

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

FACULTAD DE MEDICINA

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE

MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA

REPRESENTACIONES MENTALES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

ACERCA DE LA VIDA SEXUAL EN LOS ADOLESCENTES

Implicaciones en la orientación en anticoncepción

PRESENTADO POR:

Luisa Fernanda Perafán Flórez

Norma Liliana Posada

Yessica Castrillón García

ASESORA DEL TRABAJO DE GRADO

Chantal Aristizábal Tobler, PhD

Enero de 2019

**REPRESENTACIONES MENTALES DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD
ACERCA DE LA VIDA SEXUAL EN LOS ADOLESCENTES**

Implicaciones en la orientación en anticoncepción

Luisa Fernanda Perafán Flórez

Norma Liliana Posada

Yessica Castrillón García

Resumen: El embarazo en adolescentes es considerado un problema de salud pública desde hace más de cinco décadas y se ha estudiado desde diferentes aspectos, principalmente relacionados con el adolescente y su entorno. Esta investigación, pretende abordar esta problemática desde la perspectiva de las representaciones mentales, sobre la sexualidad en adolescentes, que tiene un grupo de profesionales de medicina y enfermería que labora en la red pública de Bogotá, con el fin de proporcionar nuevos insumos para el estudio de la planificación familiar y las políticas relacionadas con esta.

Objetivo principal. Conocer las representaciones mentales de los profesionales de la salud acerca de la vida sexual de los adolescentes y discutir las posibles implicaciones en la orientación en anticoncepción.

Metodología. Se utilizó el método cualitativo con enfoque fenomenológico. Para la recolección de los datos, se realizaron entrevistas en profundidad a seis profesionales de la salud.

Resultados. Esta investigación evidencia que las representaciones mentales del grupo de profesionales analizados, conforma una red de mundo pequeño redundante. La falta de percolación y de flujos de información diferente entre ellos, tiende a convertir los

pensamientos en dogmáticos; lo cual podría generar invisibilidad de las identidades y diversidades de los adolescentes.

Conclusión. Los profesionales de la salud construyen una idea del adolescente y su vida sexual a partir de conceptos, analogías, reglas e imágenes que se conectan unos con otros en redes de mundo pequeño; lo que le otorga coherencia al discurso, al uso del lenguaje, a la toma de decisiones y la resolución de problemas e influye directamente en las asesorías de anticoncepción para este grupo poblacional.

Palabras clave (DeCS): adolescente, sexualidad, anticoncepción, embarazo, gestación, consejería médica, salud pública.

Abstract: For more than five decades, adolescent pregnancy has been considered a public health issue and has been a subject of different types of studies, mainly related to adolescents and their environment. Therefore, the present research aims to address this issue from a different critical perspective, which will provide new assets to the study of family planning and the policies related to it. Henceforth, the present paper is based on an analysis of the mental representations about adolescent sexuality from the investigated group, consisting of medical and nursing professionals, who work in the public network of the city of Bogotá, Colombia.

Primary Objective: To know the mental representations of health professionals regarding adolescent sex life and discuss possible implications for contraception guidance.

Methodology: The qualitative method was used, with phenomenological focus. In-depth interviews to six health professionals were conducted for the data collection.

Results: This investigation showed that the mental representations of this group of professionals shape a network of redundant small world. The absence of seepage and different flows from information in this network, tends to turn the thoughts to dogmatic tendencies, which might generate invisibility of the identities and diversities of the adolescents.

Conclusion. Health professionals build an idea of adolescents and their sex life from concepts, analogies, rules and images that connect with each other in small world networks and give coherence to discourse, language use, decision making and Resolution of problems, which directly influences the counseling of contraception in adolescents.

Key words: adolescent, sexuality, contraception, pregnancy, medical advice, public health.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia, la salud pública ha utilizado múltiples y variadas iniciativas para normalizar las prácticas sociales, entre ellas la sexualidad, y poner en marcha el proyecto de gobierno de los cuerpos aprendido de forma individual o colectiva. Estas, oscilan desde el control directo hasta la utilización de dispositivos orientados a persuadir a poblaciones específicas; todo con el fin de adecuar las formas de vida bajo criterios denominados saludables (Viveros-Vigoya, 2006).

De esta manera, se evidencia una preocupación de la salud pública tradicional por controlar los cuerpos, modificar comportamientos y estilos de vida. Sin embargo, actualmente existe un interés creciente por conocer, desde una perspectiva no causal, fenómenos como los embarazos en adolescentes, las infecciones de transmisión sexual y la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana. A pesar que la adolescencia es considerada una etapa relativamente exenta de problemas de salud, el interés se ha concentrado en riesgos relacionados con el tabaquismo, el alcoholismo, el consumo de sustancias psicoactivas, la violencia, el suicidio, las infecciones de transmisión sexual (ITS) y los embarazos no deseados.

Si bien es cierto que la maternidad adolescente se ha convertido en un problema emergente de salud pública que se relaciona con los sectores de educación, salud y justicia; los derechos de las mujeres y de los niños, niñas y adolescentes; y que constituye un

indicador de desarrollo y bienestar social (Molina, Molina, & González, 2007), esta es una preocupación relativamente joven. En las décadas de 1950 y 1960, aparecen las primeras estadísticas relacionadas con la actividad sexual juvenil, los embarazos no deseados, las relaciones no matrimoniales; lo que motivó el interés de la sociedad por la información y la educación sexual (Mora-Cancino AM, 2015).

La problemática de la sexualidad está ligada con los riesgos de infecciones y la reproducción, a la cual se atribuyen consecuencias como: deserción escolar, cambios en el proyecto de vida y contribución al aumento de los niveles de pobreza en la población.

Estudios recientes en América Latina revelan que, en México, la maternidad adolescente reduce los años de escolaridad y las horas trabajadas (Arceo-Gomez, 2014). En otros casos, como en Chile, disminuye la probabilidad de terminar la enseñanza secundaria y de acceder a estudios universitarios (Soares, 2012). Otras investigaciones mencionan que la forma tradicional de abordar el problema, así como las políticas y las acciones implementadas, parten de una visión estrecha del concepto de la sexualidad y sugieren la necesidad de nuevas interpretaciones. Se generan entonces tensiones entre las políticas y los aspectos individuales de quienes las diseñan y las ejecutan; y de sus receptores, los jóvenes (Juárez, 2005).

