TRABAJO DEL PROGRAMA CON LOS PROMOTORES JUVENILES

SELECCIÓN:

25. ¿Cómo te seleccionaron para ser promotor juvenil?

.....

CAPACITACIÓN:

26. ¿Cómo fue la capacitación que te dieron?

a. Técnica utilizada.....

b. Con qué materiales:.....

c. En qué forma: ()Individual ()Grupal

27. ¿Dónde se realizó la capacitación?

()Colegio ()Centro de salud ()Municipalidad ()Otro

28. ¿Cuánto duró la capacitación?

N.º de horas por día;..... N.º de días:.....

29. ¿Te agradaron los temas que se trataron en la capacitación?

()Totalmente ()Parcialmente ()Nada

30. ¿Qué tanto sabes de.

a. Sexualidad : ()Bastante ()Poco ()Nada

b. Adolescencia normal : ()Bastante ()Poco ()Nada

c. Enfermedades de transmisión sexual : ()Bastante ()Poco ()Nada

d. Consumo de drogas : ()Bastante ()Poco ()Nada

e. Violencia familiar : ()Bastante ()Poco ()Nada

f. Salud oral : ()Bastante ()Poco ()Nada

31. ¿Te indicaron claramente las funciones que ibas a cumplir como promotor juvenil?

()Si ()No

ASESORIA Y SEGUIMIENTO:

32. Luego de la capacitación, ¿cuántas veces te reuniste con el coordinador?
N.º de veces al mes: N.º total:
33. ¿Cómo fueron las reuniones con el coordinador?
() Grupales () Individuales
34. ¿Con qué frecuencia informas a tu coordinador acerca de las actividades que realizas?
() Siempre () A veces () Nunca
35. ¿Tuviste dificultades durante el desarrollo de tus actividades de promotor juvenil?
() Si () No
36. ¿Estas dificultades, fueron solucionadas por tu coordinador?
() Si () No

PARTICIPACIÓN DE LOS PROMOTORES JUVENILES EN LA GESTION DEL PROGRAMA DEL ADOLESCENTE.

Instrucciones: Ahora te pedimos que respondas con relación al programa del adolescente del centro de salud de tu distrito.

PLANIFICACIÓN.

1. ¿Te informan acerca de las actividades que se van a realizar en el programa del adolescente?
() Siempre () A veces () Nunca
2. ¿Te invitan a participar en las actividades que se van a realizar en el programa?
() Siempre () A veces () Nunca
3. ¿Te consultan acciones que se van a realizar en el programa?
() Siempre () A veces () Nunca
4. ¿Entregas alguna información referente a temas de tu interés al coordinador del programa?
() Siempre () A veces () Nunca

5. ¿Decidiste realizar alguna acción por tu propia cuenta en apoyo al programa?

Siempre A veces Nunca

EJECUCIÓN.

6. Actualmente, ¿realizas alguna actividad para el programa del adolescente?

Si No

7. Si tu respuesta es afirmativa, ¿qué actividades realizas?

- a. Elaboro afiches, trípticos para el programa
- b. Entrego afiches, trípticos a compañeros
- c. Doy a conocer actividades del programa
- d. Dirijo talleres para mis compañeros
- e. Oriento a mis compañeros
- f. Refiero casos de compañeros con dificultades al centro de salud

EVALUACIÓN.

8. ¿Te informan los resultados de las actividades que se realizan en el programa?

Siempre A veces Nunca

9. ¿Te invitan a participar en la evaluación de los resultados de las actividades que se realizan en el programa?

Siempre A veces Nunca

10. ¿Te consultan algunas acciones que se van a realizar para mejorar los resultados de las actividades del programa?

Siempre A veces Nunca

11. ¿Entregas información relacionada a los resultados de las actividades que realizas?

Siempre A veces Nunca

12. ¿Decidiste realizar alguna acción por tu propia cuenta para mejorar los resultados de las actividades del programa?

Siempre A veces Nunca

MUCHAS GRACIAS.

