

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**



TRABAJO DE GRADUACION

TEMA:

**“GRADO DE CONOCIMIENTO QUE POSEEN LOS ADOLESCENTES DE
TAMANIQUE Y LA CANOA SOBRE METODOS DE PLANIFICACION
FAMILIAR EN EL PERIODO DE ABRIL A OCTUBRE DE 2008”.**

PARA OPTAR AL GRADO DE:

DOCTOR EN MEDICINA

PRESENTADO POR:

RONALD MARDUK PERAZA ALVAREZ

EDITH ALEJANDRA QUINTANILLA HIDALGO

DOCENTE DIRECTOR:

DR. MELITON MIRA BURGOS

NOVIEMBRE, 2008.

SANTA ANA EL SALVADOR CENTROAMERICA

RECTOR

ING. Y MSC. RUFINO ANTONIO QUEZADA SANCHEZ

VICE-RECTOR ACADEMICO

ARQ. Y MASTER MIGUEL ANGEL PEREZ RAMOS

VICE-RECTOR ADMINISTRATIVO

LICDO. Y MASTER OSCAR NOE NAVARRETE

SECRETARIO GENERAL

LICDO. DOUGLAS VLADIMIR ALFARO CHAVEZ

FISCAL GENERAL

DR. RENE MADECADEL PERLA JIMENEZ

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE

DECANO

LICDO. JORGE MAURICIO RIVERA

VICE-DECANO

LICDO. Y MASTER ELADIO EFRAIN ZACARIAS ORTEZ

SECRETARIO DE FACULTAD

LICDO. VICTOR HUGO MERINO QUEZADA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

DRA. SANDRA PATRICIA GOMEZ DE SANDOVAL

INDICE

Resumen.....	Pág. 5
Introducción.....	Pág. 6
Antecedentes Históricos.....	Pág. 7
Justificación.....	Pág. 11
Planteamiento del problema.....	Pág. 12
Objetivo General y Específicos.....	Pág. 13
Marco Teórico.....	Pág. 14
Metodología de la Investigación.....	Pág. 34
Análisis y discusión.....	Pág. 42
Presentación de resultados.....	Pág. 45
Conclusiones.....	Pág. 65
Recomendaciones.....	Pág. 66
Bibliografía.....	Pág. 67
Anexos.....	Pág. 68

RESUMEN

En la época actual, debido a la globalización y al enorme flujo de información, el tema del sexo y la sexualidad se abre paso, cada día más, en su camino a vencer la viñeta de “tabú”. Sin duda, muchos son los esfuerzos que existen para promover la salud sexual y reproductiva en los adolescentes; sin embargo, el impacto de las estadísticas en cuanto a embarazos adolescentes se refiere es alarmante.

Con el presente trabajo se evaluó el grado de conocimiento que poseen los adolescentes entre 13 y 19 años pertenecientes al cantón de La Canoa del departamento de Usulután y Tamanique del departamento de La Libertad, sobre el uso adecuado de los métodos de planificación familiar en la prevención de embarazos no deseados, durante el período de abril a octubre de 2008. La población se obtuvo de los adolescentes que consultaban la unidad de salud en estudio y de los que asisten a los centros escolares que poseen nivel de estudios hasta bachillerato en la localidad obteniendo una muestra de 143, con un margen de error del 4%. Se evaluó el nivel de conocimiento por medio de encuestas en las que diferenciamos dos niveles Alto y Bajo según las repuestas obtenidas. En la totalidad de los encuestados se obtuvo un nivel ALTO de conocimiento en un 26.57% y un nivel BAJO predominante con un 73.43%, teniendo como principal fuente de información a los Maestros y Promotores de Salud. Además se encontró que de los adolescentes sexualmente activos que utilizan algún método de planificación familiar para prevenir embarazos, un 15.63% tanto para el sexo femenino como el sexo masculino poseen un nivel Bajo de conocimiento en su uso correcto y que las razones principales por la que los adolescentes encuestados no utilizarían los MPF es que provocan cáncer o esterilidad o que son inseguros. Por lo que pretendemos también sugerir recomendaciones en cuanto a intervenciones interinstitucionales coordinadas para mejorar la información y el acceso a los servicios de planificación familiar en aras de disminuir los índices de embarazos adolescentes en las localidades de estudio.

INTRODUCCION

La población salvadoreña actual es de 5,744,113 personas según el último censo de vivienda y población realizado por la *Dirección General de Estadísticas y Censos (DIGESTYC) en el año 2007**. Del total de la población, 52,7% son mujeres y el restante 47,3% son hombres. Además el 62,7% de las personas habita en el área urbana, y el resto 37,2% en zonas rurales. Con respecto a la estructura de la población cabe mencionar que el grupo de edad con más número se ubica entre los 10 y los 14 años ⁽⁸⁾. El porcentaje de personas comprendidas entre las edades de 10 a 19 años, catalogadas como adolescentes es del 22.75% de la población total. Ahora bien, así como la adolescencia es una etapa marcada en desarrollo y crecimiento también hablamos de maduración reproductiva por lo que el inicio de relaciones sexuales se vuelve frecuente a esta edad, todos estos factores aunados a la falta de total independencia económica y estabilidad psicosocial, la necesidad y el deseo de limitar la fertilidad han sido un hecho reconocido tanto en este grupo de edad como en el resto, desde el principio de la historia. En este sentido, lo que caracteriza a la era moderna es la adopción de la práctica anticonceptiva por parte de todos los estratos sociales, es decir, la "democratización del control de la natalidad". El impulso para la extensión de la planificación familiar se ha desarrollado a partir de dos criterios: por un lado, la salud y el bienestar del individuo, y por otro, las consecuencias de las altas tasas de crecimiento de la población. La planificación familiar satisface necesidades tanto en el ámbito individual como en el colectivo. El concepto de planificación familiar se basa en el derecho de los individuos y las parejas a regular su fertilidad y está fundamentado en las áreas de la salud, los derechos humanos y la demografía. En nuestra investigación pretendemos determinar en qué grado los adolescentes de los municipios en que realizamos nuestro servicio social, poseen conocimientos adecuados sobre el uso correcto de los métodos de planificación familiar; y tener una idea de cómo están funcionando las tácticas que como prestadores de servicios de salud brindamos en esta temática, tanto directa como indirectamente a través de los diferentes programas lanzados por el Ministerio de Salud.

*DIGESTYC. Dirección General de Estadísticas y Censos. Datos no oficiales.

ANTECEDENTES HISTORICOS

La situación actual que viven las adolescentes se encuentra influenciada por los diversos cambios que experimentan a nivel físico, emocional y social.

Se ha reportado que las adolescentes poseen conocimientos limitados acerca de la anticoncepción, sin embargo, el conocimiento no implica necesariamente su uso; también se ha identificado que la práctica de métodos anticonceptivos durante la primera relación sexual condiciona su uso durante las subsecuentes; otros estudios realizados en poblaciones similares han identificado además de los conocimientos limitados, actitudes ambivalentes en el uso de anticoncepción aunque estén en riesgo de un embarazo no planeado o de contraer una infección de transmisión sexual. Un estudio realizado en la Universidad Autónoma de México a estudiantes de primer ingreso ha identificado que una proporción elevada carece de información sobre sexualidad y salud reproductiva y que el uso de anticonceptivos entre quienes ya iniciaron vida sexual activa permanece bajo.

En El Salvador, a través de los años se han venido creando diferentes políticas y diversas instituciones encargadas de velar por la atención en salud a los diferentes grupos poblacionales, así tenemos que desde el año de 1974 se creó el código de menores el cual armonizaba las leyes existentes en lo concerniente a la niñez y adolescencia.

En Octubre de 1989 se crea la Secretaría Nacional de la Familia y luego a partir de éste se impulsó el programa madre joven en 1991 y que fue institucionalizado por el Ministerio de Salud Pública dos años más tarde.

En Abril de 1990 el país ratifica la convención de los derechos del niño, el cual abarca a niños, niñas y adolescentes hasta la edad de 17 años con 364 días, esto debido al marco legal del país.

En el año de 1993 se crea la primera política de atención al menor del cual surge el Instituto Salvadoreño de Protección al Menor y una serie de códigos dirigidos a la niñez y la adolescencia.

En 1994, Save the Children US en El Salvador, junto a diferentes organismos capacitaron personal de salud, sobre técnicas de trabajo con adolescentes en aspectos de salud reproductiva.

En 1995, el MSPAS y el MINED impulsan el programa ESCUELA SALUDABLE, coordinando con la SNF para mejorar las condiciones de salud y aprendizaje de la niñez y adolescencia escolarizada de áreas rurales de parvularia hasta sexto grado.

En el año 1996, el MSPAS con el apoyo de agencias de cooperación internacional y organismos gubernamentales y no gubernamentales, llevo a cabo proyectos locales dirigidos a la población adolescente en temas como género, salud reproductiva, prevención de drogas, VIH-SIDA y violencia.

En febrero de 1997, se crea el Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer, ISDEMU, y en septiembre de ese año surge la primera política nacional de la mujer, donde existe un capítulo en lo concerniente con la adolescente.

En 1998, el MSPAS elaboró e inicio la implementación de normas de atención integral a adolescentes en la red de establecimientos de salud.

En 1999, se inicia la implementación del Plan de Nación del Gobierno de El Salvador (1999-2004). Con el nuevo programa de gobierno y lo planteado en la alianza solidaria, el MSPAS concentra su accionar en el acceso efectivo a los servicios básicos y al desarrollo personal e integración familiar. La población adolescente es identificada como grupo prioritario y dentro del MSPAS se produce una reorganización que conduce a la creación de la Gerencia de Atención Integral de la Salud de Adolescentes. Durante ese año, se llevo acabo un trabajo interinstitucional e interagencial, produciendo como resultado:

- La oficialización del Plan de Salud Reproductiva 1999-2003
- La actualización de las Normas de Planificación Familiar, en el que se establece un apartado para la atención de la población adolescente
- La elaboración de un Manual sobre Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes para Adolescentes
- La oficialización e implementación del Programa Nacional de Atención Integral de Adolescentes

Desde 1999, la SNF en coordinación intersectorial y con la participación de adolescentes, inició la formulación de una nueva política nacional de desarrollo integral a la niñez y adolescencia. De 1999 a 2003 el MSPAS oficializa el plan Nacional de Salud Reproductiva dirigida a adolescentes.

En el año 2002, se registran dos trabajos de investigación en nuestro país por parte de médicos en servicio social, el primero que evalúa el recién creado programa de atención integral para adolescentes del Ministerio de Salud, concluyendo que el programa estaba aun con poca eficacia, escasa cobertura y promoción; presentando sin embargo que los pocos adolescentes que habían estado en contacto con el programa presentaban niveles de conocimientos mejores, en las áreas que toca el programa, comparado con los que no habían asistido al programa. El segundo estudio esta relacionado al grado de conocimiento que poseen los adolescentes sobre el VIH-SIDA y en donde se toman en cuenta como parte del estudio el hecho de que para ese tiempo no existía dentro del programa de atención integral al adolescente educación sobre VIH-SIDA propiamente establecido por parte del ministerio de salud dirigido a los adolescentes. En 2003, se realiza un estudio en el Hospital San Bartolo sobre los métodos de planificación que prefieren las adolescentes y los factores que intervienen en la decisión de no utilizarlos llegando a la conclusión de que a pesar que hay un grupo etéreo predominante dentro de las adolescentes para utilizar un método específico de planificación familiar, éstas no poseían un nivel adecuado de conocimiento acerca de ellos.

En el año 2007 se lanzo la nueva Guía técnica para la consejería en prestación de servicios de planificación familiar y la Norma de atención integral del Adolescente, implementadas a nivel nacional y en donde se vislumbra, además de otras temáticas, la orientación que deben seguir los servicios de planificación familiar y educación sexual y reproductiva que van dirigidas a este grupo. En las unidades de salud de Tamanique y La Canoa, las cuales reciben poblaciones adolescentes que consultan por diversas morbilidades tenemos los siguientes datos:

Unidad de Salud de Tamanique (ver anexo 7)

La población correspondiente a la jurisdicción del municipio de Tamanique y que es atendida por la unidad de salud es de un total de 17,217 habitantes de los cuales 3,546 son adolescentes, numero que corresponde al 20.24% de la población. De este dato el 50.36% son hombres y el 49.63% son mujeres.

La tasa de embarazos esperados por cada 1000 nacidos vivos en Tamanique es de 453. El numero de embarazos adolescentes que se registraron para el año 2007 fue de 89, representativo de un 5.05% de todas las adolescentes y un 19.64% del total de embarazos esperados para la localidad. El numero de adolescentes registradas en el programa de Planificación Familiar fue de 86 que corresponde a un 4.88% de la población total de adolescentes. (6)

Unidad de Salud La Canoa (ver anexo 6)

El Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social para el año 2007 reporto un total de 464,883 habitantes en el departamento de Usulután, de los cuales 40,435 corresponden a Jiquilisco, y al cantón la canoa la población de 2086 habitantes. De este total, 446 son adolescentes y 217 son del sexo femenino correspondiente a un 49.10%, 229 son del sexo masculino es decir 50.90%. El numero de embarazos adolescentes que se registraron para el año 2007 fue de 17, representativo de un 7.3% de todas las adolescentes y un 42.5% del total de embarazos inscritos durante ese año que fueron 40. El numero de adolescentes registradas en el programa de Planificación Familiar fue de 27 que corresponde a un 12.4% de la población total de adolescentes. (6)

JUSTIFICACION

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la adolescencia es un período de transición entre la infancia y la vida adulta, caracterizada por alteraciones fisiológicas rápidas y objetivas (tales como maduración del sistema reproductor), desarrollo de los procesos mentales y de la identidad propios de un adulto, transición de la dependencia socioeconómica total a una independencia relativa y corresponde al período de edad de los 10 a 19 años (7). Generalmente sus estilos de vida pueden ponerlos a riesgos considerables de contraer una ITS, incluido el VIH-SIDA, cáncer de cuello uterino, embarazos no planeados entre otros. Siendo los adolescentes, un grupo que constituye el 22.75% de la población total de nuestro país, según el informe de variables e indicadores del MSPAS enero a diciembre 2007, es razón considerable por la que nos interesa indagar el grado de conocimiento que poseen en cuanto a los diferentes métodos de planificación familiar y su adecuado uso, enfatizando en la prevención de embarazos no deseados, ya que la tasa de fecundidad en la población adolescente, según FESAL 2003, reporta que por cada 1000 nacidos vivos en mujeres de 15 a 19 años hay un número de 104 embarazos, iniciando relaciones sexuales a la edad promedio de 15 años para los hombres y 16.4 años para las mujeres. No solo por el hecho que por ser embarazo de riesgo ya representa un indicador importante en la salud, sino también por las consecuencias biopsicosociales que conlleva la gestación a esta edad, es aquí, donde también con nuestra investigación pretendemos, basados en los hallazgos, proponer sugerencias que en el contexto de la población en estudio, permitan hacer llegar soluciones a los puntos débiles que los adolescentes presenten al momento de ser abordados en este tema y que de ahí se deriven acciones que conlleven mejoras no solo en el conocimiento teórico sino también que procedan actitudes preventivas en la idiosincrasia de los adolescentes salvadoreños con referencia a una actividad sexual y reproductiva sana, responsable e informada, que conlleve mejoras no solo a nivel de la calidad de vida de los adolescentes sino también que generen cambios que se vean reflejados en la población en general.

(7) Biblioteca virtual en salud http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_4_01/mgi10401.htm

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de conocimiento, sobre el uso correcto de los diferentes métodos de planificación familiar en la prevención de embarazos no deseados, que poseen los adolescentes que asisten a las unidades de salud en las localidades de Tamanique y La Canoa y centros escolares que poseen hasta nivel de bachillerato, en el período de abril a octubre de 2008?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar el grado de conocimiento que poseen los adolescentes entre 13 y 19 años de edad, que asisten a las unidades de salud de las localidades de Tamanique y La Canoa y centros escolares con nivel de bachillerato, en el período del mes de abril a octubre de 2008, sobre el uso correcto de los diferentes métodos de planificación familiar en la prevención de embarazos no deseados.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Conocer si los adolescentes que asisten a las unidades de salud de Tamanique y La Canoa y centros escolares con nivel de bachillerato poseen un nivel adecuada acerca del uso correcto de los métodos de planificación familiar.
2. Determinar la fuente de información de estos adolescentes sobre los métodos de planificación familiar.
3. Contabilizar el número de adolescentes que utilizan o utilizarían los métodos de planificación familiar en la prevención de embarazos no deseados.
4. Explicar los motivos por los cuales los y las adolescentes no utilizan los métodos de planificación familiar.

MARCO TEORICO

La salud reproductiva es la capacidad de los individuos y de las parejas, para disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad para decidir de manera responsable y bien informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos.

Hoy en día, vive la mayor cantidad de jóvenes que jamás haya existido, más de mil millones, entre 15 y 24 años de edad. Esta generación, consecuencia de las altas tasas de fecundidad en el pasado, está entrando ahora en su etapa de procreación. Así lo afirma el estado de la población mundial 1998, Informe anual del Fondo de Población de las Naciones Unidas (1).

En comparación con los niños y los ancianos, los adolescentes sufren de pocos trastornos que amenacen su vida. La adopción de algunos hábitos que tienen consecuencias negativas para la salud a largo plazo tales como el tabaquismo, el consumo de drogas adictivas, la actividad sexual sin protección contra el riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS) y el SIDA, no causa por lo general, morbilidad durante el período mismo de la adolescencia, sino que sus efectos y costos se evidencian mas adelante en la vida.

La procreación precoz restringe las oportunidades que las jóvenes tendrán en la vida. En muchos países no se permite que jóvenes que han quedado embarazadas sigan asistiendo a la escuela. En otros, se valora mas la educación de los varones que la de las hembras: Estas representan dos tercios de mas de 130 millones de adolescentes que no asisten a al escuela. En Kenia solamente cada año 10 mil adolescentes mujeres abandonan la escuela debido al embarazo.

La atención a la salud sexual y reproductiva de las adolescentes constituye un enorme reto a cumplir. (1)

(1) Facultad de Medicina/Universidad Autónoma de México. "Conocimiento y práctica en el uso de métodos anticonceptivos". Publicación semanal de la Unidad de Investigación, Enseñanza y Comunicación en Salud Reproductiva, Dirección General de Salud Reproductiva/Secretaría de Salud. D.F. México 2006.

A nivel mundial se estima que una de cada cuatro adolescentes tiene un hijo: observándose por continentes se tiene que en África un 12% de adolescentes tienen un parto, en Latinoamérica un 8%, en América del Norte 5 %, Asia por ciento, Europa 2% y en Oceanía un 3% (1).

Se estima que más de medio millón de mujeres mueren cada año por causas relacionadas con el embarazo, por cada mujer que muere, 30 quedan discapacitadas, esto como consecuencia de los 20 millones de abortos practicados en malas condiciones cada año. Muchas de estas muertes ocurren entre las adolescentes y las mujeres jóvenes, la mayoría de estas muertes son evitables y casi todas se dan en los países en desarrollo. La mortalidad por abortos inseguros ocurre como se presenta a continuación: Asia 40,000, África 23,000 y en Latinoamérica 7,000 (2).