En el informe del Banco Mundial: "Embarazo adolescente y oportunidades en América Latina y el Caribe", se destacan tres elementos interrelacionados con la toma de decisiones de las adolescentes: i) la racionalidad en las decisiones de fecundidad; ii) las conductas que restringen una toma de decisiones estrictamente racional (baja autoestima, barreras a información suficiente y autocontrol); iii) y las interacciones y normas sociales (por ejemplo, efectos de experiencias de pares y estigmas sociales). El entorno social, local y familiar también contribuyen a definir las opciones efectivas disponibles con las que cuentan

los adolescentes para definir sus planes de vida. Este informe se basa en el principio de que las decisiones de fecundidad, deberían ser el resultado de una libre elección y no de las limitaciones para tomarlas (Azevedo et al., 2012). De ahí que la toma de decisiones informadas de los adolescentes sobre su vida sexual, permite maximizar aciertos y disminuir errores; con el objetivo de propiciar la alineación entre las decisiones individuales y los resultados sociales deseados.

En el mismo sentido, el informe de Unicef muestra que si bien la fecundidad global en los últimos 30 años disminuyó, la fecundidad en adolescentes tuvo una tendencia refractaria a la baja inicial y después un incremento en varios países, especialmente en la región de América Latina y el Caribe (Salinas-Mulder, 2014).

En Colombia, desde mediados de los años 1970 se ha observado una disminución de la fecundidad, con una tasa inicial estimada en siete hijos por mujer, la cual se estabilizó entre 1985 y 1995 alrededor de tres hijos por mujer. En las adolescentes, en el año 2010 se calculó una tasa de 84 nacimientos por mil mujeres; en comparación con el año 2005, donde se estimó que en la zona urbana nacían en promedio de 73 a 79 niños por mil mujeres, y en la zona rural de 122 a 128 (Ojeda, 2010).

Otros datos muestran que el 13,8 por ciento de las adolescentes entre los 13 a 19 años ha estado alguna vez embarazada. Si se restringen las adolescentes a jóvenes de 15 a 19 años, se observa que el 18,8 por ciento ha estado alguna vez embarazada (incluidos embarazos que no terminan en nacido vivo), frente a 17,4 por ciento que son madres o con primer embarazo. Es decir, los embarazos que no terminan en nacido vivo aumentan en 1,5 puntos porcentuales la prevalencia del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años (Ojeda, 2010)

Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), realizada en Colombia en 2015, el 69,9 % de las mujeres y el 52,7% de los hombres entre 15 y 19 años, unidos y no

unidos con actividad sexual reciente, no utilizan métodos anticonceptivos. Las mujeres entre 13 y 49 años saben que la Empresa Promotora de Salud (EPS) otorga los métodos gratis; pero sólo el 24,6 % de las adolescentes entre 13 y 14 años conoce este derecho (Profamilia, 2015).

Si bien la gestación en adolescentes es considerada un tema relevante para la salud pública mundial, las cifras evidencian que son menos las adolescentes que se embarazan; puesto que casi el 80% de esta población, no han tenido embarazos a pesar de tener vida sexual activa y no emplear ningún método anticonceptivo. Por tal motivo, existen críticas a esta concepción generalizada de relacionar la vida sexual de los adolescentes con la reproducción, dejando de lado la comprensión de la misma y la aceptación de otras dimensiones, como el disfrute de la sexualidad (Bermúdez, 2018). Con frecuencia, se olvida que el erotismo es un componente inherente de la sexualidad humana y se mantiene un abordaje, en los adolescentes, de carácter punitivo, tanto en el ámbito familiar, escolar y clínico; olvidando la manera como los adolescentes y jóvenes aprenden y subjetivan la dimensión del placer y de las relaciones interpersonales.

En el imaginario popular, se han arraigado creencias sobre las causas del embarazo en adolescentes, a las cuales se les asignan certezas sin respaldo empírico. Entre estas causas se mencionan: la falta de orientación de los padres, la ausencia de información de los estudiantes sobre métodos para la regulación de la fertilidad, la exposición de los adolescentes a información con alto contenido sexual en los medios de comunicación y, particularmente, la supuesta irresponsabilidad de los jóvenes en su vida sexual (Bermúdez, 2018).

Algunos autores afirman que el uso de nuevas tecnologías de la información y la comunicación ha abierto un espectro de posibilidades para acceder de manera inmediata a prácticas virtuales de lo sexual. El “cybersexo”, el “sexting” y la pornografía favorecen

nuevas formas de reconocimiento corporal y sexual que los jóvenes y adolescentes tienden a experimentar cada vez con mayor frecuencia (Owens, Behun, Manning, & Reid, 2012).

Es importante resaltar que la preocupación por explorar y conocer la vida sexual de los adolescentes se ha hecho principalmente desde un abordaje de riesgo y, la mayoría de las investigaciones realizadas desde la óptica de la salud pública, se han enfocado en la objetividad del dato. Los análisis y las evaluaciones de las políticas siguen unos patrones específicos de tipo económico y de calidad y acceso, con pocos datos sobre la evaluación de las políticas sexuales y reproductivas (Juárez, 2005).

En Colombia, es escasa la información sobre orientación en anticoncepción generada a partir de los profesionales de la salud directamente implicados en la toma de decisiones de los adolescentes. Además, pocas investigaciones han abordado este tema desde las representaciones mentales; lo frecuente ha sido considerar las representaciones sociales. En cuanto a estas últimas, en un estudio local sobre adolescentes, se menciona el noviazgo como una experiencia significativa que favorece el inicio de la actividad sexual. Sin embargo, las mujeres expresan el control social sobre su sexualidad por el riesgo que el embarazo representa para la realización de su proyecto de vida. Por el contrario, los hombres perciben permisividad social ya que mediante el noviazgo reafirman la masculinidad (Sánchez, 2010).

Así mismo, existen investigaciones desde percepciones y representaciones de los adolescentes; pero son pocas las que se concentran en la estructuración del pensamiento de los profesionales de la salud implícito en el momento de brindar las consejerías en anticoncepción.