IX.2:CORRELACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN DEL PROMOTOR JUVENIL CON SUS CARACTERÍSTICAS Y DE LA ACCION DEL PROGRAMA:

Cuadro B-1.

CARACTERÍSTICAS	PARTICIPACIÓN		OR	p
	SI (%)	NO (%)		
CARACTERÍSTICAS DEL PROMOTOR JUVENIL				
<i>Características personales</i>				
Edad mayor a 15 años	19,41	51,45	1,24 (0,33-4,30)	0,743
Sexo masculino	12,62	27,18	1,59 (0,60-4,24)	0,303
Sexo femenino	13,59	46,60	0,63 (0,24-1,67)	0,303
Reside en Chupaca	14,56	8,74	9,31 (2,98-29,98)	0,000004
Reside en la zona de su centro de salud correspondiente	19,42	59,22	0,71 (0,23-2,23)	0,500
Procede del Centro de Salud de Chupaca	19,41	15,53	9,92 (3,26-31,38)	0,000003
<i>Características escolares</i>				
Cursa 5° de secundaria	11,65	29,13	1,23 (0,46-3,26)	0,652
Estudia en el turno tarde	5,83	3,88	5,14 (1,14-24,45)	0,011
<i>Características ocupacionales</i>				
No trabaja	15,53	24,27	2,97 (1,10-8,11)	0,016
No practica deportes	3,88	17,46	0,56 (0,114-2,03)	0,334
<i>Características familiares</i>				
Vive con sus padres	17,48	45,63	1,23 (0,45-3,45)	0,650
Tiene buena relación con sus padres	22,33	51,46	2,50 (0,71-9,63)	0,117
Tiene buena comunicación con sus padres	11,65	28,16	1,30 (0,49-3,45)	0,560
Padres informados de su participación como promotor	25,24	54,37	9,29 (1,20-195,51)	0,012
Padres aceptan su participación	22,33	47,57	3,17 (0,91-12,12)	0,044

<i>Características sociales</i>				
Tiene buena relación con sus compañeros	20,39	48,54	1,82 (0,60-5,77)	0,248
Percibe dificultades en sus compañeros	12,62	43,69	1,28 (0,48-3,37)	0,587
Tiene interés en ayudar a sus compañeros	14,56	43,69	0,86 (0,32-2,29)	0,740
Dirige actividades para sus compañeros con frecuencia	6,80	20,39	0,92 (0,30-2,73)	0,864
Participa en agrupaciones de su edad	18,45	50,49	1,10 (0,38-3,19)	0,851
<i>Cualidades y condiciones para ser promotor juvenil</i>				
Tiene cualidades y condiciones para ser promotor	24,27	54,37	4,46 (0,90-29,96)	0,039
Tiene cualidad de líder	4,83	2,91	6,95 (1,37-39)	0,004
<i>Percepción de su labor de promotor</i>				
Precisa la importancia de su labor	24,27	51,46	5,42 (1,10-36,14)	0,017
Acepta mayor participación	26,21	60,19	0	
<i>Dedicación al programa</i>				
Dedica suficiente tiempo a sus actividades de promotor	9,71	8,74	4,38 (1,37-14,19)	0,004
<i>Satisfacción del promotor</i>				
Satisfecho con su tarea	22,33	44,66	3,75 (1,08-14,29)	0,019
Satisfecho con el trabajo de su coordinador	19,42	34,95	3,17 (1,10-9,44)	0,016
CARACTERÍSTICAS DEL TRABAJO DEL PROGRAMA				
<i>Selección</i>				
Selección de voluntarios	8,74	14,56	2,03 (0,68-6,02)	0,151
Elección por sus compañeros	1,94	3,88	1,44 (0,17-10,23)	0,683
<i>Capacitación</i>				
Aplicación del taller	2,91	5,83	1,46 (0,26-7,34)	0,611