En muchos países, el tema de la sexualidad en la adolescencia y la salud reproductiva, sigue siendo políticamente delicada, y los servicios de salud reproductiva y la información al respecto no llegan a la mayoría de los adolescentes. No obstante hay unos 155 países que han adoptado medidas programáticas y formulado políticas para abordar las necesidades de los adolescentes en materia de salud, incluida la salud reproductiva. Algunos países como Jamaica, están colocando a los adolescentes en el centro de sus estrategias de salud reproductiva. Burkina Faso fue uno de los países de África occidental que iniciaron programas de salud reproductiva orientados a satisfacer las necesidades de los jóvenes. El elemento central ha sido el establecimiento en zonas urbanas de centros para la juventud que ofrece servicios de salud reproductiva y educación de los jóvenes por otros jóvenes (2).

(1) Facultad de Medicina/Universidad Autónoma de México. "Conocimiento y práctica en el uso de métodos anticonceptivos". Publicación semanal de la Unidad de Investigación, Enseñanza y Comunicación en Salud Reproductiva, Dirección General de Salud Reproductiva/Secretaría de Salud. D.F. México 2006.

(2) The Alan Guttmacher Institute "U.S. Teenage Pregnancy Statistics:Overall Trends", Trends by Race and Ethnicity and State-by-State Information. New York, NY;; 2004

Por otro lado, en Latinoamérica y el Caribe, la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos en adolescentes que han iniciado vida sexual es significativamente baja debido en parte a la falta de acceso a información y servicios de salud sexual y reproductiva; en lo relativo al número de nacimientos en madres adolescentes en esta región representa entre el 15 y el 25 % del total de los nacimientos.

Según los datos registrados en último censo de población y vivienda de El Salvador para el año 2007, la totalidad de habitantes fue 5,744,113, nuestro porcentaje de población adolescente es uno de los más elevados en Latinoamérica, representando el 20.7% de la población la cual posee entre 10 y 19 años. Con respecto al estado civil tenemos que en El Salvador el 30% de los adolescentes están casados o mantienen un tipo de unión marital. De ahí que los adolescentes salvadoreños al igual que en todo el mundo, se ven expuestos a embarazos no planificados y a infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH y otros problemas relacionados con la vida sexual y reproductiva (3).

Para 1993 se reportó que el 70% de las mujeres han tenido su primera relación sexual antes de los 18 años de edad. Esta primera experiencia sexual suele ocurrir más temprano en las mujeres que tienen menos escolaridad, presentándose casi siempre una relación inversa al nivel educativo.

Del total de mujeres entre los 15 y 24 años de edad con experiencia sexual, solamente el 4.4% utilizó métodos anticonceptivos (ella o su pareja), al momento de su primer acto sexual. El uso aumentó con su edad, Pasando del 2% entre las mujeres que tenían menos de 15 años, al 11% entre las mujeres que tenían 20 a 24 años (4).

FESAL 1993, reportó que los métodos utilizados por las mujeres en su primera experiencia sexual marital, fueron según orden de prioridad: ACO, Condones,

(3) Organización Panamericana de la Salud "*Fecundidad en la adolescencia*", *Causas, riesgos y opciones*, Cuaderno técnico NQ 12 OPS, Washington, 1988.

(4) MSPAS. Manual técnico de Salud Reproductiva. 1ª Edición. Talleres Graficolor. 1999. 243-246

Retiro, Ritmo. En cambio para los que reportaron la experiencia premarital: fueron los condones, el ritmo, el retiro los ACO. (2)

Estos resultados permiten afirmar que la mayoría de mujeres jóvenes estuvieron expuestas en su primer acto sexual, ya que no utilizaron anticonceptivos o utilizaron métodos menos eficaces como retiro o ritmo. En este punto es cuando discutimos la importancia de conocer las características socioculturales y psicobiológicas que rodean a nuestra población diana.

La adolescencia es un período en el cual se presentan diversos cambios físicos y emocionales. Se dice que es una de las etapas más determinantes en la vida de los seres humanos debido a las adaptaciones biopsicosociales que se vislumbran.

El crecimiento y desarrollo de un individuo es un fenómeno continuo que se inicia en el momento de la concepción y finaliza en la adultez. Estos cambios se hacen más evidentes durante las etapas de crecimiento acelerado como en la pubertad y la adolescencia, lo que involucra cambios en el tamaño, organización espacial y diferenciación funcional de tejidos y órganos. (5)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la adolescencia es un período de transición entre la infancia y la vida adulta, caracterizada por alteraciones fisiológicas rápidas y objetivas (tales como maduración del sistema reproductor), desarrollo de los procesos mentales y de la identidad propios de un adulto, transición de la dependencia socioeconómica total a una independencia relativa y corresponde al período de edad de los 10 a 18 años.

La adolescencia es un período de cambios rápidos y notables entre los que figuran los siguientes:

“(2)” The Alan Guttmacher Institute; 2004 *“U.S. Teenage Pregnancy Statistics: Overall Trends”, Trends by Race and Ethnicity and State-by-State Information*. New York, NY:

“(5)” García Sánchez M. H., Hernández Hernández M. L., Manjon Sánchez A. "Embarazo y adolescencia" Departamento de Obstetricia y Ginecología Hospital Clínico Universidad. de Salamanca – Revisión sobre Salud Sexual y Reproductiva N° 2, año 2, junio 2.000, pág. 10-12 – Asociación Argentina por la Salud Sexual y Reproductiva (AASSER).

- Maduración física: el crecimiento corporal general que incluye la capacidad de reproducción.
- La maduración cognoscitiva: una mayor capacidad para pensar de manera lógica, conceptual y futurista
- El desarrollo psicosocial: una mejor comprensión de uno mismo, de interrelación con el medio y la sociedad.

La madurez sexual corresponde al conjunto de cambios morfológicos y fisiológicos que inician en la pubertad y finalizan en la adultez. La evaluación de la madurez sexual y de la velocidad del crecimiento permite determinar si el proceso de desarrollo puberal ocurre de forma adecuada en función de sexo y la niñez.

La maduración sexual en la mujer se determina por el inicio de la *Telarquia*, aparición de vello púbico y axilar, redistribución y aumento de la grasa corporal y la *menarquía*, los cuales se evalúan según las *Etapas de Desarrollo Puberal de Tanner* (Anexo 2). La maduración sexual del hombre se basa en el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, cambios en los genitales externos, aparición del vello púbico, axilar, facial y cambio de voz y la espermarquia, todos los cuales se presentan entre los 10 y los 17 años. (Anexo 3). La evaluación de la maduración se realiza por medio de la comparación con los Estadios de Tanner y del apareamiento de los caracteres sexuales secundarios propios de cada sexo.

Ahora bien, por ser la adolescencia una etapa de importantes cambios físicos, sociales y reproductivos, se explica por sí sola la importancia del desarrollo de métodos que permitieran a los adolescentes acceder a una sexualidad sana y responsable sin afectar su completo desarrollo en las diferentes áreas involucradas, a continuación explicamos los diferentes métodos conocidos en nuestra localidad y su uso adecuado y explicaremos los diversos riesgos de un embarazo adolescente.

METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Desde 1960 han acontecido importantes avances en los esfuerzos para que los beneficios de la planificación familiar fueran accesibles a toda la población mundial. Sin embargo, la prevalencia del uso de anticonceptivos todavía es baja en algunas áreas. Y en ausencia de un método ideal de anticoncepción que pueda adaptarse a cada persona, existe una variedad de métodos anticonceptivos, con ventajas en algunos aspectos e inconvenientes en otros, que deben ser elegidos de acuerdo a las características particulares y las necesidades de cada persona. Aspectos importantes que han de ser tenidos en cuenta incluyen la eficacia, las ventajas y la seguridad. En general, los métodos más eficaces son los que más probablemente presentan efectos secundarios y complicaciones relacionadas con su uso. Sin embargo, cuando se valoran riesgos y beneficios, los métodos más eficaces tienen mayores beneficios sobre la salud de las mujeres, protegiéndolas mejor de los riesgos de embarazos no deseados. La mayoría de los métodos tienen también efectos no anticonceptivos beneficiosos, como por ejemplo los anticonceptivos orales combinados, que proporcionan importantes grados de protección frente al cáncer de endometrio y de ovario, mastopatía benigna, enfermedad inflamatoria pélvica y embarazo ectópico, así como reducen las pérdidas menstruales. Aunque los métodos de barrera tienen menor eficacia en la prevención del embarazo, su mayor ventaja es la protección que proporcionan frente a las enfermedades de transmisión sexual.

Contraceptivos femeninos

1. Dispositivos intrauterinos (DIU).

Estos empezaron a utilizarse de forma generalizada hace unas cuantas décadas, pero no es más que la práctica moderna de un proceder antiguo. Consistía en la colocación de piedras u objetos en el útero de camellas para impedir el embarazo durante la travesía por el desierto ⁽⁴⁾.

⁽⁴⁾ MSPAS. Manual técnico de Salud Reproductiva. 1ª Edición. Talleres Graficolor. 1999. 243-246

Entre sus mecanismos de acción tenemos que aumenta la velocidad de traslado del óvulo por las trompas, reduce el número de espermios que llegan al oviducto y los incapacita, disminuye el número de espermatozoides que penetran el mucus cervical, y los que lo hacen son fagocitados por los leucocitos, los espermatozoides son incapacitados con separación de cabezuela en presencia del cobre, provocan efectos citotóxicos por el fluido uterino alterado por el DIU, producen una alteración del endometrio por secreción hormonal (progestasert) y además, previenen la fertilización, no la implantación, por tanto ya no pueden ser considerados como abortificantes. (7)

El DIU se consideró al inicio una posibilidad anticonceptiva de utilidad en la adolescencia pero, en la actualidad existen reservas (8). Por lo general, las nulíparas son menos tolerantes a la introducción de un cuerpo extraño en el útero, que las mujeres que ya tienen hijos. Pueden tener con más frecuencia dolores, sangrado menstrual aumentado e intermenstrual, también se describen lesiones orgánicas en el momento de su colocación (9). En las mujeres jóvenes nulíparas portadoras de DIU puede aumentar el riesgo de enfermedad inflamatoria pelviana. La utilización de dispositivos intrauterinos en jóvenes nulíparas, debe ser una decisión ampliamente valorada, teniendo presente la repercusión que pueden tener las posibles complicaciones, en la salud y el porvenir obstétrico de esa mujer (10). Su efectividad oscila entre el 95-98%.

2. Anticoncepción sistémica (oral).

Existen varios tipos de contraceptivos orales, entre los que podemos citar los estrógenos aislados, los *progestágenos solos* (minipíldoras) y los estrógenos y progestágenos *combinados* que pueden administrarse en dosis fijas, *secuenciales* (bifásicos o trifásicos) y los llamados *depósitos* (inyectables).

“(7)” Biblioteca virtual en salud http://bvs.sld.cu/revistas/mqi/vol17_4_01/mqi10401.htm

“(8)” Ronald K. Manual de planificación familiar para médicos. 6ta edición. Publicaciones médicas de IPPF. Londres, 1989:10,33-222

“(9)” Fondo de Población de la Organización de las Naciones Unidas VI Censo de Población y Vivienda El Salvador 2007 http://www.unfpa.org/sv/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=134

“(10)” <http://www.infodoctor.org/gipi/ciap.htm>

Entre los compuestos que los integran tenemos los estrógenos sintéticos, el etinilestradiol y el mestranol. Tienen una efectividad cercana al 99.5%

La anticoncepción oral consta de varios lugares y mecanismos de acción. En la hipófisis e hipotálamo provoca la inhibición de secreción de gonadotrofinas, en el ovario la inhibición de secreción de hormonas ováricas (no ovulación), en las trompas se produce una disminución de secreción y motilidad, en el endometrio trae consigo una disminución del glucógeno endometrial (atrofia endometrial), el mucus cervical se hace más espeso y menos permeable, y dentro de la vagina provoca un aumento de leucocitos y una disminución de secreción.

Naturalmente existen contraindicaciones en la anticoncepción oral y pueden ser absolutas en los casos de HTA maligna, accidentes vasculares, cardiopatías, várices, hepatopatías, cáncer ginecológico, diabetes mellitus e insuficiencia renal crónica. Hay también contraindicaciones relativas como es en las mujeres con padecimientos de epilepsia, mioma, síndrome depresivo (por disminución del triptófano cerebral), HTA leve, ser fumadora y cefalea migrañosa. Como efectos indeseables de estos métodos pueden aparecer las náuseas, los vómitos, el sangrado intermenstrual, un moderado aumento del gasto cardíaco, el infarto agudo del miocardio en pacientes fumadoras, un aumento de la TA, el tromboembolismo venoso, el efecto diabético, así como también en algunos casos la posible acción depresiva (5).

3. Anticoncepción sistémica parenteral. Progestágenos solos.

De esta existen 2 tipos, que son el depoprovera (DAMP) que es el depósito de medroxiprogesterona de 150 mg con un tiempo de duración de su acción de 3

"(5)" García Sánchez M. H., Hernández Hernández M. L., Manjon Sánchez A. "Embarazo y adolescencia" Departamento de Obstetricia y Ginecología Hospital Clínico Universidad. de Salamanca – Revisión sobre Salud Sexual y Reproductiva N° 2, año 2, junio 2.000, pág. 10-12 – Asociación Argentina por la Salud Sexual y Reproductiva (AASSER).

"(7)" Biblioteca virtual en salud http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_4_01/mgi10401.htm

"(8)" Ronald K. Manual de planificación familiar para médicos. 6ta edición. Publicaciones médicas de IPPF. Londres, 1989:10,33-222

"(10)" <http://www.infodoctor.org/gipi/ciap.htm>

meses (12 semanas). El otro tipo es el noristerat, que no es otra cosa que el enantato de norestisterona de 200 mg con 2 meses (8 semanas) como tiempo de acción.

En ellos el mecanismo de acción está caracterizado por cambios en el mucus cervical (más espeso), lo cual se convierte en una acción muy importante, cambios endometriales desfavorables para la implantación, cambios en la función ovárica (40 % de ovulaciones), y una disminución del peristaltismo tubárico (por ello puede haber mayor incidencia de embarazo ectópico) (7). Su efectividad oscila entre el 95% y el 98%

4. Implantes subdérmicos (norplant).

Son 6 pequeños tubos de silicona de 2,4 mm de diámetro y 3,4 cm de longitud, y cada uno contiene 36 mg de la hormona (levonogestrel); se implantan subdérmicamente en la cara interna del brazo con un efecto anticonceptivo de 5 años casi de la misma efectividad que una esterilización, alrededor del 99%.

5. Anticoncepción poscoital.

En 1967 se empieza a hablar de estas píldoras que pueden ser anticigóticas o evitan la implantación. Se les conoce como "píldoras de la mañana siguiente" o "anticoncepción poscoital", pues cualquier sustancia estrogénica en dosis suficiente impide la implantación del óvulo. En 1969 en un estudio con 72 pacientes (violación, condón roto o coito sin protección) se utilizaron estrógenos durante las 48 h siguientes al coito con las dosis siguientes: etilbestrol de 5 mg 5 veces al día por 5 días, o etilbestrol de 1 mg 2 veces al día por 5 días. Ninguna quedó embarazada. En 1973 se alcanzan resultados satisfactorios con estrógenos como anticonceptivo poscoital, pero también una alta tasa de incidencia de efectos colaterales, por lo que tan solo debe usarse como medida de emergencia. Al usarse los progestágenos hay menos efectos colaterales, y por lo tanto los efectos son más aceptados.

(7) Biblioteca virtual en salud http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_4_01/mgi10401.htm

En 1976 se logra la inserción de DIU en las 72 h posteriores al coito no protegido o la violación, y se evita la implantación del ovocito. Actualmente se utilizan dentro de las 72 h después del coito 2 tabletas de 50 mg de etinilestradiol o 2 de 0,25 mg de levonogestrel, y después 2 más a las 10 h siguientes.

7. Espermicidas.

Estos anticonceptivos vienen en espumas, aerosoles, cremas, toallas sanitarias, jaleas vaginales o supositorios vaginales. Se usan poco tiempo antes del coito, inmovilizan los espermatozoides y también impiden en algo su llegada al útero. Entre sus ventajas encontramos que son fáciles de usar, no tienen efectos colaterales y no necesitan receta médica. Sus desventajas están dadas por su alta tasa de fracaso, es esencial para su efectividad un corto tiempo de espera entre la inserción y el acto sexual, su efecto dura poco tiempo, y hay quienes lo rechazan por considerarlos poco aseados pues fluyen a través de la vagina. Su efectividad oscila entre el 80 al 90%.

8. Diafragmas.

Es una superficie circular de goma muy fina que se coloca en la porción superior de la vagina, y actúa como barrera entre el cuello del útero y el semen. Existen diafragmas de varios tamaños para adaptarse a los diferentes diámetros vaginales. Su medida debe ser determinada por una profesional de salud mediante un examen ginecológico. Su efectividad aumenta cuando se añade una crema espermaticida que a su acción anticonceptiva añade una adecuada lubricación, lo que facilita las maniobras de inserción. Debe retirarse por lo menos seis horas después de la relación sexual. Este método es poco utilizado a pesar de su inocuidad y no es, por lo general, aceptado por las adolescentes. Su utilización requiere motivación, así como condiciones culturales que posibiliten conocimiento y manipulación de los genitales. Otra desventaja la constituye su costo relativamente alto, y la necesidad de llevarlo consigo, lo que en oportunidades resulta dificultoso. Su efectividad es del 80 al 90%

9. Capuchones cervicales.

Hay 3 tipos: vimule, cervical y dumas o bóvedas. Los capuchones cervicales de goma con borde flexible se usan con espermicidas, se introducen en la vagina y cubren el cuello uterino, evitando así el paso de espermatozoides al útero. Entre sus ventajas podemos citar que no tienen efectos colaterales, pueden colocarse un tiempo antes del coito, y dan cierta protección contra algunas enfermedades de transmisión sexual. Como desventajas se citan que las mujeres están solas durante la inserción, se limita su uso por problemas culturales (manipulación de los genitales), y requieren control después del parto, abortos o pérdida de peso de 2,2 kg o más.

10. Condón femenino.

Aparece el condón femenino por primera vez en el Reino Unido. Es una holgada bolsa de poliuretano blando de 15 cm de largo y 7 cm de diámetro, y sujeto alrededor de su extremo libre se encuentra un anillo exterior de poliuretano flexible que cubre la vulva, y otro interior que se desplaza dentro de la vagina y se ajusta al cuello uterino como un diafragma, destinado a facilitar la inserción del dispositivo. Previene el embarazo, SIDA, ETS, clamidias y el virus del papiloma humano. Entre sus desventajas podemos citar su alto costo, 2 dólares aproximadamente, que es el doble del valor del condón masculino. Es desechable, pero dado el alto costo, algunas mujeres lo reutilizan y esto es peligroso. No es discreto y es difícil su uso sin el consentimiento masculino.

11. Esterilización femenina o ligadura de trompas de Falopio.

Es un método permanente, casi irreversible del control de la natalidad. Imposibilita el paso de óvulos a través de trompas seccionadas, actualmente tiene varias técnicas quirúrgicas, y la más usada en nuestro país es la salpingectomía parcial bilateral por el método de Pomeroy. Su efectividad es del 99.96%.

12. Lactancia materna.

La lactancia materna además de aumentar la supervivencia infantil, ejerce efectos anticonceptivos y ayuda a espaciar los embarazos. En países en desarrollo la lactancia materna da protección anticonceptiva mayor que cualquier otro método. Se estimó que en la década del 80, la lactancia materna en Asia y África previno 4 nacimientos durante la vida reproductiva de una mujer, lo que representa una disminución de 1/3 de la fecundidad potencial.