Por este motivo, el abordaje y análisis teórico desde las teorías de la complejidad, facilitarían un mejor análisis y una interpretación más clara y centrada en la realidad del fenómeno. Para esto, se emplearon los conceptos de representaciones mentales y de procesos

de cómputo de las ciencias cognitivas planteados por Paul Thagard (2008) y los conceptos de redes complejas de mundo pequeño desarrollados por Duncan Watts (2003) y Ricard Solé (2009).

Thagard, hace una analogía de representaciones y procesos mentales, con los usados en un programa de computación. Expertos coinciden en que el conocimiento consiste en representaciones mentales, conformadas por los procesos algorítmicos que realizan los seres humanos en el diario vivir; las representaciones mentales y los procesos aplicados a ellas generan la conducta, la cual indica cómo resolver problemas, tomar decisiones y hacer uso adecuado del lenguaje. El modelo computacional-representacional de la mente, ha superado a otras teorías anteriores, tanto en su potencial teórico como práctico, debido a la incorporación de modelos anteriores al integrar las representaciones mentales, el cerebro y la computadora.

Estas representaciones plantean un modelo de la mente, con reglas, conceptos, analogías, imágenes y conexiones necesarias para generar pensamientos y conductas en el ser humano. Las reglas son estructuras condicionantes que ayudan a representar diversos tipos de conocimiento, tales como la información general sobre el mundo o cómo actuar en él. Por ejemplo: "si usas el preservativo correctamente, no contraerás infecciones de transmisión sexual" (Thagard, 2008). La regla se interpreta como una generalización aproximada que admite excepciones, ya que el sistema de operaciones computarizadas puede garantizar que solo aplique la regla más adecuada. Los individuos tienen reglas mentales dentro de un universo de posibles soluciones, las cuales pueden aplicar una serie de procedimientos en su vida diaria, pero también pueden generar nuevas normas (Thagard, 2008).

Además de las reglas, también se adquieren nuevos conceptos; es decir, esquemas mentales o guiones para las situaciones típicas. En el ámbito social, también se aprenden conceptos que definen a los demás y estos, a su vez, se retroalimentan con aprendizajes a

partir de diferentes disciplinas. Así en una situación específica, el sistema activa unos conceptos puntuales que la representan; esta activación se propaga a otros conceptos potencialmente relevantes; se eligen los conceptos que corresponden a la situación y a partir de ellos, el sistema realiza inferencias sobre esta. Cuando las primeras decisiones son acertadas, las siguientes situaciones serán más fáciles de resolver activando la secuencia ya implementada. Cuando se emplean conceptos previos organizados a situaciones nuevas, se genera una conducta (Thagard, 2008).

Las analogías desempeñan una función importante en el pensamiento humano, tanto en la resolución de problemas como en la toma de decisiones, las explicaciones y la comunicación lingüística. Estas se pueden expresar en representaciones verbales y visuales de situaciones que pueden utilizarse como casos o análogos. Cada análogo representa una situación y la analogía es una relación sistemática entre ellos; es posible establecer analogías interesantes entre situaciones que tienen relación y comparten rasgos generales. El pensamiento analógico trata de adaptar situaciones nuevas a otras conocidas y parecidas. Su importancia en el razonamiento es relativamente reciente; aunque tiene un reconocimiento significativo en las áreas de la filosofía, la psicología y la computación. Los análogos se pueden representar por imágenes visuales; por ejemplo, los adolescentes se comparan con una fruta verde, lo cual indica que se ve al joven como alguien inmaduro o en proceso de maduración (Thagard, 2008).

Las imágenes o representaciones gráficas captan información visual y espacial de forma más accesible que las descripciones verbales, normalmente muy extensas. Se han llevado a cabo experimentos neurofisiológicos que confirman la existencia de una relación estrecha entre el razonamiento que utiliza imágenes mentales y la percepción sensorial. Los procedimientos computacionales que se ajustan a las representaciones visuales son la inspección, la búsqueda, el acercamiento, la rotación y la transformación. Estas operaciones

son útiles para elaborar planes y producir explicaciones en dominios en los que se aplican las representaciones gráficas (Thagard, 2008).

Los primeros modelos computacionales del pensamiento diseñados en los años 1950 y 1960, se centraban en la participación de redes neuronales. Más adelante, la investigación conexionista utilizó la modelización inspirada en la estructura neuronal del cerebro, con énfasis en la importancia de las conexiones entre estructuras simples de tipo neuronal. Existen representaciones locales que proporcionan una interpretación identificable a partir de las estructuras de tipo neuronal en términos de conceptos y proposiciones específicos; y representaciones distribuidas en redes que aprenden a representar conceptos o proposiciones de manera más compleja (Thagard, 2008).

Desde otra aproximación, la teoría de redes permite entender algunos fenómenos a escalas superiores e inferiores y plantea que las interacciones entre elementos crean nuevos fenómenos. La percepción del tejido de la sociedad está fuertemente limitada por las relaciones con amigos, compañeros de trabajo o simplemente conocidos. Estas relaciones pueden imaginarse como las conexiones dentro de una red y cada individuo se comporta como un nodo que genera vínculos sociales. Al establecer dichas conexiones, se podría trazar una malla de relaciones entre todos los individuos de una sociedad; una red con millones de elementos, pero cada uno de ellos sólo se conectaría con una pequeña cantidad de individuos (Solé, 2009).

Según Duncan Watts (2003), las redes representan poblaciones de componentes individuales que generan, envían datos o incluso toman decisiones. En segundo lugar, las redes son objetos dinámicos que evolucionan y cambian con el tiempo, impulsadas por las actividades o las decisiones de aquellos mismos componentes. Las redes muestran lo que denominamos agrupamiento; esto significa, que los amigos de la mayoría de las personas son en cierta medida también amigos entre sí. Cada grupo se asemeja a un pequeño agrupamiento

basado en la experiencia, el lugar o los intereses compartidos por sus miembros y se unen entre ellos por las superposiciones que se crean cuando los individuos que figuran en un grupo también pertenecen a otros grupos. Esta característica de las redes tiene especial relevancia para el problema del pequeño mundo, porque el agrupamiento genera redundancia (Watts, 2003).