Uso de material escrito	17,48	27,19	3,43 (1,24-9,63)	0,007
Efectuado en forma grupal	24,27	65,05	1,68 (0,30-12,13)	0,522
Realizado en centro de salud	12,62	18,45	2,79 (1,01-7,70)	0,025
No capacitado en colegio	17,46	25,24	3,85 (1,39-10,86)	0,003
Duración de una a cuatro horas por día	19,42	29,13	4,97 (1,51-13,12)	0,002
Duración total \geq a 10 horas	10,68	12,62	3,33 (1,13-9,86)	0,013
Duración total \geq a 20 horas	3,88	6,80	1,71 (0,38-7,40)	0,418
Empleando más de tres días	9,71	21,36	1,44 (0,52-4,07)	0,435
Agrado con los temas de la capacitación	18,45	39,81	2,03 (0,72-5,79)	0,137
Conoce acerca de la sexualidad	14,56	23,30	2,71 (1,01-7,35)	0,027
Conoce acerca de la adolescencia normal	11,56	22,33	1,84 (0,68-5)	0,181
Conoce acerca de las ETS	7,77	26,21	0,76 (0,26-2,16)	0,578
Conoce acerca del consumo de drogas	13,59	30,39	2,82 (1,04-7,72)	0,023
Conoce acerca de la violencia familiar	14,56	21,36	3,07 (1,13-8,40)	0,013
Conoce acerca de la salud oral	6,80	14,56	1,42 (0,45-4,43)	0,500
Le indicaron sus funciones	25,24	47,57	14,33 (1,89-298,9)	0,001
<i>Asesoría y seguimiento</i>				
Mantuvo reunión con el coordinador	17,48	41,75	1,53 (0,56-4,27)	0,360
Sostuvo reunión grupal con el coordinador	16,51	36,89	1,70 (0,63-4,62)	0,246
Informa con frecuencia sus actividades	5,83	14,56	1,16 (0,35-3,77)	0,783
No encontró dificultades en su labor	13,59	31,06	1,48 (0,56-3,928)	0,382
Le resolvieron sus dificultades	17,54	28,07	5,83 (1,21-31,76)	0,009

IX.3. CORRELACIÓN DE LA DEDICACIÓN DE SUFICIENTE TIEMPO DEL PROMOTOR JUVENIL AL PROGRAMA DEL ADOLESCENTE CON FACTORES OCUPACIONALES Y ESCOLARES.

Cuadro B-2.

Características del Promotor juvenil	Dedica suficiente tiempo a su labor		OR	p
	SI (%)	NO (%)		
Estudia en turno tarde	2,91	6,80	2,06 (0,37-10,36)	0,322
No trabaja	6,80	33,00	0,86 (0,27-2,66)	0,770
No practica deportes	3,88	17,48	0,98 (0,24-3,71)	0,971

IX.4. PROCEDIMIENTO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA.

Cuadro B-3

N.º Pasos	-2log de la verosimilitud	R de Cox y Snell	R de Nagelkerke
1	70,737	0,609	0,737
2	70,739	0,609	0,737
3	70,888	0,608	0,736
4	71,454	0,606	0,732
5	72,483	0,600	0,726
6	73,449	0,595	0,720
7	74,872	0,587	0,711
8	77,348	0,574	0,694
9	79,888	0,559	0,676

IX 5.HOJA DE AUTORIZACIÓN

Consentimiento para aplicar el instrumento de recojo de la información para la investigación.

Teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

- ◇ La participación en esta investigación es voluntaria.
- ◇ Se informará verbalmente acerca de la finalidad del estudio y su aporte.
- ◇ Se garantiza la confidencialidad de la información a través del uso de códigos de identificación y la ausencia de algún nombre en los cuestionarios.

Por lo tanto:

Yo, con labor actual como promotor juvenil en el Centro de Salud de estoy de acuerdo en participar voluntariamente en el trabajo de investigación titulado: *"Factores que influyen en el nivel de participación de los promotores juveniles en la gestión del programa del adolescente de la UTES "El Carmen de Huancayo"*.

Fecha:.....

Firma:.....