El efecto anticonceptivo es mayor durante la amenorrea producida por la lactancia materna, y es el resultado de la liberación de prolactina y endorfina (estimulada por la succión del pezón) que interfieren con las hormonas necesarias para la ovulación. Esta interrupción de la ovulación dura varios meses después del parto. En agosto de 1980 en la reunión de expertos en Italia se discutió el efecto anticonceptivo de la lactancia materna.

Cuando una madre se encuentra ofertando lactancia materna exclusiva, o casi exclusiva, y permanece en amenorrea, la lactancia proporciona protección contra un embarazo en más del 98 % de los casos en los primeros 6 meses del posparto, pero el riesgo de embarazarse aumenta si han transcurrido más de 6 meses posparto, si reaparece la menstruación y si la lactancia materna se suplementa con otros alimentos.

Sabemos que en nuestra sociedad, donde el machismo es el pan de cada día en la educación de los latinos, los hombres tienen un papel secundario en la planificación familiar ya sea por elección propia, de su pareja o por simple cultura. Sin embargo, en nuestro estudio tomaremos en cuenta al género masculino de los adolescentes porque nos interesa conocer también el punto de vista de su realidad, ya que en una situación como el embarazo adolescente juega desde cualquier punto de vista un papel fundamental tanto en una actitud preventiva como responsable, ante la problemática que nos compete en esta investigación, por lo que a continuación presentamos las opciones de anticoncepción que existen para los hombres.

Anticonceptivos masculinos

A este respecto, los hombres fueron elementos clave en la transición demográfica hacia familias más pequeñas en muchos países desarrollados, usando condones y el método del coitus interruptus antes del uso ampliamente difundido en los años 60 del resto de los anticonceptivos; sin embargo, en la última generación la orientación femenina va a la vanguardia de la planificación familiar. es dado por la real amenaza a la salud de la mujer que plantean embarazos sucesivos, pero los hombres han sido excluidos de muchos programas.

Históricamente y con cierta justificación se ha supuesto que los hombres son en general un obstáculo para la planificación familiar. En muchas sociedades los hombres toman un papel dominante en la toma de decisiones sobre fecundidad y la planificación familiar.

A continuación se encuentran los métodos anticonceptivos que existen actualmente y su efectividad:

1. Condones masculinos, efectividad del 90% al 95%.
2. Retiro o coito interrumpido, efectividad del 75% al 80%.
3. Abstinencia periódica, efectividad del 75% al 80%
4. Vasectomía o esterilización masculina, efectividad del 99.85%.

EMBARAZO EN ADOLESCENTES.

El embarazo en cualquier etapa de la vida, es un hecho de gran trascendencia; de ahí que se considere que la procreación debe realizarse de manera conciente y madura, biológica y psicológica, garantizando al nuevo ser un medio adecuado, para su desarrollo biopsicosocial.

El embarazo precoz por lo general no es planeado, y en el país se ve más desprotegido en los estratos socioeconómicos bajos. Este factor y la falta de

incentivos familiares, y oportunidades reales de progreso, generan en las adolescentes considerable angustia, sentimientos de ambivalencia respecto de su embarazo y pérdida de la autoestima, producto de una sociedad que asigna al matrimonio como el único legal y moral para tener hijos.

La alta incidencia de embarazos tempranos obedece a la interacción de múltiples factores entre los cuales están: la “búsqueda de algo” que llene las carencias afectivas no logradas en la familia, falta de metas claras y proyectos a futuro, falta de información y patrones de conducta irresponsable, impulsos sexuales mal canalizados, antecedentes personales, búsqueda de su identidad sexual, violación, poca o nula educación sexual y ausencia en el uso de métodos de anticoncepción.

Riesgos del embarazo en la adolescencia.

Las consecuencias del embarazo durante este periodo, se relacionan no solo con aspectos de la salud sino también psicológicos, socioeconómicos y demográficos.

Con frecuencia no se sospecha el embarazo de la adolescente hasta que es obvio, lo que se traduce en un aumento de la morbilidad y mortalidad de la joven embarazada. Existe una relación directa entre las complicaciones del embarazo y el número de semanas de embarazo sin atención médica ⁽⁹⁾.

Las principales complicaciones como resultado del embarazo pueden ser: toxemia, parto prematuro, anemia, desproporción cefalopélvica, distocias mecánicas y dinámicas, parto prolongado, abortos provocados y sus complicaciones (perforaciones uterinas, hemorragias, infecciones), muerte materna y perinatal, aumento de la morbilidad infantil (prematurez, bajo peso al nacer, enfermedades congénitas).

Otros riesgos son los sociales y emocionales como rechazo del embarazo, desesperanza, frustración, depresión, y algunas veces hasta suicidio.

Salud reproductiva.

La Salud Reproductiva (SR) no es solo un elemento importante e inherente a la salud integral del ser humano, sino también forma parte de la inversión y capital humano de toda la sociedad, que a la vez hace factible y facilita los esfuerzos hacia la transformación productiva con equidad y el desarrollo sostenible al que la familia, la comunidad y sociedad aspiran.

La SR implica que las personas tengan la opción a una vida sexual responsable y satisfactoria, que tengan la capacidad de reproducirse ya la libertad de decidir cuándo y con qué periodicidad hacerlo. Implícito en esta última condición, se encuentra el derecho de la mujer y el hombre a ser informados y tener acceso a métodos de planificación familiar seguros, efectivos y que sean de su elección (9).

La SR se analizó a través de tres elementos básicos: Capacidad (posibilidad que tienen las personas para reproducirse, decidir cuándo y cuántos hijos tener), Logro (indica que la reproducción depende de la supervivencia, del crecimiento de un niño o niña sana), Seguridad (el hecho de tener un hijo y que el desarrollo del embarazo no debe de tener riesgo para la mujer).

Existen varios factores que influyen en la SR y en la salud en general de las personas, entre estos podemos citar, la herencia genética, el ambiente y la sociedad donde viven y se desarrollan, así como el mismo comportamiento personal y los servicios de que disponen. Entre los aspectos que se deben tomar en cuenta para el estudio de la SR; el MSPAS adoptó la siguiente organización:

- Planificación familiar
- Riesgo preconcepcional
- Salud perinatal

“(9)” Fondo de Población de la Organización de las Naciones Unidas VI Censo de Población y Vivienda El Salvador 2007 http://www.unfpa.org.sv/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=134

- Detección y manejo de la esterilidad y de la infertilidad
- Salud reproductiva en la adolescencia

ENFOQUE DE RIESGO PARA LA ATENCION DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

La primera pregunta a responder es si se considera a las adolescentes gestantes como de alto riesgo obstétrico y perinatal. La segunda pregunta es cómo separar a las adolescentes que son de alto riesgo de las que no lo son. Una tercera pregunta es saber cuáles son esos factores predictores y si son biológicos o psicosociales. La cuarta pregunta es saber si es posible aplicar modelos de atención simples que permitan aplicar los factores predictores de riesgo y concentrar los recursos de mayor complejidad y de mayores costos en las adolescentes más necesitadas.

Para aplicar un modelo de atención basado en factores de riesgo obstétrico y perinatal, conviene dividir a las adolescentes embarazadas en 3 grupos: de alto riesgo, de mediano riesgo y de riesgo corriente o no detectable.

GRUPO DE ALTO RIESGO OBSTETRICO Y PERINATAL

Antecedentes de patología médica obstétrica general importante.

Antecedente de abuso sexual.

Enflaquecimiento (desnutrición).

Estatura de 1,50 m o menor.

Cursando los 2 primeros años de la enseñanza media.

Pareja estudiante, en servicio militar o con trabajo ocasional.

GRUPO DE MEDIANO RIESGO OBSTETRICO Y PERINATAL

Menarquía a los 11 años o menos.

Actitud negativa o indiferente al inicio del embarazo.

Ser la mayor de los hermanos.

Los problemas que se pueden presentar en los controles prenatales, se los puede agrupar en trimestres.

PRIMER TRIMESTRE

Trastornos Digestivos

En 1/3 de las gestantes adolescentes se presentan vómitos, proporción bastante semejante a la población de adultas. En algunas circunstancias pueden colaborar otros factores como la gestación no deseada. Estudios al respecto informa que los vómitos se ocurrieron en el 83,3% de controladas y el 86% de no controladas.

Metrorragias

Ocurre en un 16,9% de las adolescentes en un 5,7% de las adultas.

Abortos Espontáneos

Estudios detectaron un 28,2% de abortos espontáneos en las adolescentes.

SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE

Anemia

Especialmente en sectores de bajo nivel social y cultural. El déficit nutricional condiciona la anemia ferropénica, problema que comenzó a ser estudiado por Wallace en 1965. Tejerizo encuentra un 16,99% de anemias en las adolescentes gestantes y un 3,97% en las adultas. En el Hospital Universitario Clínico de Salamanca se encontró un 53,8% de anemias ferropénicas en

adolescentes. En un estudio sobre 340 adolescentes embarazadas, se encontró 13,5% de anemias en las controladas y 68% en las no controladas. Son varios los autores (Berardi, García Hernández entre otros) que relacionan francamente la anemia ferropénica con la influencia del factor socioeconómico.

Infecciones Urinarias

Hay discrepancias respecto de si es o no más frecuente esta complicación en la adolescente embarazada. Al parecer habría un discreto aumento de la frecuencia entre las de 14 años pudiendo alcanzar, para algunos autores, un 23,1%.

Amenaza de Parto Pretérmino

Afecta aproximadamente al 11,42% de las gestantes embarazadas y, para algunos autores, no es diferente al porcentaje de las mujeres adultas. No obstante, la adolescencia en sí, es un factor de riesgo para esta complicación.

Hipertensión Arterial Gravídica

Complicación que se presenta entre el 13 y 20% de las adolescentes gestantes, posiblemente es mayor el porcentaje entre las gestantes menores de 15 años, notándose una sensible disminución en la frecuencia de la eclampsia (0,10 a 0,58%), dependiendo en gran medida de la procedencia de la gestante, su nivel social y de la realización de los controles prenatales. En algunos países del 3er mundo puede alcanzar un 18,2% de preeclampsias y un 5% de eclampsias. Para algunos autores, esta incidencia es doble entre las primigrávidas entre 12 y 16 años.

Mortalidad Fetal

No parece haber diferencias significativas entre las adolescentes y las adultas.

Parto Prematuro

Es más frecuente en las adolescentes, con una media de menos una semana respecto de las adultas, cubriendo todas sus necesidades (nutritivas, médicas, sociales, psicológicas). Estudios revelan que puede alcanzar alrededor de un 9%.

Crecimiento Intrauterino Retardado

Quizás por inmadurez biológica materna, y el riesgo aumenta por condiciones socioeconómicas adversas (malnutrición) o por alguna complicación médica (toxemia). El bajo peso al nacer se asocia al aumento de la morbilidad perinatal e infantil y al deterioro del desarrollo físico y mental posterior del niño.

Presentaciones Fetales Distólicas

Las presentaciones de nalgas afecta del 1,9% al 10% de las adolescentes. Para algunos autores, al 3%.

Desproporciones Cefalopélvicas

Es muy frecuente en adolescentes que inician su embarazo antes de que su pelvis alcance la configuración y tamaño propios de la madurez.

Tipo De Parto

En algunas publicaciones se informa una mayor frecuencia de extracciones fetales vaginales instrumentales y no tanta cesárea. En el Hospital Universitario Clínico de Salamanca, la prevalencia de cesáreas en adolescentes es del 18,9%, mientras que en nuestro servicio del Hospital Dr. José Ramón Vidal de Corrientes Argentinas, la prevalencia del parto por cesárea es sensiblemente mayor.

PARTO ADOLESCENTE

Alumbramiento

Se comunica una frecuencia del 5,5% de hemorragias del alumbramiento en adolescentes, frente a un 4,8% en las mujeres entre 20 y 24 años. Por lo tanto, la hemorragia del alumbramiento no es específica del parto de la adolescente.

Otras Complicaciones

La prevalencia del Test de Sullivan y la curva de glucemia positiva es posible que ocurra en un 38,4% de las adolescentes gestantes.

RECIEN NACIDO DE MADRE ADOLESCENTE

A. Peso

No existen diferencias significativas con relación a las mujeres adultas, aunque parece existir entre las menores de 15 años, debiendo diferenciarse claramente los nacimientos pretérmino de los retardos del crecimiento fetal, con definidas repercusiones sobre la morbimortalidad perinatal. Entre la menores de 17 años hay mayor frecuencia de bajos pesos.

B. Internación en neonatología

Los hijos de adolescentes registran una mayor frecuencia de ingresos a Neonatología sin diferencias entre las edad de las adolescentes.

C. Malformaciones

Se informa mayor incidencia entre hijos de adolescentes menores de 15 años (20%) respecto de las de mayor edad (4%), siendo los defectos de cierre del tubo neural las malformaciones más frecuentes, y con un número importante de retrasos mentales de por vida.

D. Mortalidad perinatal

Su índice es elevado entre las adolescentes, disminuyendo con la edad (39,4% hasta los 16 años y 30,7% entre las mayores de 19 años), según algunos autores.

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

A. UBICACIÓN DEL ESTUDIO:

Este estudio se llevo a cabo en el Municipio de Tamanique del Departamento de La Libertad y Cantón La Canoa del municipio de Jiquilisco en el departamento de Usulután. Principalmente en el área de Consulta Externa de la Unidad de Salud de Tamanique y la sección de Planificación Familiar que funciona de Lunes a Viernes de 7:30 a.m a 3:30 p.m. Concomitadamente, contamos con la ayuda de 6 Centros Escolares del área geográfica en estudio y que poseen adolescentes entre las edades de 13 a 19 años.

B. TIPO DE INVESTIGACIÓN:

La presente investigación es de tipo descriptivo-transversal.

C. POBLACION Y MUESTRA:

a.) Universo y población en estudio:

Adolescentes de 13 a 19 años que residen en el área de influencia del Municipio de Tamanique del departamento de La Libertad y cantón La Canoa del municipio de Jiquilisco del Departamento de Usulután.

b.) Selección y tamaño de muestra:

La muestra se realizó a conveniencia de los investigadores, se obtuvo una muestra y dos grupos de análisis, en cumplimiento de cada objetivo específico, de la siguiente manera:

1. Objetivos específicos 1,2, 4 y 5. Con el objetivo de realizar inferencias a valores poblacionales a partir de una muestra, hicimos uso de la siguiente fórmula, para una población conocida:

$$n = \frac{N \times Z_{\alpha}^2 \times p \times q}{d^2 \times (N-1) + Z_{\alpha}^2 \times p \times q}$$

En donde:

n = tamaño muestral.

N = población. En el departamento de La Libertad, 3 adolescentes entre 13 y 18 años, según la Dirección General de Estadísticas y Censos (DIGESTYC).

Z = originado del nivel de confianza o seguridad, según valores estandarizados. Para una seguridad del 95%, el número Z toma un valor de 1.96.

p = proporción esperada (en este caso 50% o 0.5, pues no conocemos la proporción estimada por falta de estudios previos)

$$q = 1 - p$$

d = precisión (en este caso deseamos un 3% o 0.03)

Entonces:

$$n = \frac{3992 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.03^2 \times (3992 - 1) + (1.96^2 \times 0.5 \times 0.5)}$$

$$n = 842.19 \simeq 842$$

El tamaño muestral calculado es de 842. Pero debido a que según las estadísticas de las unidades de salud en cuestión, el porcentaje de uso de métodos de planificación familiar en los adolescentes es de alrededor de un 4.1%, utilizando la herramienta de cálculo muestral tendremos un resultado de **143** como el total de sujetos a investigar en nuestro estudio.

D. TECNICA DE MUESTREO:

Para tomar en cuenta las personas participantes en el estudio se busco que presentaran las siguientes características:

1. Jóvenes adolescentes de 13 a 19 años del área de influencia del Municipio de Tamanique del Departamento de La Libertad y cantón La Canoa del departamento de Usulután, que estudian en los centros escolares colaboradores de la investigación los cuales constan con nivel de estudio hasta bachillerato y en los cuales con previa anterioridad se solicito permiso a las autoridades correspondientes para pasar el instrumento, las escuelas implicadas (ver anexo 6, 7 y 8) son las siguientes:

La Canoa: Centro Escolar Nueva Esperanza

Tamanique: Complejo educativo Capitán General Gerardo Barrios, Centro Escolar El Sunzal, Centro Escolar El Progreso, Centro Escolar REMAR, Colegio parroquial “Virgen de la Paz”, Centro Escolar La Lima.

2. Los adolescentes de 13 a 19 años inscritos en el programa de planificación familiar o control prenatal, en las unidades de salud en estudio.
3. Adolescentes entro los 13 a 19 años que consultan por morbilidad o control en la consulta externa de las unidades de salud objetivo.

Criterios de inclusión y exclusión:

INCLUSIÓN:

- Pertenecer a la zona de influencia de la unidad de salud en estudio.
- Adolescentes entre las edades de 13 a 19 años.
- Que utilizan los métodos con fines anticonceptivos y no terapéuticos.

EXCLUSIÓN:

- Adolescentes que no cumplan con los requisitos anteriores

Cabe mencionar que durante el transcurso de la investigación no hubo necesidad de excluir a ningún participante puesto que todos cumplían con los criterios de inclusión.

D. VARIABLES Y MEDICIÓN:

1. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

a.) Definición operacional de variables:

- a) Población adolescente sexualmente activa e inactiva.
- b) Uso de métodos de planificación familiar.
- c) Tipo de método de planificación familiar usado.
- d) Características del usuario (edad, sexo).
- e) Fuente de información acerca de los métodos de planificación familiar (Conocimiento y recomendación del mismo, consejería previa, motivo para utilizarlo).
- f) Nivel de conocimiento del uso correcto de los métodos de planificación familiar.
- g) Estado de gravidez o no.

PLAN DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Objetivo	Indicador	Variable	Interpretación	Modo de verificación
Contabilizar el número de adolescentes que utilizan y no los métodos de planificación familiar (obj 3 y 4)	COBERTURA VARIABLES: Población Sexualmente activa + método de planificación familiar utilizado según preferencia	Sexualmente activo Uso de métodos de planificación familiar Tipo de método de planificación familiar usado	Cuantitativa	Encuestas
Determinar la fuente de información de estos adolescentes sobre los métodos de planificación familiar.	Adolescentes inscritos en el programa de planificación familiar, adolescentes que utilizan métodos de planificación familiar, adolescentes entre 13 y 19 años	Conocimiento y recomendación del método de planificación familiar, lugar de obtención, consejería previa, motivo para utilizarlo, lugar donde lo obtuvieron	Cuantitativa	Encuesta
Conocer el nivel de conocimiento acerca del uso correcto de los métodos de planificación familiar	Adolescentes que han escuchado acerca de métodos de planificación familiar	Tipo de métodos de planificación familiar usado Características del usuario (edad, sexo)	Cuali-cuantitativa	Libro de registro de unidad de salud, encuesta

E. INSTRUMENTOS:

Se utilizaron dos encuestas (ver anexo 1 y 2). La primera con preguntas abiertas y de múltiple escoge y la segunda con preguntas sólo de múltiple escoge.