Por lo tanto, las poblaciones pueden ser vistas como sistemas vivos y abiertos, donde el flujo de información es continuo y predominan las redes de mundo pequeño redundantes, cargadas de información local que permite descubrir patrones de comportamientos implícitos en estos sistemas complejos adaptativos. Estas redes están interconectadas con otras; las acciones realizadas en unas son replicadas y fluyen y pueden ser o no aceptadas o rechazadas por sus miembros. A partir de lo anterior, se planteó como objetivo principal de esta investigación, indagar acerca de las representaciones mentales de los profesionales de la salud sobre la vida sexual de los adolescentes y sus implicaciones en la orientación en anticoncepción.

MATERIALES Y MÉTODOS

Dado el problema de investigación expuesto, se optó por una orientación epistemológica de tipo cualitativo. La metodología se centró en el área de la ciencia social, especialmente en las actividades y pensamientos individuales diarios de los participantes de la investigación. A través de un proceso inductivo recurrente, se analizaron realidades subjetivas derivadas de las representaciones mentales de los profesionales de medicina y enfermería, frente a la vida sexual de los adolescentes. Inicialmente se hizo una revisión bibliográfica, que se continuó implementando durante la investigación. La teoría se construyó principalmente a partir de la información recolectada y analizada, y de la revisión de la literatura.

Se buscó responder preguntas sobre cómo los profesionales de la salud perciben la sexualidad de los adolescentes. También se quiso indagar sobre las acciones e interacciones humanas en relación con el entorno cultural, de interés para la investigación, en el campo de la salud pública (Ulin, et al. 2005) y en el contexto de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS).

El enfoque fenomenológico permitió explorar, describir y comprender las experiencias de profesionales de la salud con respecto a la vida sexual de los adolescentes, a partir de sus conceptos, analogías, conexiones, reglas e imágenes, y descubrir los elementos en común que tienen tales vivencias para este grupo de personas (Hernández-Sampieri et al, 2014).

Como instrumento de recolección de datos se utilizó la entrevista en profundidad, técnica social que establece una relación de comunicación directa cara a cara entre un investigador y un individuo entrevistado, con quien se establece una relación dialógica, espontánea, concentrada y de intensidad variable, a través de preguntas abiertas y relativamente libres (Canales, 2006). De esta manera, se orientó el proceso de obtención de la información sobre las reglas, analogías, conexiones e imágenes que cada profesional de la salud expresó en sus respuestas verbales.

Se realizaron seis entrevistas a profundidad, con una duración de 2 horas y 38 minutos, en promedio. Los participantes fueron: tres profesionales de enfermería (dos mujeres y un hombre); y tres profesionales de medicina (todos hombres) con experiencia laboral entre 10 meses y 20 años. Estos profesionales ejercen en el área de atención primaria de la salud, de la red pública de Bogotá.

Una vez transcritas las entrevistas, se hizo una categorización a partir de las representaciones mentales: creencias, reglas, analogías e imágenes a través del programa de

análisis cualitativo Atlasti (versión 7.5.18. Educativa licencia multiusuario). Posteriormente, de manera manual, se realizó el análisis de la información para establecer las conexiones y las implicaciones de estas representaciones mentales en la asesoría en anticoncepción de los adolescentes.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Según la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, esta investigación se clasifica sin riesgo puesto que no se realizaron intervenciones y la recolección de la información se hizo a través de entrevistas que no trataban aspectos sensibles. Por tal motivo, no requirió aval por comité de ética. Cada participante recibió información acerca de la investigación y aceptó participar en ella de forma libre y voluntaria. El consentimiento informado se formalizó con la firma de un documento en el cual se estipulaban claramente las consideraciones éticas de la investigación, tales como la confidencialidad, la participación y el retiro voluntario y la declaración de las investigadoras de no tener conflictos de interés.

RESULTADOS.

Los profesionales, tanto de medicina como de enfermería, demostraron coherencia en sus representaciones mentales, ya que tienen un modo de pensar coherente sobre los jóvenes y su sexualidad. Lo que podemos ver cuando conectan sus creencias con la reglas, imágenes y analogías que tienen acerca del adolescente y de su vida sexual, es que ellos tienen una representación del joven; y, por lo tanto, no ven al joven, aunque están convencidos de que esta es la realidad.

Para empezar, podemos ver que el concepto de adolescente es dado principalmente por el desarrollo físico y emocional; tiene lugar en un determinado tiempo y se caracteriza por el inicio o el riesgo de iniciar la vida sexual:

“Es un momento, una etapa difícil, que están en un cambio, no sólo físico, sino también emocional, psicológico” P3MD.

“Adolescente [...] persona, entre 12 a 19 años, que puede tener inicio de vida sexual en cualquier momento” P1EJ.

Dentro de las principales creencias, se encontró que se culpa a las hormonas de ser las causantes de los riesgos a los que conlleva el inicio de la vida sexual. Por lo mismo, los profesionales consideran que el adolescente es un ser inestable y se convierte en una amenaza porque no tiene estabilidad emocional, está fuera de control:

“[...] entonces es una amenaza de vida sexual algunos, por las hormonas y no tienen consenso, es incontrolable” P2MD.

“El adolescente es explosivo, el adolescente es imprudente, el adolescente [...] algunas personas lo llaman, como el superhéroe anónimo” P5EJ.

“es una expulsión de emociones [...] eso es un manojito de emociones, todo el tiempo y muchas sin controlar” P6EJ.

Por otra parte, los jóvenes son identificados con cercanos, hermanos o hijos, desde una mirada abstracta, no teórica, comparan y prejuzgan. La cercanía de los profesionales con sus parientes no implica necesariamente que se pueda generalizar a todos los adolescentes, hay un problema de inducción; pero lo asumen así y toman decisiones con base en estos presupuestos:

“Yo lo digo por los chinos míos:” mi mamá que va a saber de eso” P6EJ.

“Yo ya tengo hijos que han pasado por la adolescencia y toda la cuestión, entonces ya uno tiene una percepción la que ve antes” P3MD.

“Si es de 15 años yo veo y reflejo a mis hermanos” P1EJ.

“Y yo que ya lo tuve que vivir con mi hijo, que pasó por esa etapa, es difícil, es una etapa bastante difícil” P3MD.

Por otra parte, se hace analogía de los adolescentes con lluvia, tormenta, explosión. Todas estas coinciden en llevar a pensar que hay una inestabilidad, hay una calificación o cualidad de esas analogías, asociada a la creencia de que ellos son crédulos e inocentes:

“que son demasiados inocentes” PIEJ,

“como creído de creerle al amigo” P6EJ.

“como con una lluvia, una tormenta, una cosa así” P3MD.

De la misma manera, se crean imágenes de los adolescentes en situaciones de riesgo y peligro, y se deduce que no saben qué hacer, buscan y piden consejos a los amigos; y, por lo tanto, son débiles y vulnerables:

“un adolescente en consumo de drogas [...] en un parque, fumando, tomando, probando sustancias [...] múltiples parejas sexuales” PIEJ.

“Las pandillas” P2MD.

“Se vuela de la casa, se escapó, le está diciendo mentiras al papá [...] y los adolescentes son muy débiles ante todas esas cosas, ante la fiesta, ante la droga, ante todas esas cosas” P6EJ.

Así mismo, infieren que esta cualidad de tormentosos y explosivos, los lleva a explorar lugares nuevos y desconocidos, pero peligrosos, como la sexualidad, asociada a consecuencias como el embarazo y las infecciones de transmisión sexual, debido a una vida sin control:

“Ellos están llenos de unos imaginarios y es una desgracia porque parten de ahí y tienen que armar su vida, si es que quieren, con base en tener una, como lo digo yo: una cría [...] embarazo en adolescente, una desgracia” P4MD P4MD.

“[...] seguir una vida con rienda sueltas” P6EJ.

“Si es hombre, exposición a ITS, igual la mujer” P1EJ.

Dado que los profesionales asocian la vida sexual de los adolescentes con una vida riesgosa, asumen que lo que se deriva del inicio de estas relaciones son problemas. De ahí que, creen que la vida sexual no debería estar en la mente de un adolescente y debe iniciarse lo más tarde posible, estableciendo los 18 años como punto de partida; creencia que lleva a que los profesionales excluyan a los adolescentes que inician su vida sexual antes de esta edad.

“Eso no debería estar contemplado en la mente de un adolescente, tener relaciones sexuales. No debería, pero tristemente la presión de grupo, la [...] todo, todo lo lleva a tengamos sexo” P4MD.

Un adolescente está en proceso de maduración, está en proceso de formar carácter, por ahí a los 17, 18 años” P6EJ.

“No, como tal no. No porque tienen que hacer otras cosas: estudiar, básicamente eso, no trabajar, hacer deporte. Yo creo que cada cosa tiene su tiempo en este mundo” P4MD.

La conexión de todas sus creencias les lleva a interpretar que la vida sexual de los adolescentes está dada por un impulso de conocer, explorar y aprovechar, lo que hace que se ignore el sentido emocional y humano de la relación sexual:

“hoy en día los niños quieren es probar, no les gusta tener parejas estables, no les gusta usar el preservativo [...] y uno les pregunta: “¿por qué lo has hecho?” y entonces dicen: “ toca conocer, toca mirar cuerpos, toca probar...” entonces mi respuesta es: de tantas citologías que yo he hecho, la vagina siempre ha estado en el mismo puesto nunca se corre, nunca es diferente. Entonces, ¿qué busca” P1EJ.

“Esta situación está [...] digamos, este papayazo de la vida, y pues hagámosle, simplemente, sin mayor trascendencia” P4MD.

Para el personal de medicina y enfermería los adolescentes no toman decisiones, sino que estas están influidas por otros; ya sea por la televisión, el internet, las redes sociales, los amigos o la familia. De esta manera, tienen la creencia de que el joven no toma decisiones adecuadamente, sino que todas están influidas, es algo más obligatorio o impuesto, no es una decisión como tal. Y a su vez, cuando toman decisiones, estas son erradas debido a su falta de madurez:

“En este momento más que todo en los medios de comunicación, la información que recibe por las redes sociales, la televisión, en películas, en noticieros toda esa información” P2MD.

“Como mi amiguita tiene 13 años y fuma, entonces yo por qué no, si mi amiguita ya tiene 13 años y tiene novio entonces ¿yo por qué no? Si ella pudo con un bebé ¿entonces yo también por qué no?” P1EJ.

En cuanto a la anticoncepción, piensan que lo correcto es que los padres tomen las decisiones, por esta razón el adolescente debe confiar en ellos su vida sexual ya que ellos carecen de estabilidad emocional para tomar decisiones:

“Algunas que ya están planificando se ve que las decisiones son por la mamá y no propias de ellos. Son mayores de 14 años” P2MD.

“Muchas veces son los papás que vienen con una niña de esas de colegio, de 14, "a no es que la amiguita es muy avispada y que ya la he visto con dos novios, entonces yo quiero que conozca de planificación”. Entonces eso me parece perfecto” P3MD.

“La mamá debe tener como comunicación con su hija y si la hija le dice que ella, la hija es valiente y le está diciendo que ya tiene novio que va tener relaciones sexuales, que necesita el apoyo de alguien y la mamá busca al profesional para hacerlo” P6EJ.

“Y aquí yo veo eso con alegría cómo hay mamás que ven a su hija de quince y sí mamá me hice un aborto... y la mamá tranquila porque ya sabe. Y eso es bien”

P4MD.

Se establecen reglas como: adolescente con vida sexual que planifica es responsable y por lo tanto planea su futuro, aunque no sea la edad para hacerlo.

“Felicitarlo, está haciéndolo en el momento. Lo está usando en el momento correcto porque está teniendo vida sexual. Pero no debería estar viviendo la vida sexual, no debería” P4MD.

“está siendo responsable de todas maneras, porque está pensando en planear su futuro” P2MD

“¿El adolescente que usa métodos anticonceptivos? una persona que protege su tranquilidad” P5EJ.

A pesar de que la mayoría de los profesionales de la salud creen que el inicio de las relaciones sexuales se debe dar lo más tarde posible, preferiblemente después de los 18 años, por la falta de madurez, consideran que a partir de los 14 años se deben realizar las asesorías en anticoncepción, ya que los adolescentes están en capacidad de tomar sus propias decisiones:

“Entre los 14 y 16 años ellos ya tienen todo el raciocinio, los conocimientos, la capacidad de decidir personalmente” P3MD.