F. TECNICA Y RECOPIACIÓN DE DATOS

a.) Procedimientos para la recolección de información y métodos para el control de calidad de los datos:

La recolección de datos se realizará en fuentes primarias:

1. Se pasaron dos encuestas en adolescentes que pertenecen al área geográfica de influencia de la unidad de salud en estudio, para obtener la población ya sea sexualmente activa o no, y dentro de ésta, quiénes utilizan métodos de planificación familiar según preferencia o han escuchado acerca de ellos. Para la selección de la muestra, se utilizó un método aleatorio, a conveniencia del investigador. En la Unidad de Salud de Tamanique se realizó una rifa de todos los lugares posibles, para obtener aquellos de los cuales se haría la selección, entre los centros escolares que se tienen a disposición, pertenecientes a dicho municipio, y otra muestra se obtuvo del número de adolescentes que llegan a la unidad de salud a consultar ya sea por morbilidad, control o el programa de planificación familiar que se incluyó dentro del primer grupo seleccionado para completar el tamaño de la muestra obtenido por medio de la fórmula. En la unidad de salud La Canoa, la selección se realizó con el número de adolescentes que llegaron a consultar por morbilidad, control o el programa de planificación familiar y se visitó también el Instituto Nacional de Nueva Esperanza.
2. Los registros de consulta diaria y tabuladores del programa de planificación familiar, se utilizaron para obtener información de la adecuada elección de métodos.

3. Encuestas para identificar el grado de conocimiento del uso correcto de los diferentes métodos de planificación familiar.

Cabe recalcar, que las fuentes no se interrelacionaron entre sí, se analizaron de forma independiente para evitar duplicidad de información.

Se evaluó el conocimiento teórico del uso de los métodos de planificación familiar por medio de dos encuestas la primera con preguntas que recopilan datos generales y preguntas abiertas y cerradas y una segunda encuesta más específica sobre el uso de los mismos (al inicio, se tomo a un grupo piloto de 10 personas para determinar si había suficiente capacidad de discriminación requerida y así adecuar esta segunda encuesta). Se utilizó la escala de Likert la cual constó de 24 preguntas de múltiple escoge, utilizando un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios, ante los cuales se pidió la reacción de los sujetos, para elegir uno de los cinco puntos de la escala y a cada punto se le asigno un valor numérico del 1 al 5, para obtener una puntuación respecto a la afirmación, de la siguiente forma:

- (1) Totalmente de Acuerdo
- (2) Bastante de acuerdo
- (3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- (4) Bastante en desacuerdo
- (5) Totalmente en desacuerdo

En cada una de las encuestas se hizo una sumatoria de los valores alcanzados respecto a cada frase, en el total de preguntas de que consta la encuesta, pudiéndose obtener un puntaje mínimo posible de 24 y un máximo de 120, que posteriormente se descargó a una tabla para su posterior lectura.

b.) Procedimientos para garantizar aspectos éticos en la investigación:

La información será obtenida por medio de encuestas, de forma anónima y confidencial; asimismo, los registros de consulta diaria solo se identificarán

como usuario, sin tomar en cuenta el número de expediente, más que para evitar duplicidad de datos, sin tabularlo en la matriz oficial.

c.) Plan de tabulación de datos y plan de análisis de resultados

Se realizó la tabulación y análisis de datos por medio de programas de computadoras Microsoft Excel 2007 y, Microsoft Word 2007; para el conteo de datos se hizo uso de la herramienta de Excel.

Se confrontó las variables dependientes (conocimientos sobre métodos de planificación familiar) con las respuestas que obtengamos en cada área que deseamos explorar.

Los resultados se han presentado a través de tablas de frecuencia y gráficos de barras, y el análisis a través de cuadros de tabulación cruzada en donde se descargaron los datos reflejados en frecuencia y sus respectivos porcentajes para optimizar la comprensión del análisis de datos para el lector.

ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

Métodos y modelos de análisis de los datos según objetivos específicos:

Primero y Segundo Objetivo Específico:

Para el logro de este objetivo, realizamos una primera y segunda encuesta anónima a la muestra 1 aleatoria obtenida de los adolescentes del área geográfica de influencia, la primera encuesta (anexo 1) la cual se elaboro con preguntas de múltiple escoge y preguntas abiertas y la segunda, tomando como base la escala de Likert (anexo 2) que por medio de puntajes evalúa las respuestas de los encuestados. Mediante este instrumento obtuvimos la siguiente información:

1. El porcentaje de adolescentes que tienen conocimientos adecuados sobre el uso de los métodos de planificación familiar en la prevención de embarazos no deseados.
2. El porcentaje de adolescentes que tienen algún conocimiento o que su información acerca de los métodos de planificación familiar es incompleta o inadecuada.
3. Mitos que los adolescentes creen correctos acerca de los métodos de planificación familiar y como interfieren en su uso o en el no uso de los mismos, lo cual fue evaluado en la encuesta 1 y 2.

La información recabada fue vaciada en matrices de datos adecuadas, elaboradas en el software Microsoft Excel 2007. Fue analizada sobre la base de proporciones o porcentajes y se presenta en gráficos convenientes a los resultados. La puntuación de las diferentes respuestas se muestra en Anexo 2 según escala de Lickert. El resultado se interpretó según puntaje obtenido en una escala de 24 a 120, presentando un nivel de conocimiento Bajo si se encuentra entre 24 y 72 y Alto, entre 73 y 120. Los resultados obtenidos son presentados en tablas apropiadas. Obtuvimos así, el nivel de conocimiento del uso de los métodos de planificación familiar y además interpretamos las razones del no uso de los diferentes métodos en la prevención de embarazos

no deseados. Se realizaron preguntas específicas en el instrumento N°1 para detectar cual era la fuente de información de los adolescentes en cuanto al uso de los métodos de planificación familiar.

Tercer y Cuarto Objetivo Específico:

Para el logro de este objetivo, utilizamos los registros de consulta diaria y los tabuladores respectivos y de ambas encuestas. De esta manera obtuvimos los adolescentes usuarios activos inscritos en el programa de planificación familiar y el método utilizado; asimismo, si éste se encuentra apegado a criterios de elegibilidad. Hicimos uso solamente de los números de expediente clínico al momento de analizar los datos, pero los omitimos al momento de presentar los mismos. Vaciamos los datos en matrices realizadas en el software Microsoft Excel 2007 y su análisis lo hicimos sobre la base de proporciones o porcentajes.

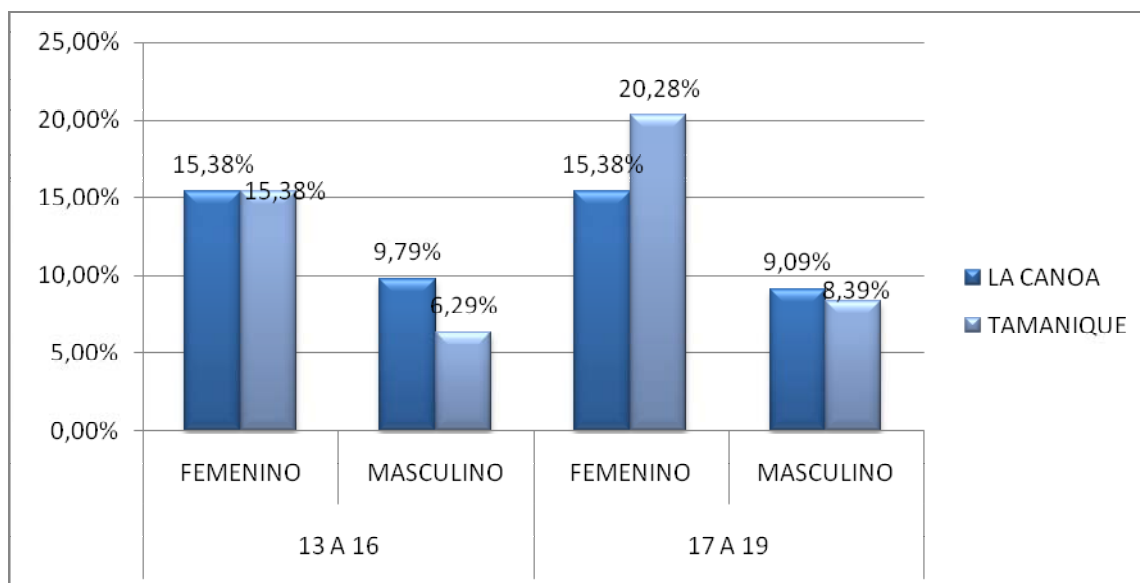
Obtuvimos de esta manera el porcentaje de uso apropiado de los criterios de elegibilidad. Cabe recalcar que estos datos están desligados de la primera muestra, y se analizaron de forma independiente, para evitar, por ejemplo, que un adolescente A, que es usuario de la unidad de salud (muestra 2), entrevistado además en la muestra 1, generara datos en ambas muestras, siendo realmente un solo dato que se duplicaría si hubiésemos analizado ambas muestras en conjunto. Pues debe recordarse que ambos instrumentos obtuvieron la información de manera anónima, por lo tanto, no sería posible hacer tal diferenciación.

PLAN DE ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Objetivos	Indicador	Valor	Instrumento	Presentación de datos
Determinar el grado de conocimiento del uso adecuado de los métodos de planificación familiar, por parte de la población en estudio	Conocimiento del uso adecuado del método	Bajo Intermedio Alto	Cuestionario en Escala de Likert	Gráfico de Barras
Objetivos	Indicador	Valor	Instrumento	Presentación de datos
Definir la población adolescente sexualmente activa que utiliza métodos de planificación familiar según preferencia	Población Sexualmente activa + método de planificación familiar utilizado según preferencia	Sexualmente activo No usa Si usa, cuál: ACO Inyectables Condón Naturales Otros	Encuesta y Tabuladores de actividades de planificación familiar	Gráfico de barras
Contabilizar el número de adolescentes sexualmente activos y la razón del porque no utilizan los métodos de planificación familiar	No uso de métodos de planificación familiar en las relaciones sexuales + razón del no uso de os mismos	Causan enfermedades, son inseguros	Encuesta	Gráficos de barras
Determinar la fuente de información	Fuente de información	Promotor de salud, Unidad de Salud, Maestros, Padres, amigos	Encuesta	Gráfico de barras

PRESENTACION DE RESULTADOS

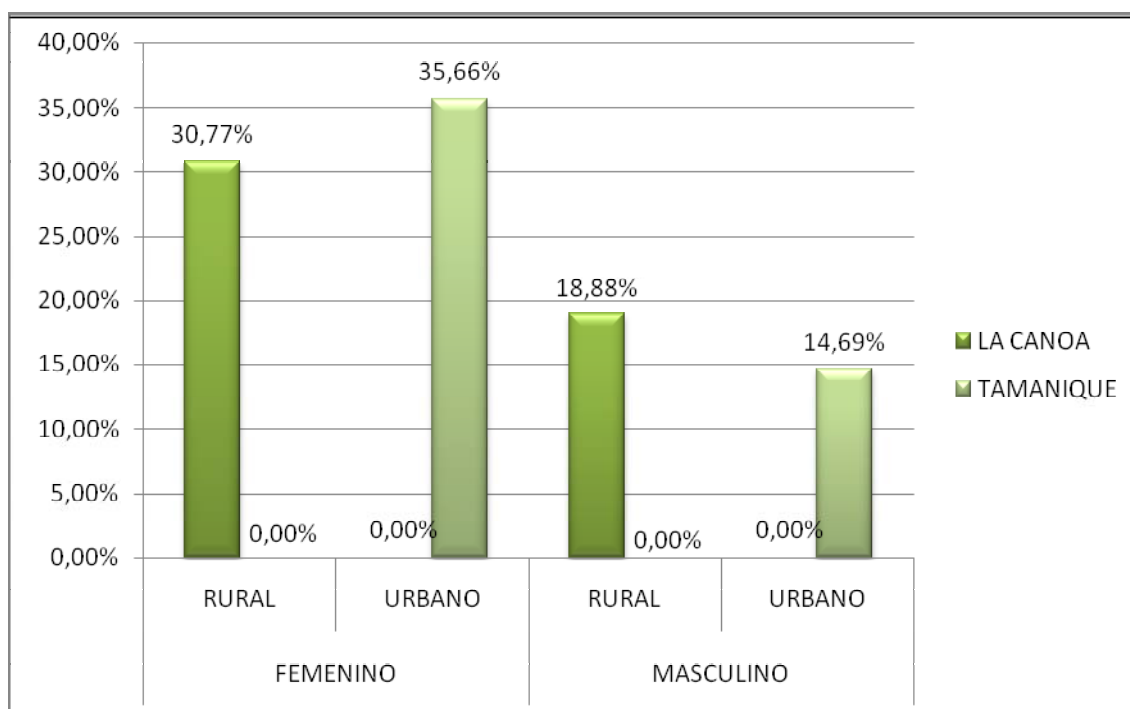
Grafico 1. Distribución de adolescentes encuestados según rango de edad y localidad. Municipio de Tamanique y La Canoa, 2008. N= 143.



Fuente: Instrumento de recolección de datos (encuesta 1)

COMENTARIO: Del total de adolescentes, el 50.35% correspondieron a la localidad de Tamanique, y un 49.65% fueron de la localidad de la Canoa, donde el 53.15% del total estuvieron en el rango de 17 a 19 años. Del total de adolescentes, el género predominante con un 66.43% fue el femenino y el 33.57% correspondió al masculino.

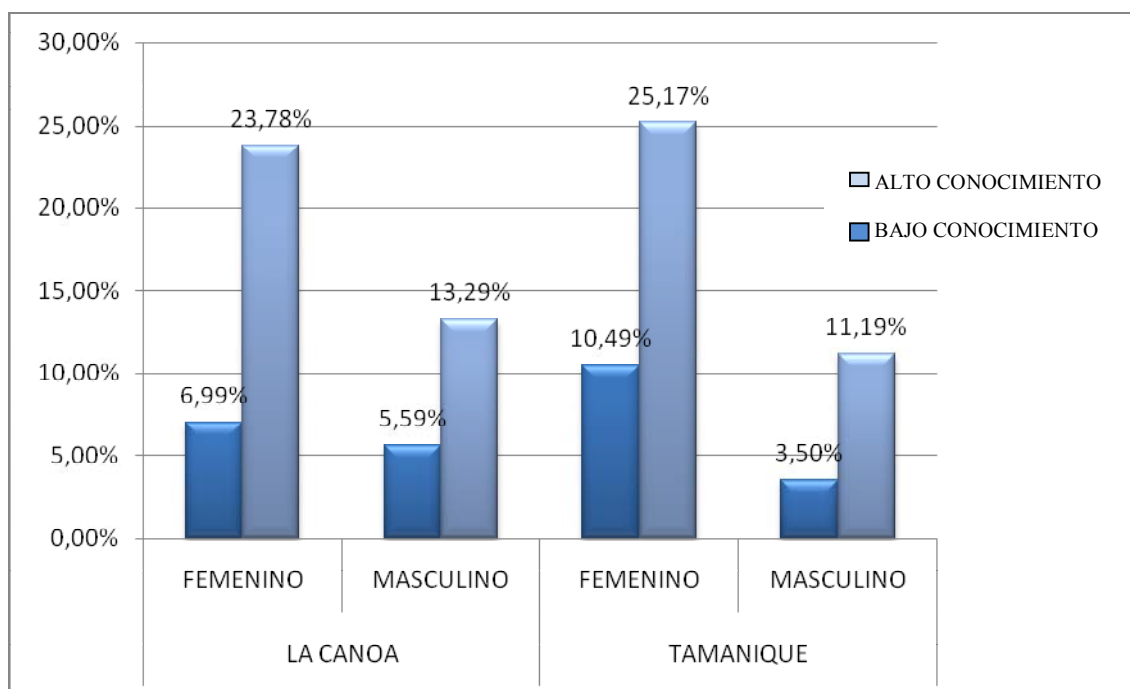
**Grafico 2. Distribución de adolescentes según procedencia y género.
Municipio de Tamanique y La Canoa, 2008. N=143.**



Fuente: Instrumento de recolección de datos (encuesta 1)

COMENTARIO: Del total de adolescentes, el 100% de los adolescentes encuestados del grupo A fueron del área urbana y del grupo B correspondieron al área rural en un 100%, este dato nos sirve para conocer características generales de la población en estudio.

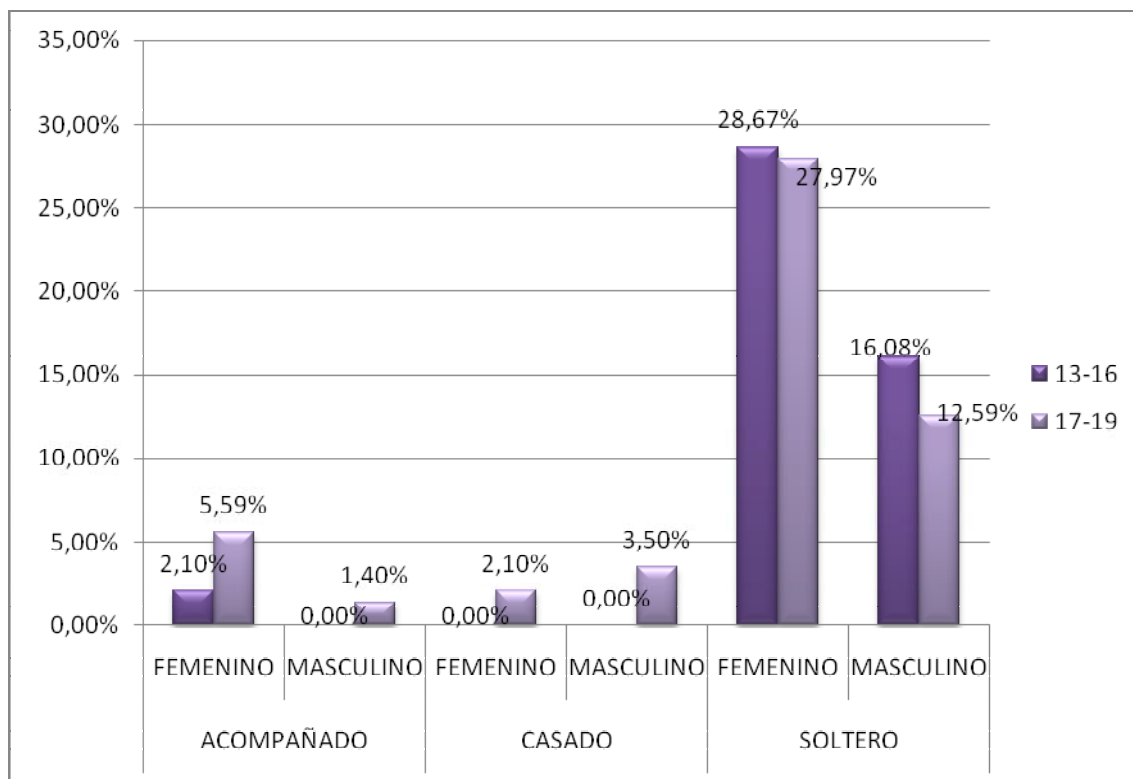
**Grafico 3. Distribución de la población según nivel de conocimiento.
Municipio de Tamanique y La Canoa, 2008. N=143.**



Fuente: Instrumento de recolección de datos (encuesta 2)

COMENTARIO: Del total de encuestados 26.57% obtuvo un nivel bajo de conocimiento y el 73.43% un nivel alto de conocimiento.

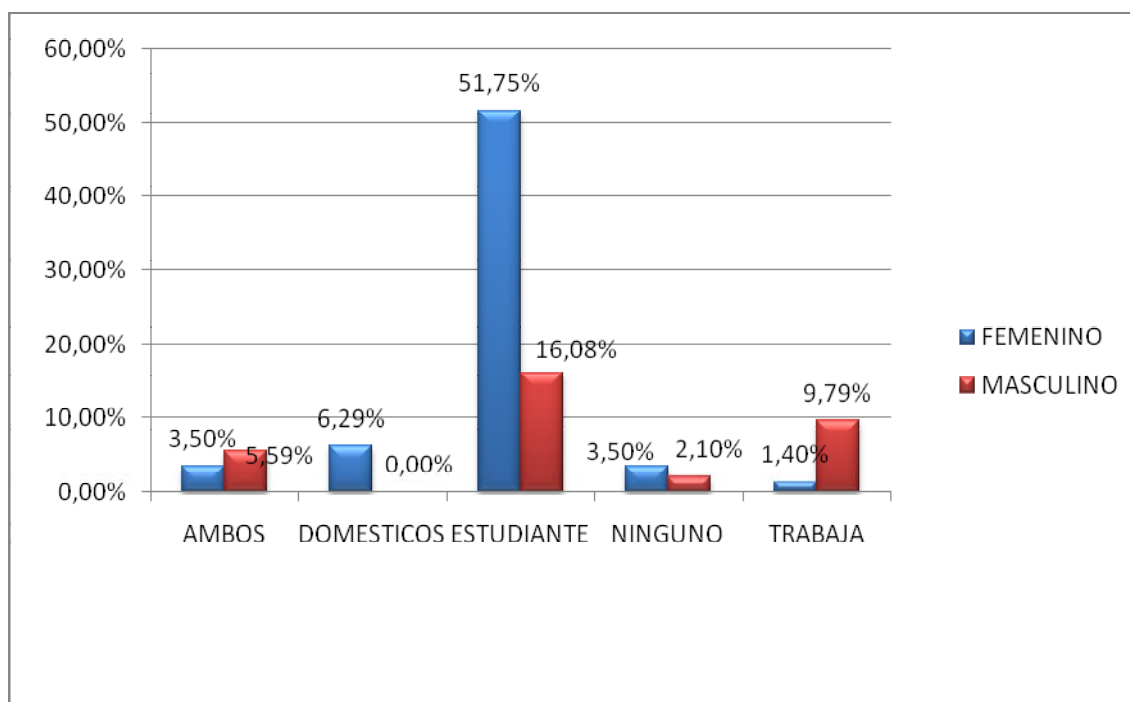
**Grafico 4. Distribución de adolescentes según estado civil y género.
Municipio de Tamanique y La Canoa, 2008. N=143.**



Fuente: Instrumento de recolección de datos (encuesta 1)

COMENTARIO: Del total de adolescentes, el 85.91% son solteros en el grupo A y el 84.72% en el grupo B.

**Grafico 5. Distribución de la población según ocupación y género.
Municipio de Tamanique y La Canoa, 2008. N=143.**

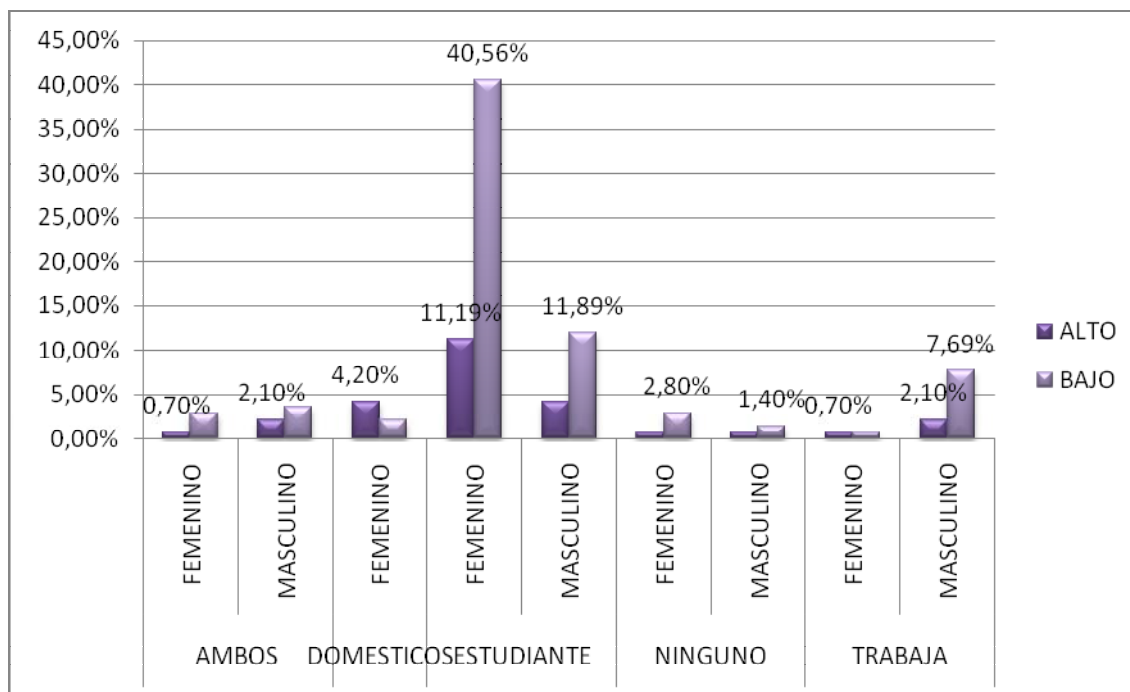


Fuente: Instrumento de recolección de datos (encuesta 1)

COMENTARIO: Del total de adolescentes, el 67.83% son estudiantes, trabajan el 11.19% y el 9.09% realiza ambas actividades. De los estudiantes el mayor porcentaje corresponde al sexo femenino en un 51.75%.

Grafico 6. Distribución de población según ocupación y nivel de conocimiento de los MPF. Municipio de Tamanique y La Canoa, 2008.

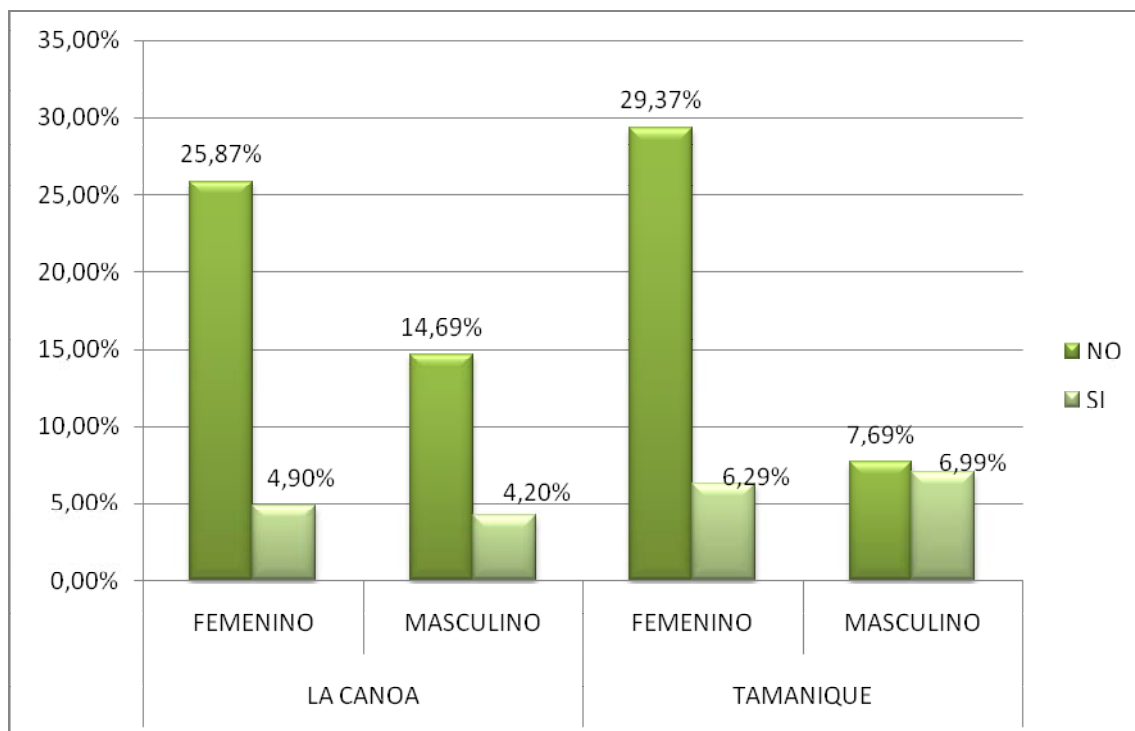
N=143.



Fuente: Instrumentos de recolección de datos (encuesta 1y 2)

COMENTARIO: Del total de adolescentes que son estudiantes la mayor parte el 40.56% tienen un bajo nivel de conocimiento versus el 11.19% con un alto nivel.

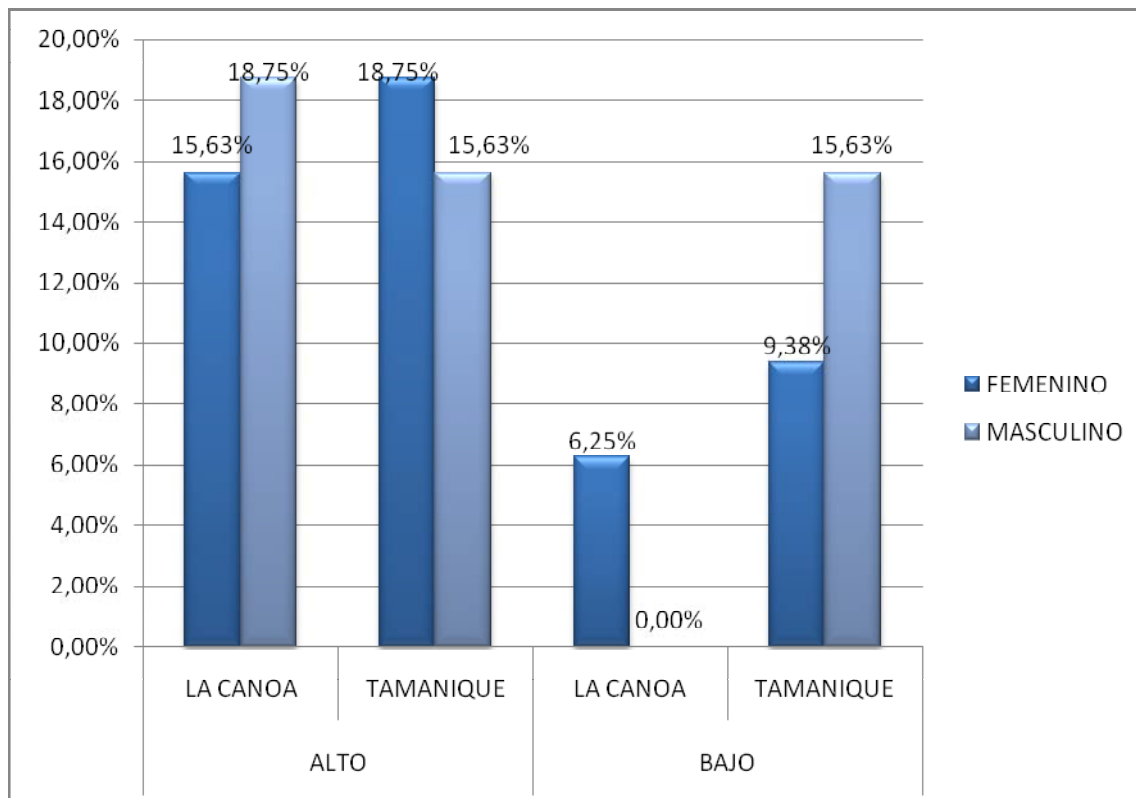
**Grafico 7. Distribución de adolescentes según actividad sexual y género.
Municipio de Tamanique y La Canoa, 2008. N=143.**



Fuente: Instrumento de recolección de datos (encuesta 1)

COMENTARIO: El porcentaje de adolescentes que son sexualmente activos es de 22.38% versus un 55.24% que no tienen actividad sexual.

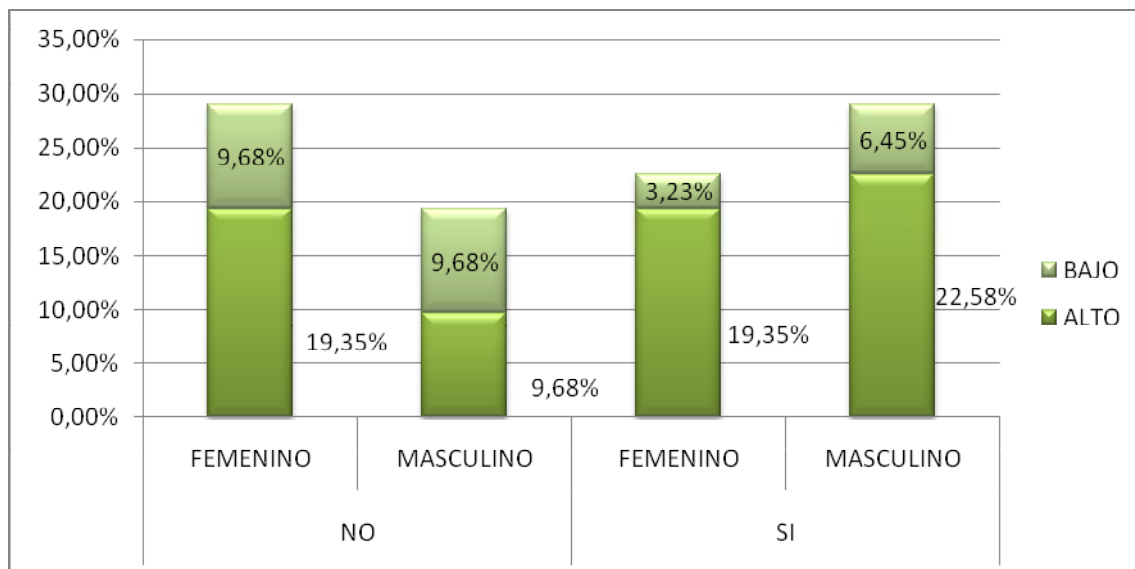
Grafico 8. Distribución de la población sexualmente activa según nivel de conocimiento. Municipio de Tamanique y La Canoa, 2008. N=143



Fuente: Instrumentos de recolección de datos (encuesta 1y 2)

COMENTARIO: Del total de población sexualmente activa el 34.38% corresponde al sexo femenino y masculino con un bajo nivel de conocimiento versus el 15.63% con un alto nivel de conocimiento para ambos géneros.

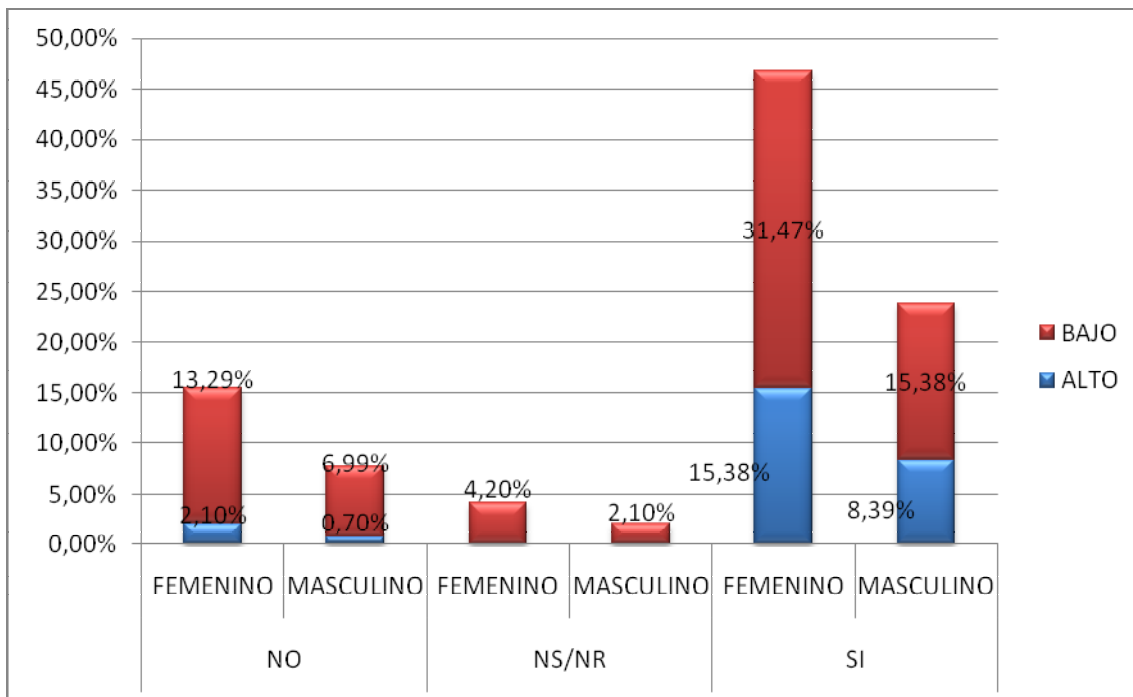
Grafico 9. Distribución de adolescentes sexualmente activos que siempre utilizan algún MPF en las relaciones sexuales y nivel de conocimiento. Municipio de Tamanique y La Canoa, 2008. N=31



Fuente: Instrumentos de recolección de datos (encuesta 1y 2)

COMENTARIO: El porcentaje de adolescentes que siempre utilizan algún MPF es de 41.93% y que corresponde con un nivel alto de conocimiento contra un 9.68% que poseen un nivel bajo. Un 48.39% respondió que no siempre utiliza algún MPF en sus relaciones sexuales entre niveles alto y bajo de conocimiento.

Grafico 10. Población adolescente que tiene intención de uso de algún método de planificación familiar en las relaciones sexuales. Municipio de Tamanique y La Canoa, 2008. N=143



Fuente: Instrumentos de recolección de datos (encuesta 1y 2)

COMENTARIO: La población adolescente que estaría dispuesta a utilizar algún MPF es de 46.85% en el sexo femenino del cual el 15.38% posee un nivel alto de conocimiento, y un 23.77% para el sexo masculino con un 8.39% que poseen un nivel alto de conocimiento.

Grafico 11. Distribución de población encuestada según la razón de intención de uso de algún MPF por género y nivel. Municipio de Tamanique y La Canoa, 2008. N=143

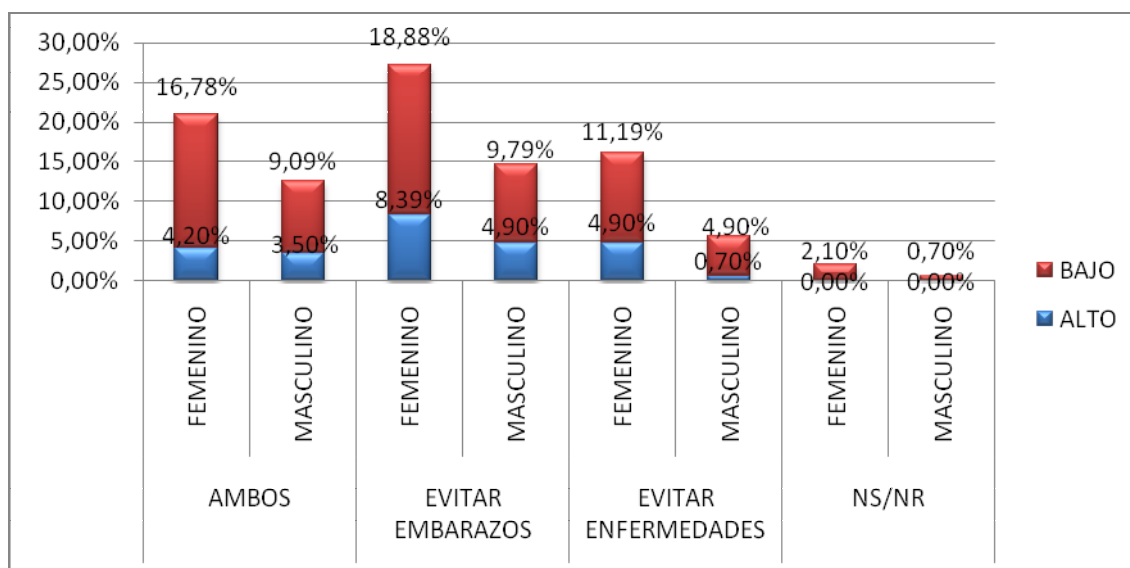


Tabla 11. Resultados frecuencias absolutas y relativas.