“De los 14 a los 18, 16 ya es una persona madura. Que creo que puede corresponder y tomar sus propias decisiones” P1EJ.

Aunque se consideran incapaces de enfrentar la responsabilidad y los riesgos de una vida sexual en estas edades:

“Cree que nunca le va pasar nada malo, cree que él es invencible, el cree que siempre tiene la razón, es un personaje totalmente impredecible” P5EJ.

“Usted a los 17 años 14 años, que no ha terminado ni el colegio, no se cambia los calzones usted y ahora sí va [...] eso es muy complicado cierto” P6EJ

Los profesionales conectan el éxito en la vida y la vida sexual, con la confianza que se tenga con los padres y la educación que estos puedan brindar desde muy temprana edad:

“Si desde chiquitos se les habla de esos temas, los papás, y si la persona puede comentar va tener una adolescencia, una buena infancia, una buena adolescencia, una buena adultez en todos los temas de la vida, listo” P4MD.

“Si usted desde los 10 años le está diciendo que cuando le dé por empezar su vida sexual avíseme para ayudarle, para colaborarle, va a tener todo el terreno abonado para las cosas” P4MD.

“porque si hay confianza el papá le presta la casa, o le da para el motel, o le compra los condones” P4MD.

Las representaciones mentales de los profesionales de enfermería y medicina son coherentes y les otorgan validez a las leyes estipuladas, que limitan la atención en anticoncepción a los menores de 14 años. Lo anterior, niega la sexualidad de los jóvenes

antes de los 14 años y, en algunos casos, antes de los 18 años. De esta manera, se confiere a los padres el poder de decisión sobre su derecho a prevenir un embarazo no deseado, pero a su vez se contradicen afirmando que los niños tienen derecho a decidir:

“por norma, me corresponde desde los 15 años y si es una menor de 14 años pues obviamente ya lo considera uno” P1EJ.

“Sí, eso es por disposición legal. Ningún menor puede entrar solo a consulta, desde los 18 años para abajo. Sí claro, menor de edad” P3MD.

”Si es una menor de 14 años pues obviamente ya lo considera uno. Entonces toca, reportarla con el SIVIGILA y determinar si fue abuso” P1EJ.

“Y en el caso de que sea una menor de 14 años que la lleva la mamá a planificar, en ese caso si, en ese caso se puede aceptar, claro porque ya es potestad del padre”

P2MD

“los niños tienen derechos, tienen autonomía y ellos son los que deben resolver y no la mamá” P2MD.

Para terminar, llama la atención que los profesionales de medicina manifestaron que las asesorías en anticoncepción corresponden a funciones principalmente de enfermería y que, por lo tanto, ellos no resuelven estos temas:

“Nosotros aquí en medicina general no formulamos. Todo lo que tiene que ver con anticoncepción lo maneja el jefe” P3MD.

“Lo que pasa es que uno como médico general la consulta de planificación no es lo que uno tiene que hacer, para eso está enfermería” P4MD.

DISCUSIÓN

Desde la teoría de la complejidad, los resultados encontrados permiten analizar que el modo de pensar de los profesionales de la salud, es una red de mundo pequeño redundante. Los resultados evidencian que existen conexiones limitadas a unos conceptos básicos sobre el adolescente y su vida sexual; lo cual reduce los flujos de información y los convierte en redundantes, carentes de inclusión y de generación de nuevos vínculos. Ser redundante significa estar infraconectado, con pocos enlaces; causando marginalización y desconexión (Badia i Dalmases, 2011).

De acuerdo con el concepto de mundo pequeño redundante, los profesionales de la salud pueden generar, a través de sus representaciones mentales, la exclusión de quién es el adolescente en realidad. La falta de percolación y de flujos de información diferentes en esa red, convierte los pensamientos en dogmáticos.

Los resultados obtenidos en esta investigación permiten constatar la manera en que los profesionales de la salud interpretan la vida y la vida sexual de los adolescentes a partir de sus propias creencias, lo cual es de importancia a la hora de entender la lógica con la que son construidas las estrategias y campañas en salud sexual y reproductiva; y las asesorías en anticoncepción. Lo anterior es concordante con el informe final de: “ Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes, una aproximación a los factores culturales, sociales y emocionales”, a partir de un estudio en seis países de la región, realizado por la UNICEF (Salinas-Mulder, 2014). En este informe se destacan factores contextuales de importancia como es el acceso a la educación sexual integral, acceso a los diferentes métodos de anticoncepción y en especial la garantía del ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. Se cita a Rodríguez (2008), quien menciona que las claves para explicar la alta fecundidad adolescente en un contexto moderno podrían resumirse en términos de la

reticencia institucional (sociedad y familia) para reconocer a las/los adolescentes como sujetos sexualmente activos, lo cual restringe el acceso a métodos de anticoncepción y a los conocimientos acerca de las prácticas sexuales.

Esta afirmación se puede corroborar al observar que, para los profesionales de la salud, la vida sexual no es algo que debería contemplarse en la adolescencia. Se tiende a desconocer y negar la sexualidad de los adolescentes mediante argumentos tales como la inmadurez, la inestabilidad emocional, la incapacidad para tomar decisiones y prevenir riesgos.

El modo de pensar de los profesionales propicia la exclusión del joven, ya que este concepto sobre él y su vida sexual se encuentra alejado de la realidad. Por lo tanto, los adolescentes no se sienten identificados con el modo de pensar que, con frecuencia, tienen médicos y enfermeros acerca de ellos; esto dificulta el diálogo y crea una barrera que impide el éxito de los programas de anticoncepción en adolescentes. Esto a pesar de la identificación de los determinantes sociales que influyen en el embarazo del adolescente, como el bajo estrato económico, difícil acceso a la educación, inequidad, desigualdad de género, ruralidad, entre otros.

No se reflejan cambios significativos a pesar de las políticas, normas y programas existentes. Sin embargo, lo más preocupante es que las instituciones prestadoras de salud y los tomadores de decisiones no innoven sus políticas, así como lo menciona el informe final de UNICEF (2014) (Salinas-Mulder, 2014).