RAZON DE USO	NIVEL ALTO	NIVEL BAJO	TOTAL
AMBOS	11(7.69%)	37(25.87%)	48(33.57%)
FEMENINO	6(4.2%)	24(16.78%)	30(20.98%)
MASCULINO	5(3.5%)	13(9.09%)	18(12.59%)
EVITAR EMBARAZOS	19(13.29%)	41(28.67%)	60(41.96%)
FEMENINO	12(8.39%)	27(18.88%)	39(27.27%)
MASCULINO	7(4.9%)	14(9.79%)	21(14.69%)
EVITAR ENFERMEDADES	8(5.59%)	23(16.08%)	31(21.68%)
FEMENINO	7(4.9%)	16(11.19%)	23(16.08%)
MASCULINO	1(0.7%)	7(4.9%)	8(5.59%)
NS/NR	0(0%)	4(2.8%)	4(2.8%)
FEMENINO	0(0%)	3(2.1%)	3(2.1%)
MASCULINO	0(0%)	1(0.7%)	1(0.7%)
Total general	38(26.57%)	105(73.43%)	143(100%)

Fuente: Instrumentos de recolección de datos (encuesta 1y 2)

COMENTARIO: El 41.96% del total de la población, utilizaría un MPF para evitar embarazos, el 21.69% para evitar enfermedades, y un 33.57% para evitar embarazos y enfermedades.

Grafico 12. Respuesta de los encuestados a la definición de MPF y nivel de conocimiento según sexo. Municipio de Tamanique y La Canoa, 2008.

N=143

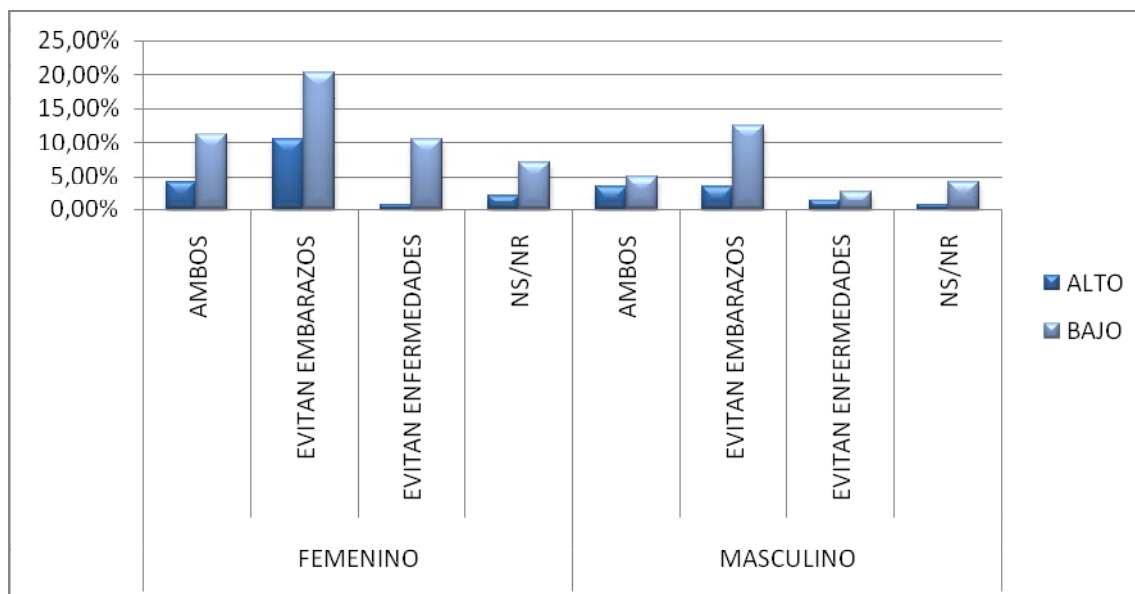


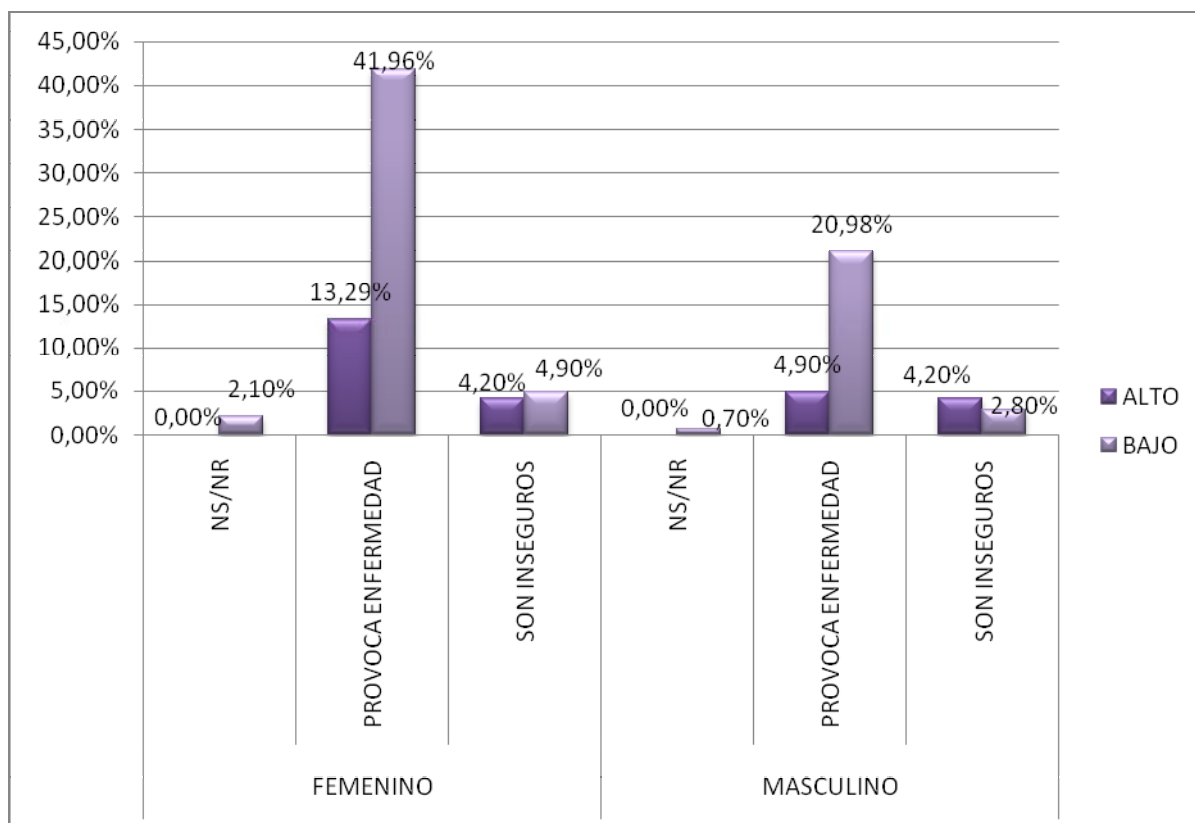
Tabla 12. Resultado frecuencias relativas y absolutas.

DEFINICION-SEXO	NIVEL ALTO	NIVEL BAJO	TOTAL
FEMENINO	25(17.48%)	70(48.95%)	95(66.43%)
AMBOS	6(4.2%)	16(11.19%)	22(15.38%)
EVITAN EMBARAZOS	15(10.49%)	29(20.28%)	44(30.77%)
EVITAN ENFERMEDADES	1(0.7%)	15(10.49%)	16(11.19%)
NS/NR	3(2.1%)	10(6.99%)	13(9.09%)
MASCULINO	13(9.09%)	35(24.48%)	48(33.57%)
AMBOS	5(3.5%)	7(4.9%)	12(8.39%)
EVITAN EMBARAZOS	5(3.5%)	18(12.59%)	23(16.08%)
EVITAN ENFERMEDADES	2(1.4%)	4(2.8%)	6(4.2%)
NS/NR	1(0.7%)	6(4.2%)	7(4.9%)
Grand Total	38(26.57%)	105(73.43%)	143(100%)

Fuente: Instrumentos de recolección de datos (encuesta 1y 2)

COMENTARIO: Del total de población adolescente que definieron MPF respondieron en un 46.85% que sirven para evitar embarazos no deseados, de estos sujetos solo el 29.85% el cual corresponde a un 13.99% de la población total, tienen un nivel alto de conocimiento sobre su uso correcto.

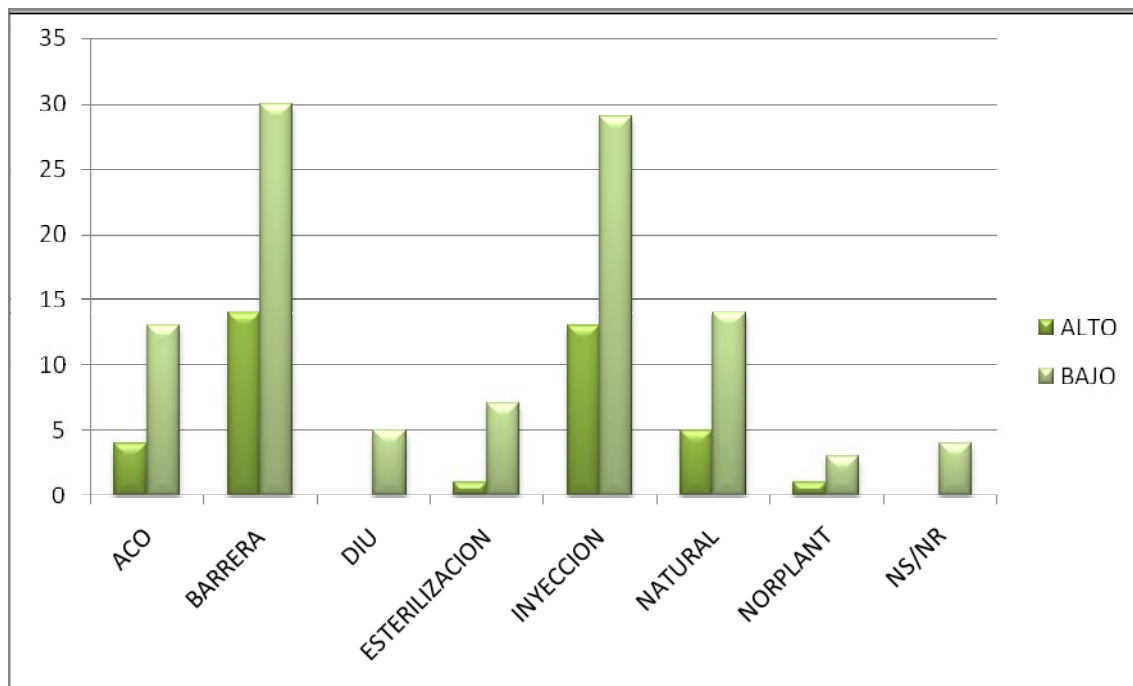
Grafico 13. Respuesta de los encuestados a la razón de porque no utilizarían MPF en las relaciones sexuales. Municipio de Tamanique y La Canoa, 2008. N=143



Fuente: Instrumentos de recolección de datos (encuesta 1y 2)

COMENTARIO: La mayoría de los adolescentes de ambos sexos consideran que no utilizarían un MPF en las relaciones sexuales porque provocan algún tipo de enfermedad representado en un 81.13%. De éstos el 77.58% poseen un nivel bajo de conocimiento lo que corresponde a un 62.94% del total de encuestados.

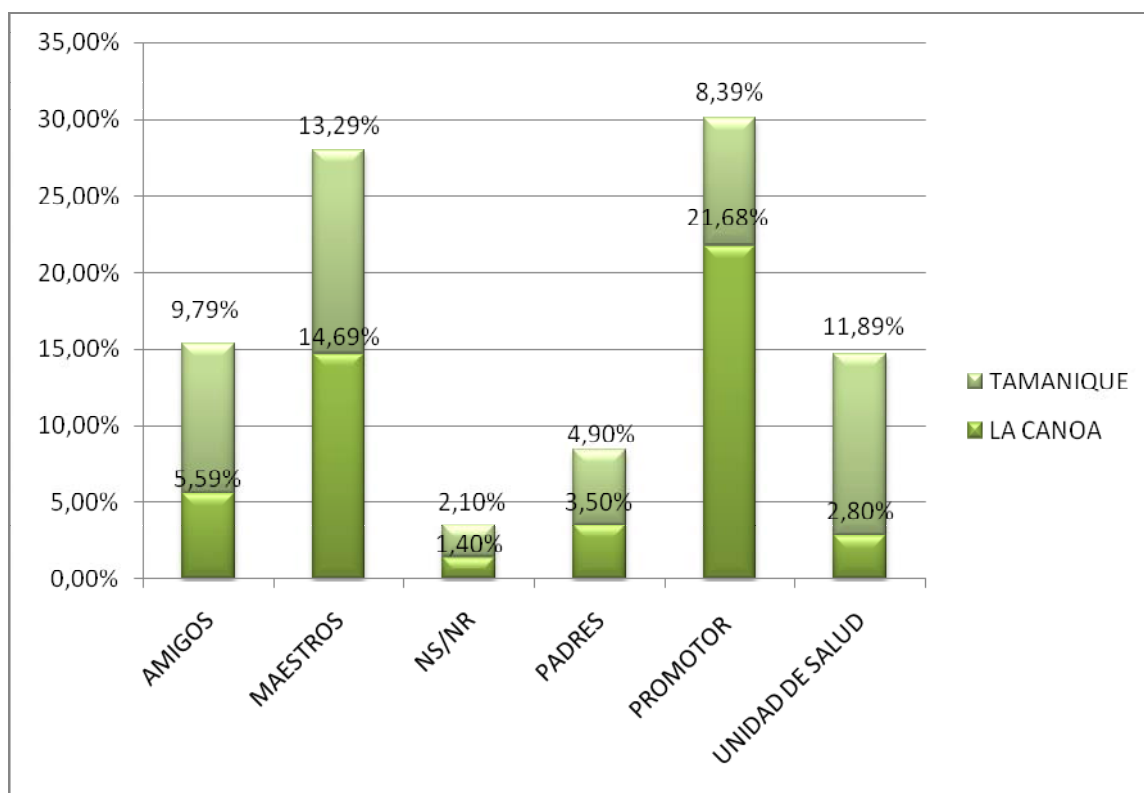
Grafico 14. Distribución de los MPF más conocidos por los adolescentes de ambas localidades y su nivel de conocimiento. Municipio de Tamanique y La Canoa, 2008. N=143



Fuente: Instrumentos de recolección de datos (encuesta 1y 2)

COMENTARIO: los métodos más conocidos son el preservativo masculino con un 30.77% y los métodos inyectables con el 29.37%, seguido del método natural con el 13.29%.

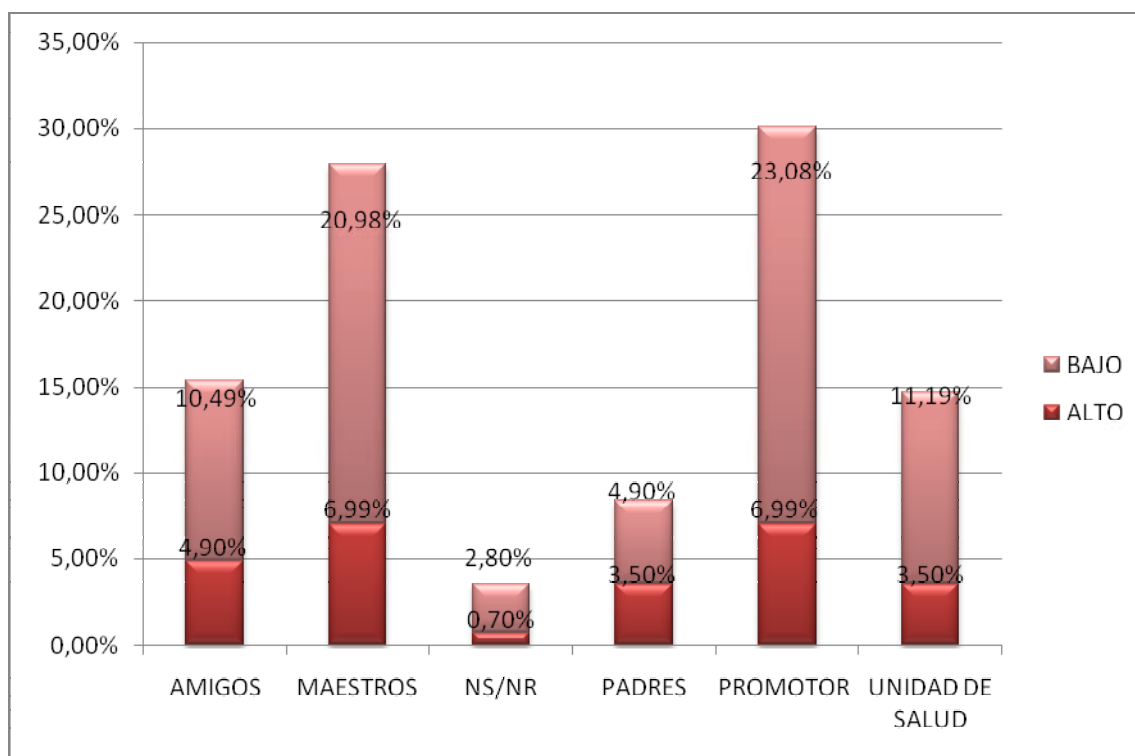
**Grafico 15. Distribución de la fuente de información según localidad.
Municipio de Tamanique y La Canoa, 2008. N=143**



Fuente: Instrumentos de recolección de datos (encuestas 1 y 2)

COMENTARIO: La fuente de información principal en La Canoa fueron los promotores, seguido de los maestros y en Tamanique fueron los maestros seguido de la unidad de salud.

Grafico 16. Distribución de Nivel de conocimiento de MPF según fuente de información. Municipio de Tamanique y La Canoa, 2008. N=143



Fuente: Instrumentos de recolección de datos (encuesta 1y 2)

COMENTARIO: Las fuentes que reflejan mayor relevancia en las repuestas de los encuestados son los promotores de salud con un 30.07%, seguido de los maestros con un 27.97% y 14.69% para ambos municipios obteniendo que la relación de más bajo nivel de conocimiento es con respecto a los promotores de salud.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

OBJETIVO 1 Y 2

El presente estudio fue realizado en las unidades de salud de Tamanique del municipio de Tamanique, el cual designaremos como grupo A; y de La Canoa del municipio de Jiquilisco designado como grupo B, donde encuestamos a los y las adolescentes entre 13 y 19 años con dos instrumentos el primero que recoge datos generales descriptivos de la población en estudio y preguntas abiertas acerca del tema objeto y un segundo instrumento basado en la escala de Lickert para evaluar el conocimiento teórico que los adolescente poseen acerca del uso correcto de los métodos de planificación familiar (MPF). Tenemos que el 50.30% (gráfico 1) corresponde al grupo A y el 49.7% al grupo B. El género predominante con un 66.43% fue el femenino y el 33.57% correspondió al masculino (gráfico 1), de los cuales el 53.14% se encuentra entre las edades de 17 a 19 años, representando así la mayoría. El 100% de la población del grupo A provienen del área urbana (grafico 2) y el 100% del grupo B del área rural lo que nos permitió observar ciertas tendencias. Podemos ver como resultado inicial y fundamental para el desarrollo de esta discusión, que hablando de la totalidad de los encuestados se obtuvo un nivel ALTO de conocimiento en un 26.57% y un nivel BAJO predominante con un 73.43% (gráfico 3).

Otro aspecto que se logró reflejar entre ambas poblaciones es que la mayoría de adolescentes pertenecen al estado civil solteros con un 85.91% (gráfico 4) en el grupo A y 84.72% en el grupo B, lo que supone la importancia de que estos jóvenes tengan un conocimiento apropiado sobre el uso correcto de los MPF en la prevención de embarazos no deseados. Asimismo, el 76.92%(grafico 5) del total son estudiantes o trabajan y estudian al mismo tiempo y puesto que la mayoría están en nivel de secundaria y bachillerato, hace suponer que tendrían menor riesgo de sufrir de embarazos no deseados debido a la escolaridad sin embargo nos damos cuenta más adelante (grafico 6) que sólo 18.18% de este grupo se encuentra en un nivel alto de

conocimiento de los métodos de planificación familiar y del cual el 11.89% corresponde al sexo femenino. En el resto de ocupaciones se visualiza que también el nivel bajo de conocimiento es el hallazgo predominante (gráfico 6). El estudio refleja que el 24.7% del grupo A ya han tenido alguna experiencia sexual con penetración y el 75.3% no lo han tenido versus el 17.74% del grupo B que también la han tenido y el 82.26% que aun no han tenido dicha experiencia (gráfico 7). Por ello nos interesan ambos grupos, en los primeros para determinar si usan adecuadamente los diferentes MPF y en los que nunca han tenido experiencia sexual o utilizado alguno de ellos con el objeto de evaluar si el conocimiento que poseen al momento, los mantiene preparados para la ocasión de decidir evitar un embarazo no deseado en el ejercicio de la sexualidad. Obteniendo, de esta forma, que el nivel de conocimiento adquirido en los adolescentes con vida sexual iniciada es BAJO en un 73.43% y un 26.57% con nivel ALTO (gráfico 8), lo que llama la atención debido a que si estos porcentajes que reflejan la gran mayoría de los adolescentes estudiantes de secundaria y bachillerato con vida sexual activa, podríamos inferir que existe un alto riesgo de falla de método; y provocar un embarazo no deseado, tomando en cuenta que no siempre utilizan un MPF en las relaciones coitosexuales.

Al evaluar a los adolescentes sobre la intención de uso de cualquier método de planificación familiar en la relación sexual revelo que el 46.25% de los encuestados del genero femenino y 23.77% del género masculino, (grafico 10) refieren que sí estarían dispuestos a utilizar un MPF versus el 18.18% de los adolescentes de la Unidad de Salud de Tamanique y 19.75% de los encuestados de la Unidad de Salud La Canoa, que no lo usarían.

Hemos indagado en este estudio que al preguntar a los sujetos la definición que pueden dar acerca de un MPF (gráfico 12), las respuestas obtenidas fueron las siguientes: *sirven para evitar embarazos no deseados* (46.76%), *sirven para evitar enfermedades* (15.39%), *ambos, es decir prevención de embarazos y enfermedades* (23.79%), *No sabe o no respondió* (13.99%). Del total (101) que respondió que se utilizan para evitar embarazos sólo un 30.69% sabe cómo utilizarlos correctamente por el nivel alto de conocimiento obtenido.

Al explorar cuál MPF es más conocido por los adolescentes encuestados se encontró que es el preservativo masculino como método de barrera, con un 30.77%,(grafico 14) le sigue los métodos inyectables con un 29.37% y el método natural con un 13.29% seguido muy de cerca por los Anticonceptivos Orales con un 11.89%. En los dos primeros métodos un 68.6% presento un nivel BAJO de conocimiento en el uso de los mismos, relativamente, más reflejado en el caso de las inyecciones, ya que revisando las preguntas del instrumento muchos de los encuestados pensaban que las inyecciones no necesariamente deben aplicarse en la fecha indicada para que sean efectivos, lo que contrasta con la manera correcta de aplicación del método.

La principal fuente de información sobre MPF en los adolescentes del grupo A fueron los maestros con un 13.29%,(grafico 15) luego la unidad de salud con un 11.89%, a diferencia de los sujetos del grupo B quienes identificaron a los promotores de salud como su mayor fuente de información seguido con un 21.68% seguido de los maestros con un 14.69%. Vemos entonces que el sistema educativo en los centros escolares juega un papel trascendental en la educación sexual y reproductiva de los adolescentes estudiantes, y que por medio de los maestros como principales actores identificados en la proporción de conocimientos acerca de los MPF, nos hace preguntarnos si están realmente capacitados para dar una adecuada instrucción y consejería, puesto que al comparar las respectivas fuentes de información con el nivel de conocimiento pudimos dilucidar que un 20.28%(grafico 16) tenían un nivel BAJO contra un 6.99% ALTO. Es de hacer notar que los promotores de salud en el área rural manejan un papel indispensable en la persecución de la adecuada información de los adolescentes respecto a los MPF, podemos ver, sin embargo, que un 23.08% de los que presentaron a los promotores de salud como su mayor fuente de información tienen un nivel BAJO de conocimiento. Por lo que nos damos cuenta de la importancia que tiene capacitar tanto al personal de salud como a los maestros en las escuelas.

OBJETIVOS 3 Y 4.

Durante la tabulación de los datos pudimos encontrar resultados interesantes con respecto al uso y no uso de MPF en las relaciones sexuales de los adolescentes sexualmente activos. En el gráfico 9, de estos sujetos, solo un 51.61% siempre utilizan algún método durante las relaciones; tenemos así que la diferencia porcentual no es tan diferente en los que no siempre utilizan algún MPF, con un 48.39%. Se indagó además, que en los adolescentes que no son sexualmente activos un 70.63% respondió que en dado caso, tendrían la intención de utilizar algún MPF en el inicio de las relaciones sexuales, contra un 23.08% que no los utilizaría y un 6.29% que no sabe o no respondió. Interesante es precisar que de este grupo un 46.85% corresponde al sexo femenino quienes mencionaron que la razón principal para utilizar un MPF en las relaciones sexuales es la prevención de un embarazo no deseado, sin embargo de estas mujeres dispuestas a utilizar algún MPF, el 31.47% posee un nivel BAJO de conocimiento en su uso correcto lo que al final nos puede también derivar en una falla de método por el uso inadecuado debido a la falta de información. Tenemos entonces que el número de adolescentes que utilizan o utilizarían algún MPF en las relaciones sexuales es un poco más de la mitad, sin embargo debido a un porcentaje considerable de sujetos que no poseen un conocimiento adecuado acerca de su uso, esto no nos garantiza que los embarazos no deseados puedan prevenirse en mayor medida.

Se encontró a la vez que las razones principales por las que los adolescentes no usan o no utilizarían un MPF en la prevención de embarazos no deseados (gráfico 13) son las siguientes:

- Provocan algún tipo de enfermedad o efectos secundarios con un 81.11%,
- Seguido de la creencia de que son inseguros con un 16.08% y
- Un 2.8% que no sabe o no respondió.

Ahora bien, tenemos dentro de estos datos, que el nivel BAJO de conocimiento se posiciona con un 73.43% predominantemente en un 48.95% en el sexo femenino.

CONCLUSIONES

De la investigación realizada sobre métodos de planificación familiar, usado por las y los adolescentes de 13 a 19 años, que consultan en las unidades de salud de Tamanique y La Canoa, del periodo comprendido del 1 al 31 de julio del año 2008, presentamos las siguientes conclusiones:

1. Que la mayor parte de la población tanto de Tamanique como de La Canoa poseen un nivel de conocimiento acerca del uso de los diferentes métodos de planificación familiar catalogado como Bajo, y a pesar de que en su mayoría, los encuestados tienen estudios básicos y de secundaria y han escuchado acerca de los MPF, no tienen la información necesaria para la utilización adecuada de métodos de planificación familiar.
2. Determinamos que la mayor fuente de información para los adolescentes, acerca de los métodos de planificación familiar consiste en promotores de salud y maestros. Es de hacer notar que le siguen el resto de personal dentro de la unidad de salud como médicos o enfermeras y en cuarto lugar ubicamos a los padres de familia.
3. Un porcentaje considerablemente alto de los adolescentes sexualmente activos han utilizado o utilizan actualmente alguno de los métodos de planificación familiar en la prevención de embarazos no deseados, inferimos además que el preservativo y los inyectables son los métodos más populares por ser considerados los más seguros.
4. La investigación demuestra que entre las razones adjudicadas al no uso de algún método de planificación familiar en las relaciones sexuales, se debe a las creencias que los métodos producen algún tipo de enfermedad o que son inseguros. Manifestando que principalmente creían que producen esterilidad o cáncer.

RECOMENDACIONES

- Debe ampliarse la cobertura del programa de planificación familiar para la población adolescente. El programa no puede ser abordado únicamente mediante el sector salud, siendo que responde a una problemática interinstitucional, su respuesta debe ser, asimismo, mediante acciones coordinadas entre las múltiples instituciones involucradas como las instituciones educativas.
- A las unidades de salud, se le recomienda coordinar acciones interinstitucionales apropiadas, para ampliar la cobertura existente hacia la población sexualmente activa; designando para ello un recurso humano especialmente dedicado a esta clase de labores, dentro de la unidad de salud y que esté debidamente capacitado.
- Incluir en los programas de educación del tercer ciclo y/o bachillerato, una unidad de salud sexual y reproductiva, en la que incluyan amplios abordajes a temas como: sexualidad masculina y femenina, práctica sexual responsable, paternidad y maternidad prematura, explosión demográfica y, asimismo, métodos de planificación familiar.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Facultad de Medicina/Universidad Autónoma de México. "Conocimiento y práctica en el uso de métodos anticonceptivos". Publicación semanal de la Unidad de Investigación, Enseñanza y Comunicación en Salud Reproductiva, Dirección General de Salud Reproductiva/Secretaría de Salud. D.F. México 2006.
2. The Alan Guttmacher Institute "U.S. Teenage Pregnancy Statistics:Overall Trends", Trends by Race and Ethnicity and State-by-State Information. New York, NY;; 2004
3. Organización Panamericana de la Salud "Fecundidad en la adolescencia", Causas, riesgos y opciones, Cuaderno técnico NQ 12 OPS, Washington, 1988.
4. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Manual técnico de Salud Reproductiva. 1ª Edición. Talleres Graficolor. 1999. 243-246
5. García Sánchez M. H., Hernández Hernández M. L., Manjon Sánchez A "Embarazo y adolescencia" Departamento de Obstetricia y Ginecología Hospital Clínico Universidad. de Salamanca – Revisión sobre Salud Sexual y Reproductiva N° 2, año 2, junio 2.000, pág. 10-12 – Asociación Argentina por la Salud Sexual y Reproductiva (AASSER).
6. Dirección General de Estadísticas y Censos DIGESTYC. Censo Nacional de Población 2007, El Salvador, Centro América.
7. Biblioteca virtual en salud http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol17_4_01/mgi10401.htm
8. Ronald K. Manual de planificación familiar para médicos. 6ta edición. Publicaciones médicas de IPPF. Londres, 1989:10,33-222
9. Fondo de Población de la Organización de las Naciones Unidas VI Censo de Población y Vivienda El Salvador 2007 http://www.unfpa.org.sv/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=134
10. <http://www.infodoctor.org/gipi/ciap.htm>

ANEXOS

b. Número de personas que integran el grupo familiar.

- 1 a 5 personas. Más de 10 personas
6 a 10 personas. Otros. _____

¿Estudia o trabaja actualmente?

- Si NO

Si trabaja, ¿a que se dedica?

Ingreso económico familiar mensual.

- \$135 - \$ 140.
\$ 150 - \$ 200.
Más de \$ 200.

SITUACIÓN REPRODUCTIVA.

A que edad tuvo su primera menstruación / primera eyaculación

¿Ha tenido relaciones sexuales con penetración?

- Si NO

A que edad inicio su primera relación sexual.

Si no ha tenido relaciones sexuales, utilizaría usted algún método de planificación familiar al iniciarlas?

- Si NO

¿Por qué?

Si ha tenido relaciones ¿Uso algún método anticonceptivo?

- Si NO

¿Por qué?

¿Cuántos compañeros sexuales ha tenido?

Si ha tenido más de un compañero sexual, ¿siempre ha utilizado algún método anticonceptivo?

Si NO

¿Por qué?

¿Ha escuchado actualmente sobre los métodos de planificación familiar?

Si NO

¿Que son los métodos de planificación familiar?

¿De los siguientes métodos anticonceptivos cuales conoce usted?

Métodos naturales. Anticonceptivos orales.

Métodos de barrera (preservativos) Inyectables.

DIU (aparato) Norplant

Esterilización.

Otros: _____

Si conoce alguno describa como se utiliza.

¿Utiliza algún método anticonceptivo actualmente?

Si NO

Si su respuesta es si, diga el nombre del método de planificación usado:

¿Explique cómo utiliza el método?

¿Porqué usa ese método?

Es el único que ofrece el hospital o Es más seguro.

unidad de salud

No tiene efectos secundarios. Otros. _____

¿Ha utilizado anteriormente otro método de planificación familiar?

Si NO

¿Cuál?

Describa la forma en que lo utilizaba.

¿Cree usted que los métodos anticonceptivos, ocasionan enfermedades?

Si NO

¿Cuáles?

¿Qué métodos de planificación familiar no utilizaría usted?

Métodos naturales. Anticonceptivos orales.

Métodos de barrera (preservativos) Inyectables.

DIU (aparato) Norplant

Esterilización.

Otros: _____

¿Por qué?

¿A través de quienes obtuvo información a cerca de los métodos de planificación familiar?

Maestros. Promotores de salud.

Médicos. Amigos.

Enfermeras. Padres. Otros. _____

¿Desea tener hijos antes de los 19 años?

Si NO

¿Por qué?

Si no desea tener hijos antes de los 19 años e inicia vida sexual, ¿estaría dispuesto/a a utilizar algún método de planificación familiar?

Si NO

¿Por qué?

¿Se encuentra embarazada actualmente?

Si
NO

¿Cree usted que necesita mayor información acerca del uso adecuado de los diferentes métodos de planificación familiar?

Si NO

¿Por qué?

¿Quién o cuál cree usted que sería la fuente de información más adecuada?

Muchas Gracias por su colaboración.....

ANEXO 2

GUIA DE ENCUESTA 2

Instrumento de recolección de datos

Unidad de Salud de Tamanique y La Canoa

Objetivo: Conocer el grado de conocimiento que poseen los sujetos sobre el uso correcto de los diferentes métodos de planificación familiar.

Dirigido a: Adolescentes entre los 13 y 19 años de edad que consultan en estas unidades de salud y que están sexualmente activos o lo han estado.

1. Tienes pareja o relación sexualmente activa en este momento

(1) Si (2) No

2. La consideras estable (1) Si (2) No

3. El grado de confianza con tu pareja es:

Total Mucho Regular Poco Nulo

INDICACIONES: MARQUE CON UNA "X" SOLO UN RECUADRO POR CADA PREGUNTA

4. La primera vez que una chica hace el acto sexual con penetración no puede quedar embarazada porque es virgen

(1) Totalmente de Acuerdo	(2) Bastante de acuerdo	(3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	(4) Bastante en desacuerdo	(5) Totalmente en desacuerdo

5. Si una chica hace el acto sexual con penetración y no llega al orgasmo no puede quedarse embarazada

(1) Totalmente de Acuerdo	(2) Bastante de acuerdo	(3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	(4) Bastante en desacuerdo	(5) Totalmente en desacuerdo

6. El preservativo es muy inseguro porque se rompe con facilidad y produce alergias.

(1) Totalmente de Acuerdo	(2) Bastante de acuerdo	(3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	(4) Bastante en desacuerdo	(5) Totalmente en desacuerdo

7. El coito interrumpido es un método muy eficaz para evitar el embarazo

(1) Totalmente de Acuerdo	(2) Bastante de acuerdo	(3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	(4) Bastante en desacuerdo	(5) Totalmente en desacuerdo

8. El preservativo es seguro si se coloca inmediatamente antes de eyacular

(1) Totalmente de Acuerdo	(2) Bastante de acuerdo	(3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	(4) Bastante en desacuerdo	(5) Totalmente en desacuerdo

9. Haciendo el amor en algunas posturas se evita la posibilidad de embarazo

(1) Totalmente de Acuerdo	(2) Bastante de acuerdo	(3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	(4) Bastante en desacuerdo	(5) Totalmente en desacuerdo

10. Las pastillas anticonceptivas solo deben tomarse el día que se tienen relaciones sexuales con penetración

(1) Totalmente de Acuerdo	(2) Bastante de acuerdo	(3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	(4) Bastante en desacuerdo	(5) Totalmente en desacuerdo

11. Las pastillas anticonceptivas no es necesario que se tomen todos los días para que funcionen.

(1) Totalmente de Acuerdo	(2) Bastante de acuerdo	(3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	(4) Bastante en desacuerdo	(5) Totalmente en desacuerdo

12. El método natural consiste en tener relaciones solo cuando la mujer tiene la regla.

(1) Totalmente de Acuerdo	(2) Bastante de acuerdo	(3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	(4) Bastante en desacuerdo	(5) Totalmente en desacuerdo

13. Los métodos de planificación familiar como las inyecciones producen enfermedades

(1) Totalmente de Acuerdo	(2) Bastante de acuerdo	(3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	(4) Bastante en desacuerdo	(5) Totalmente en desacuerdo

14. Utilizar preservativos no permite tener relaciones sexuales más seguras y placenteras

(1) Totalmente de Acuerdo	(2) Bastante de acuerdo	(3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	(4) Bastante en desacuerdo	(5) Totalmente en desacuerdo

15. Usar preservativos es un problema porque se siente menos

(1) Totalmente de Acuerdo	(2) Bastante de acuerdo	(3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	(4) Bastante en desacuerdo	(5) Totalmente en desacuerdo

16. El mismo preservativo puede ser utilizado en 2 ocasiones.

(1) Totalmente de Acuerdo	(2) Bastante de acuerdo	(3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	(4) Bastante en desacuerdo	(5) Totalmente en desacuerdo

17. Los métodos inyectables solo pueden ser utilizados después de los 20 años de edad.

(1) Totalmente de Acuerdo	(2) Bastante de acuerdo	(3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	(4) Bastante en desacuerdo	(5) Totalmente en desacuerdo

18. Los Métodos de planificación familiar podrían ocasionar esterilidad.

(1) Totalmente de Acuerdo	(2) Bastante de acuerdo	(3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	(4) Bastante en desacuerdo	(5) Totalmente en desacuerdo

19. El uso de los métodos de planificación familiar solo es necesario si se tienen relaciones sexuales con penetración a menudo.