Por otra parte, los resultados nos muestran que, en ocasiones, los profesionales de la salud creen que la vida sexual en los adolescentes se basa en la exploración del cuerpo, en probar y conocer y que, por lo tanto, no tienen parejas estables, ya que su interés es principalmente físico. Esto niega la dimensión emocional y relacional de la sexualidad, a

diferencia de lo que se ha demostrado en otros estudios, donde los adolescentes manifiestan que:

“El principal objetivo señalado era lograr una comunicación con el compañero, aunque mayor en las mujeres que en los hombres. Un número importante mencionó el placer y la satisfacción sexual para ambos” (Juárez, 2005).

Los profesionales de la salud participantes en este estudio poseen preconceptos sobre la vida sexual de los adolescentes y no permiten que haya percolación ni flujos de información diferentes en esa red; convirtiéndose en pensamientos dogmáticos. Es interesante resaltar que los resultados muestran que una de las creencias de los profesionales de medicina es que la asesoría en anticoncepción es una función principalmente del personal de enfermería. Esto lleva a pensar que este tema podría no ser abordado en las consultas médicas con adolescentes, al considerar que la anticoncepción en adolescentes es un tema de baja complejidad que no es competencia médica y debe estar a cargo del personal de enfermería. Esto elevaría una barrera más en el abordaje de la anticoncepción de adolescentes, generada desde la consulta médica.

Por otra parte, estos resultados permiten identificar que hay una gran limitante en la atención de los adolescentes menores de 18 años, especialmente los menores de 14 años. Se observa que no hay una claridad de lo estipulado legalmente en cuanto a la reglamentación de la atención. De esta manera, los profesionales de la salud excluyen de la atención en anticoncepción a los menores de 14 años, desconociendo los derechos sexuales y reproductivos de estos. La razón podría ser la protección legal del profesional, ante un posible caso de abuso sexual, que, en últimas, pone en riesgo de un embarazo no deseado a la adolescente menor de edad que voluntariamente asiste a consulta para acceder a un método de anticoncepción.

El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, en su página de internet (2013) enuncia lo siguiente:

“Todas las menores de 18 años sexualmente activas tienen derecho a recibir las medidas de protección específica anticonceptivas que requieran, si presentan riesgo de embarazo no deseado, de conformidad con el criterio del médico tratante y lo establecido en las normas técnicas de atención en planificación familiar y de atención a víctimas de violencia sexual. Lo anterior, independientemente de las acciones judiciales a que haya lugar, en los casos de acceso carnal en menores de 14 años.”

Estas disposiciones están establecidas en el artículo 67 del Acuerdo 29 de 2011 de la Comisión Reguladora en Salud CRES. Por otra parte, el acuerdo 31 emitido en 2012 por la misma Comisión precisó que:

“[...] las niñas de 6 a 14 años de edad tienen derecho a las evaluaciones y atenciones interdisciplinarias pertinentes, y a todos los procedimientos y medicamentos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud vigente que se requieran para la atención integral en caso de presentarse un embarazo, y de la atención de todas las afecciones relacionadas y que puedan poner en riesgo su vida o la culminación de la gestación, así como de una atención integral en casos de violencia familiar o de abuso sexual, lo que incluye la protección del riesgo de embarazo no deseado, así como el acceso a métodos anticonceptivos, indicando que las niñas embarazadas deben tener especial relevancia dentro de los programas de promoción y prevención”.

Pese a lo anterior, los artículos 208 y 209 de la Ley 599 de 2000 del Código Penal colombiano, hacen referencia a los actos sexuales abusivos; se refieren al acceso carnal violento con menor de 14 años y al delito de actos sexuales con menor de 14 años. Es interesante traer a la discusión que los conceptos que tienen los profesionales de la salud

están alineados con los conceptos legales estipulados, los cuales limitan la facultad de decidir y tomar decisiones de los menores de 14 años. Tal y como se menciona en la página del Observatorio de Mujeres y Equidad de Género de Bogotá, se dice que en la presunción de derecho derivada del artículo 1540 del Código Civil, se habla del consentimiento de la menor de 14 años y se estipula la incapacidad absoluta para que los impúberes decidan y actúen libremente.

Con base en esto, la justicia penal establece que en todo acto sexual con menor de 14 años se presume violación o acceso carnal. Debido a estas implicaciones legales, el profesional de salud demuestra inseguridad y temor en la atención de los menores de edad, lo que limita la autonomía de los profesionales en la atención del adolescente menor de edad.

Por último, este estudio tiene limitaciones puesto que se realizó en un área localizada del país, con pocos profesionales de la ciudad de Bogotá. Por lo tanto, no podemos generalizar los resultados a toda la comunidad médica y de enfermería, pero si puede ser el inicio para motivar investigaciones futuras en esta área.

CONCLUSIONES

Los profesionales de la salud construyen una definición del adolescente y de su vida sexual a partir de los conceptos, las analogías, las reglas y las imágenes que tienen de los jóvenes. Estos se conectan unos con otros y le dan coherencia al discurso, a la toma de decisiones, la resolución de problemas y al uso del lenguaje que influye directamente en las asesorías de anticoncepción en adolescentes.

El modo de pensar de los profesionales constituye una red de mundo pequeño redundante que propicia la exclusión del joven, ya que este concepto de joven y su vida sexual pueden no corresponder a la realidad. Por lo tanto, los jóvenes pueden no sentirse identificados con el modo de pensar que tienen los profesionales médicos y de enfermería

acerca de su vida sexual, lo que dificulta el diálogo entre profesionales de la salud y adolescentes.

A partir del conocimiento de estas representaciones mentales, se podría plantear una nueva estrategia en la construcción de las políticas para la prevención del embarazo no deseado en adolescentes, enfocada en el reconocimiento del adolescente y su vida sexual, por parte de los profesionales de la salud.

REFERENCIAS

Arceo-Gomez, E. O., Campos-Vasquez, R. M. (2014). Teenage pregnancy in Mexico: evolution and consequences. *Latin American Journal of Economics*, 51(1), 109-146.

DOI: disponible en: <https://dx.doi.org/10.7764/LAJE.51.1.109>

Azevedo, J. P., Favara, M., Haddock, S. E., López-Calva, J. L., Muller, M., y Perova, E. (2012). Embarazo adolescente y oportunidades en América Latina y el Caribe,.

Sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos. *Banco Mundial*. disponible en:

<http://documents.worldbank.org/curated/en/983641468238477531/pdf/831670WP0SPANI0Box0382076B00PUBLIC0.pdf>

Badia i Dalmasas, F. (2011). Entender las redes terroristas de mundo pequeño: hacia un mundo post Al-Qaeda. *Documentos CIDOB, Seguridad y Política Mundial*, no 07.

Recuperado el 4 Diciembre de 2018, disponible en:

https://www.cidob.org/es/content/download/59573/1559451/version/1/file/doc_seguridad_7_cast.pdf

Congreso de la República de Colombia. (2000). *Ley 599 de 2000, por la cual se expide el Código Penal Colombiano*. Bogotá, D.C. Recuperado el 4 de Diciembre de 2018, disponible en https://www.oas.org/dil/esp/codigo_penal_colombia.pdf.

Congreso de la República de Colombia. (20 de Noviembre de 2017), disponible en https://oig.cepal.org/sites/default/files/2000_codigopenal_colombia.pdf

Grinder, R. E. (1994). *Adolescencia*. Mexico: Editorial Imusa, S.A de C.V. grupo Noriega Editores.

Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, Carlos. y Baptista- Lucio. M. P. (2014). *Metodología de la investigación*. México D.F.: Mc Graw Hill.

Juarez, F. y Gayet, C., (2005). Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: un nuevo marco de análisis para la evaluación y diseño de políticas. *Papeles de población*, 11(45), 177-219. Recuperado el 20 de octubre de 2018, disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252005000300008&lng=es&tlng=es

Ministerio de Salud. (1993). *Resolución número 8430 DE 1993 (Octubre 4) por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud Protección social. (2014). *Protocolo de atención a la embarazada menor de 14 años*. Bogotá D.C.: Ministerio de la Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección social - MinSalud. (2014). *Conpes Social 147/2012 Instrumentos para la intersectorialidad a nivel social*. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección social. (2008). *Resolución 769 de 2008 (marzo 3), Por medio de la cual se adopta la actualización de la Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres establecida en la Resolución 412 de 2000*. Bogota, D.C.: Ministerio de Salud y Protección social.

Ministerio de Salud y Protección social. (2011). *Acuerdo 29 de 2011, comisión de regulación en salud del 28 de diciembre de 2011, por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud*. Bogotá, D.C.: Ministerio de Salud y Protección social.

Ministerio de Salud y Protección social. (2012). *Acuerdo 31 de 2012. Comisión de regulación en salud del 3 de Mayo del 2012. Por el cual se agrupa por ciclos vitales el contenido de las coberturas del Plan Obligatorio de Salud para los niños y niñas menores de 18 años contenido en el Acuerdo 29 de 2011*. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección social.

Ministerio de salud y protección social. (2013). Boletín de Prensa No 009. *Servicios Amigables son piezas fundamentales del sistema para brindar información y asesoría sobre sexualidad a jóvenes del país*. Bogotá, D.C. Recuperado el 2 de Diciembre de 2018, Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Servicios-Amigables.aspx>.

Molina, R., Molina, T., & González, e. (2007). Madres niñas-adolescentes de 14 años y menos Un grave problema de Salud Pública en Chile. *Med Chile*, 79-86.

Mora-Cancino A. M., y Hernandez -Valencia, M. (2015). Embarazo en la adolescencia. ¿Qué representa para la sociedad actual? *Ginecol Obstet Mex* 83, 294-301. Recuperado el Noviembre de 2018, disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2015/gom155e.pdf>.

Ojeda, G., Ordoñez, M., y Ochoa, L. H., (2010). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Bogota.: Profamilia. disponible en <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr246/fr246.pdf>

Owens, E. W., Bejhum, R. J., Manining, J. C., y Reid, R. C. (2012). The Impact of Internet Pornography on Adolescents: A Review of the Research. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 19, 99–122. DOI:10.1080/10720162.2012.660431

Sánchez, e. a. (2010). Representaciones sociales del noviazgo, en adolescentes escolarizados de estratos bajo, medio y alto, en Bogotá. *Scielo*, disponible en https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642011000100007&tlng=

Profamilia. (2015). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud*. Recuperado el 17 de Mayo de 2018, de <http://www.profamilia.org.co/docs/TOMO%20II.pdf>

Salinas-Mulder, S., Castro-Mantilla, M. D., & Fernández-Ovando, C. (2014). *Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes*.

Secretaria Distrital de la Mujer. (s.f). *Situación de las niñas en Bogotá, a propósito del Día Internacional de la Niña* <http://omeg.sdmujer.gov.co/OMEG/news/29-historico-noticias-vi>. Bogotá. D.C.: Observatorio de Mujeres y equidad de genero de Bogotá. Disponible en <http://omeg.sdmujer.gov.co/OMEG/news/29-historico-noticias-video-categoria/noticias-historicas/111-situacion-de-las-ninas-en-bogota-a-proposito-del-dia-internacional-de-la-nina>.

Solé, R. (2009). Redes Complejas: Del genoma a Internet. En R. Solé. España.: Tusquets.

Soares, R. R., Kruger, D., y Berthelon, M. (2012). Household choices of child labor and schooling a simple model with application to brazil. *Journal of Human Resources*, 47(1), 1-31. Disponible en <http://jhr.uwpress.org/content/47/1/1.full.pdf+html>

Thagard., P. (2008). Introducción a Las Ciencias Cognitivas. En Thagard Paul, *La Mente*. (págs. 12-220). Madrir.: Kats Editores.

Ulin, P. R., Robinson E. T., y Tolley, E. E. (2005). Investigación aplicada en salud pública: Métodos cualitativos. *Organización Panamericana de la Salud.*, 1-198.

disponible en:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/166144/9275316147.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Viveros-Vigoya, M. (Abril de 2006). Políticas de sexualidad juvenil y diferencias étnico-raciales en Colombia: reflexiones a partir de un estudio de caso. *Revista Estudios Feministas*,

14(1), 149-168. Recuperado el Julio de 2017, Disponible en

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2006000100009&lng=es&tlng=es.

Watts, D. J. (2003). Seis grados de separación, la ciencia de las redes en la era del acceso. En D. J. Watts. New York: Paidós