(1) Totalmente de Acuerdo	(2) Bastante de acuerdo	(3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	(4) Bastante en desacuerdo	(5) Totalmente en desacuerdo

20. En las relaciones sexuales con penetración ocasionales no es necesario usar preservativos.

(1) Totalmente de Acuerdo	(2) Bastante de acuerdo	(3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	(4) Bastante en desacuerdo	(5) Totalmente en desacuerdo

21. El método natural es el más seguro de todos si se utiliza adecuadamente.

(1) Totalmente de Acuerdo	(2) Bastante de acuerdo	(3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	(4) Bastante en desacuerdo	(5) Totalmente en desacuerdo

22. Los métodos inyectables son seguros después de aplicarlos en cualquier día del mes y sin necesidad de cumplir con la fecha indicada para la próxima dosis.

(1) Totalmente de Acuerdo	(2) Bastante de acuerdo	(3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	(4) Bastante en desacuerdo	(5) Totalmente en desacuerdo

23. El DIU o aparatito es abortivo

(1) Totalmente de Acuerdo	(2) Bastante de acuerdo	(3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	(4) Bastante en desacuerdo	(5) Totalmente en desacuerdo

24. El DIU es malo porque produce cáncer

(1) Totalmente de Acuerdo	(2) Bastante de acuerdo	(3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo	(4) Bastante en desacuerdo	(5) Totalmente en desacuerdo

Muchas Gracias por su colaboración.....

ANEXO 3. Tablas de distribución de resultados en frecuencia absoluta y relativa.

Tabla 1. Distribución de adolescentes encuestados según rango de edad y localidad. Municipio de Tamanique y La Canoa, 2008. N= 143.

EDAD- SEXO	LA CANOA	TAMANIQUE	TOTAL
13 A 16	36(25.17%)	31(21.68%)	67(46.85%)
FEMENINO	22(15.38%)	22(15.38%)	44(30.77%)
MASCULINO	14(9.79%)	9(6.29%)	23(16.08%)
17 A 19	35(24.48%)	41(28.67%)	76(53.15%)
FEMENINO	22(15.38%)	29(20.28%)	51(35.66%)
MASCULINO	13(9.09%)	12(8.39%)	25(17.48%)
Total general	71(49.65%)	72(50.35%)	143(100.%)

Tabla 2. Distribución de adolescentes según procedencia y género. Municipio de Tamanique y La Canoa, 2008. N=143.

PROCEDENCIA	LA CANOA	TAMANIQUE	TOTAL
FEMENINO	44(30.77%)	51(35.66%)	95(66.43%)
RURAL	44(30.77%)	0 (0%)	44(30.77%)
URBANO	0 (0%)	51(35.66%)	51(35.66%)
MASCULINO	27(18.88%)	21(14.69%)	48(33.57%)
RURAL	27(18.88%)	0 (0%)	27(18.88%)
URBANO	0 (0%)	21(14.69%)	21(14.69%)
Total general	71(49.65%)	72(50.35%)	143(100%)

Tabla 3. Distribución de la población según nivel de conocimiento. Municipio de Tamanique y La Canoa, 2008. N=143.

LOCALIDAD	NIVEL ALTO	NIVEL BAJO	TOTAL
LA CANOA	18(12.59%)	53(37.06%)	71(49.65%)
FEMENINO	10(6.99%)	34(23.78%)	44(30.77%)
MASCULINO	8(5.59%)	19(13.29%)	27(18.88%)
TAMANIQUE	20(13.99%)	52(36.36%)	72(50.35%)
FEMENINO	15(10.49%)	36(27.17%)	51(35.66%)
MASCULINO	5(3.5%)	16(11.19%)	21(14.69%)
Grand Total	38(26.57%)	105(73.43%)	143(100%)

Tabla 4. Distribución de adolescentes según estado civil y género. Municipio de Tamanique y La Canoa, 2008. N=143.

ESTADO CIVIL/ RANGO EDAD	13 A 16	17 A 19	TOTAL
ACOMPAÑADO	3 (2.10%)	10(6.99%)	13(9.09%)
FEMENINO	3(2.10%)	8(5.59%)	11(7.69%)
MASCULINO	0(0%)	2(1.40%)	2(1.4%)
CASADO	0(0%)	8(5.59%)	8(5.59%)
FEMENINO	0(0%)	3(2.10%)	3(2.10%)
MASCULINO	0(0%)	5(3.5%)	5(2.5%)
SOLTERO	64(44.76%)	58(48.56%)	122(83.31%)
FEMENINO	41(28.67%)	40(27.97%)	81(56.64%)
MASCULINO	23(16.08%)	18(12.59%)	41(28.67%)
Grand Total	67(46.85%)	76(53.15%)	143(100%)

Tabla 5. Distribución de la población según ocupación y género y nivel de conocimiento. Municipio de Tamanique y La Canoa, 2008. N=143.

OCUPACION	ALTO	BAJO	TOTAL
AMBOS	4(2.8%)	9(6.29%)	13(9.09%)
FEMENINO	1(0.7%)	4(2.8%)	5(3.5%)
MASCULINO	3(2.1%)	5(3.5%)	8(5.59%)
DOMESTICOS	6(4.2%)	3(2.10%)	9(6.29%)
FEMENINO	6(4.2%)	3(2.1%)	9(6.29%)
ESTUDIANTE	22(15.38%)	75(52.45%)	97(67.83%)
FEMENINO	16(11.19%)	58(40.56%)	74(51.75%)
MASCULINO	6(4.2%)	17(11.89%)	23(16.08%)
NINGUNO	2(1.4%)	6(4.2%)	8(5.59%)
FEMENINO	1(0.7%)	4(2.8%)	5(3.5%)
MASCULINO	1(0.7%)	2(1.4%)	3(2.1%)
TRABAJA	4(2.8%)	12(8.39%)	16(11.39%)
FEMENINO	1(0.7%)	1(0.7%)	2(1.4%)
MASCULINO	3(2.1%)	11(7.69%)	14(9.79%)
Grand Total	38(26.57%)	105(73.43%)	143(100%)

Tabla 6. Distribución de adolescentes según actividad sexual y género. Municipio de Tamanique y La Canoa, 2008. N=143.

PROCEDENCIA	SIN ACTIVIDAD SEXUAL	CON ACTIVIDAD SEXUAL	TOTAL
LA CANOA	58(40.56%)	13(9.09%)	71(49.65%)
FEMENINO	37(25.87%)	7(4.9%)	44(30.77%)
MASCULINO	21(14.69%)	6(4.2%)	27(18.88%)
TAMANIQUE	53(37.06%)	19(13.29%)	72(50.35%)
FEMENINO	42(29.37%)	9(6.29%)	51(35.66%)
MASCULINO	11(7.69%)	10(6.99%)	21(14.69%)
Total general	111(77.62%)	32(22.38%)	143(100%)

Tabla 9. Distribución de la población sexualmente activa según nivel de conocimiento. Municipio de Tamanique y La Canoa, 2008. N=143

LOCALIDAD	NIVEL ALTO	NIVEL BAJO	TOTAL
LA CANOA	18(12.59%)	53(37.06%)	71(49.65%)
FEMENINO	10(6.99%)	34(23.78%)	44(30.77%)
MASCULINO	8(5.59%)	19(13.29%)	27(18.88%)
TAMANIQUE	20(13.99%)	52(36.36%)	72(50.35%)
FEMENINO	15(10.49%)	36(27.17%)	51(35.66%)
MASCULINO	5(3.5%)	16(11.19%)	21(14.69%)
Grand Total	38(26.57%)	105(73.43%)	143(100%)

Tabla 10. Distribución de adolescentes sexualmente activos que siempre utilizan algún MPF en las relaciones sexuales y nivel de conocimiento. Municipio de Tamanique y La Canoa, 2008. N=31

SIEMPRE UTILIZA	NIVEL ALTO	NIVEL BAJO	TOTAL
NO	9(29.03%)	6(19.35%)	15(48.39)
FEMENINO	6(19.35%)	3(9.68%)	9(29.03%)
MASCULINO	3(9.68%)	3(9.68%)	6(19.35%)
SI	13(41.94%)	3(9.68%)	16(51.61%)
FEMENINO	6(19.35%)	1(3.23%)	7(22.58%)
MASCULINO	7(22.58%)	2(6.45%)	9(29.03%)
Grand Total	22(70.97%)	9(29.03%)	31(100%)

Tabla 11. Población adolescente que tiene intención de uso de algún método de planificación familiar en las relaciones sexuales. Municipio de Tamanique y La Canoa, 2008. N=143

INTENCION	NIVEL ALTO	NVEL BAJO	TOTAL
NO	4(2.8%)	29(20.28%)	33(23.08%)
FEMENINO	3(2.1%)	19(13.29%)	22(15.38%)
MASCULINO	1(0.7%)	10(6.99%)	11(7.69%)
NS/NR	0 (0%)	9(6.29%)	9(6.29%)
FEMENINO	0 (0%)	6(4.2%)	6(4.2%)
MASCULINO	0 (0%)	3(2.1%)	3(2.1%)
SI	34(23.78%)	67(46.85%)	101(70.63%)
FEMENINO	22(23.78%)	45(31.47%)	67(46.85%)
MASCULINO	12(8.39%)	22(15.38%)	34(23.78%)

Total general	38(26.57%)	105(73.43%)	143(100%)
----------------------	-------------------	--------------------	------------------

Tabla 12. Distribución de población encuestada según la razón de intención de uso de algún MPF por género y nivel. Municipio de Tamanique y La Canoa, 2008.
N=143

RAZON DE USO	NIVEL ALTO	NIVEL BAJO	TOTAL
AMBOS	11(7.69%)	37(25.87%)	48(33.57%)
FEMENINO	6(4.2%)	24(16.78%)	30(20.98%)
MASCULINO	5(3.5%)	13(9.09%)	18(12.59%)
EVITAR EMBARAZOS	19(13.29%)	41(28.67%)	60(41.96%)
FEMENINO	12(8.39%)	27(18.88%)	39(27.27%)
MASCULINO	7(4.9%)	14(9.79%)	21(14.69%)
EVITAR ENFERMEDADES	8(5.59%)	23(16.08%)	31(21.68%)
FEMENINO	7(4.9%)	16(11.19%)	23(16.08%)
MASCULINO	1(0.7%)	7(4.9%)	8(5.59%)
NS/NR	0 (0%)	4(2.8%)	4(2.8%)
FEMENINO	0 (0%)	3(2.1%)	3(2.1%)
MASCULINO	0 (0%)	1(0.7%)	1(0.7%)
Total general	38(26.57%)	105(73.43%)	143(100%)

Fuente: Instrumentos de recolección de datos (encuesta 1y 2)

Tabla 13. Respuesta de los encuestados a la definición de MPF y nivel de conocimiento según sexo. Municipio de Tamanique y La Canoa, 2008. N=143

DEFINICION-SEXO	NIVEL ALTO	NIVEL BAJO	TOTAL
FEMENINO	25(17.48%)	70(48.95%)	95(66.43%)
AMBOS	6(4.2%)	16(11.19%)	22(15.38%)
EVITAN EMBARAZOS	15(10.49%)	29(20.28%)	44(30.77%)
EVITAN ENFERMEDADES	1(0.7%)	15(10.49%)	16(11.19%)
NS/NR	3(2.1%)	10(6.99%)	13(9.09%)
MASCULINO	13(9.09%)	35(24.48%)	48(33.57%)
AMBOS	5(3.5%)	7(4.9%)	12(8.39%)
EVITAN EMBARAZOS	5(3.5%)	18(12.59%)	23(16.08%)
EVITAN ENFERMEDADES	2(1.4%)	4(2.8%)	6(4.2%)
NS/NR	1(0.7%)	6(4.2%)	7(4.9%)
Grand Total	38(26.57%)	105(73.43%)	143(100%)

Tabla 14. Respuesta de los encuestados a la razón de porque no utilizarían MPF en las relaciones sexuales. Municipio de Tamanique y La Canoa, 2008. N=143

RAZON DE NO USO	NIVEL ALTO	NIVEL BAJO	TOTAL
FEMENINO	25(17.48%)	70(48.95%)	95(66.43%)
NS/NR	0(0%)	3(2.1%)	3(2.1%)
PROVOCA ENFERMEDAD	19(13.29%)	60(41.96%)	79(55.24%)
SON INSEGUROS	6(4.2%)	7(4.9%)	13(9.09%)
MASCULINO	13(9.09%)	35(24.48%)	48(33.57%)
NS/NR	0(0%)	1(0.7%)	1(0.7%)

PROVOCA ENFERMEDAD	7(4.9%)	30(20.98%)	37(25.87%)
SON INSEGUROS	6(4.2%)	4(2.8%)	10(6.99%)
Grand Total	38(26.57%)	105(73.43%)	143(100%)

Tabla 15. Distribución de Nivel de conocimiento de MPF según fuente de información. Municipio de Tamanique y La Canoa, 2008. N=143




FUENTE	NIVEL ALTO	NIVEL BAJO	TOTAL
AMIGOS	7(4.9%)	15(10.49%)	22(15.38%)
MAESTROS	10(6.99%)	29(20.28%)	39(27.27%)
MSESTROS		1(0.7%)	1(0.7%)
NS/NR	1(0.7%)	4(2.8%)	5(3.5%)
PADRES	5(3.5%)	7(4.9%)	12(8.39%)
PROMOTOR	10(6.99%)	33(23.08%)	43(30.07%)
UNIDAD DE SALUD	5(3.5%)	16(11.19%)	21(14.69%)
Grand Total	38(26.57%)	105(73.43%)	143(100%)


Tabla 16. Distribución de la fuente de información según localidad. Municipio de Tamanique y La Canoa, 2008. N=143

FUENTE	LA CANOA	TAMANIQUE	TOTAL
AMIGOS	8(5.59%)	14(9.79%)	22(15.38%)
MAESTROS	21(14.69%)	19(13.29%)	40(27.97%)
NS/NR	2(1.4%)	3(4.9%)	5(3.5%)
PADRES	5(3.5%)	7(4.9%)	12(8.39%)
PROMOTOR	31(21.68%)	12(8.39%)	43(30.07%)
UNIDAD DE SALUD	4(2.8%)	17(11.89%)	21(14.69%)
Grand Total	71(49.65%)	72(50.35%)	143(100%)

ANEXO 4

ESTADIOS DE TANNER (9)

<p>ESTADIO 1 (M1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mamas infantiles. 	
<p>ESTADIO 2 (M2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brote mamario. • Areólas y pezones sobresale como un cono. • Edad: 11 (8,9 - 13,2). 	
<p>ESTADIO 3 (M3)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elevación de mama y areola un mismo plano. 	
<p>ESTADIO 4 (M4)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Areola y pezón forman una segunda elevación. (Este esta puede ser normal en la mujer adulta) • Edad: 13,3 (10,8 - 15,3). 	
<p>ESTADIO 5 (M5)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo mamario total. • Edad: 15,3 (11,8 - 18,8). 	
<p>ESTADIO 1 (P1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vello infantil. 	
<p>ESTADIO 2 (P2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vello escaso en los labios. • Edad: 11,6 (9,5 - 13,7). 	
<p>ESTADIO 3 (P3)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vello púbico rizado y oscu • Edad: 12,3 (10,1 - 14,5). 	

<p>ESTADIO 5 (P5)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vello adulto, extensión a la línea interna de muslos. • Edad: 14,4 (12,1 - 16,6). 	
---	--

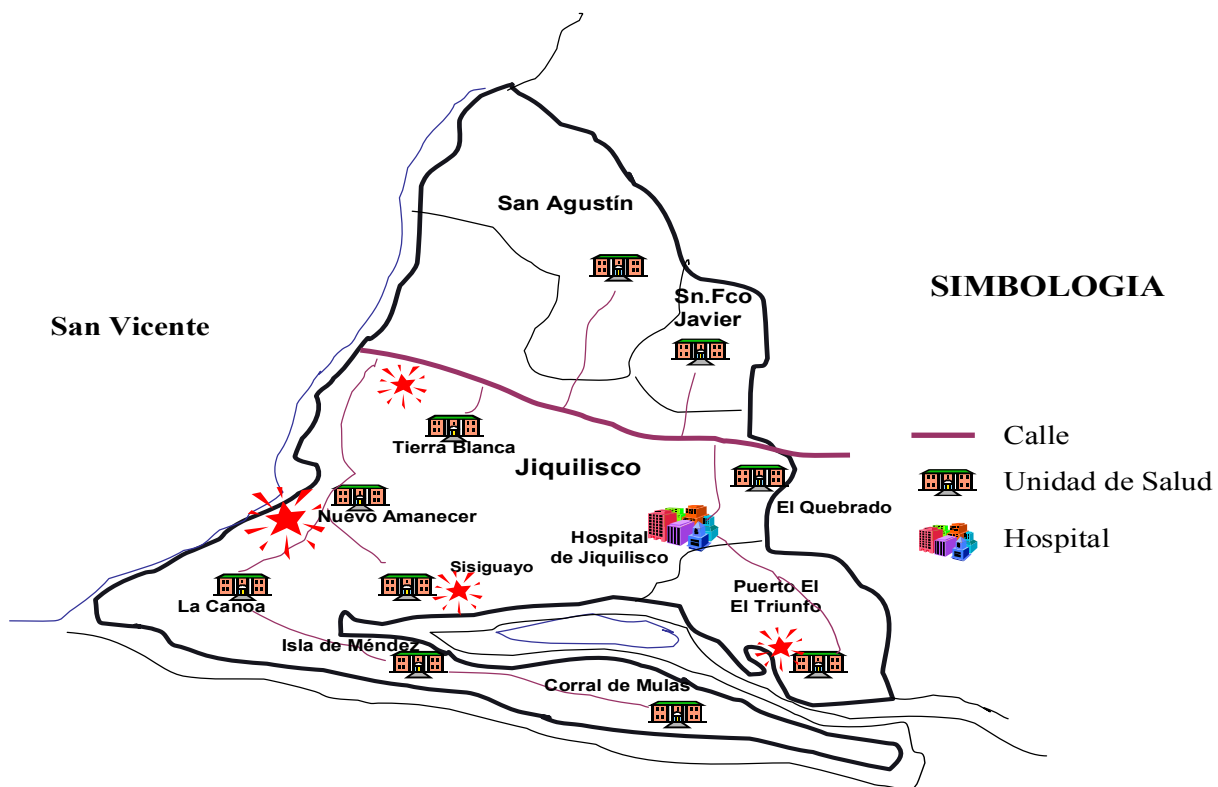
ANEXO 5

ESTADIOS DE TANNER EN EL HOMBRE (9)

<p>ESTADIO G1 (G1-P1)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vello y genitales infantiles. 	
<p>ESTADIO G2 (G2-P2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento de los testículos. • Vello escaso en la base del pene. • Edad G: 11,6 (9,5 - 13,7). • Edad P: 13,4 (11,3 - 15,6). 	
<p>ESTADIO G3 (G3-P3)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Agrandamiento del pene. • Escroto rugoso y pigmentado. • Edad G: 12,6 (10,7 - 14,9). • Edad P: 13,9 (11,8 - 15,9). 	
<p>ESTADIO G4 (G4-P4)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento de los testículos y glande. • Pigmentación escrotal. • Vello de tipo adulto. • Edad G: 13,7 (11,7 - 15,8). • Edad P: 14,3 (12,2 - 16,5). 	
<p>ESTADIO G5 (G5-P5)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Genitales de tipo adulto. • Vello adulto, extensión a muslos y línea alba. • Vello de tipo adulto. • Edad G: 14,9 (12,7 - 17,1). • Edad P: 15,1 (13,0 - 17,3). 	

ANEXO 6

Ubicación geográfica de la Unidad de Salud de La Cañoa



ANEXO 6

Ubicación geográfica de la Unidad de Salud de La Canoa e Instituto Nueva Esperanza

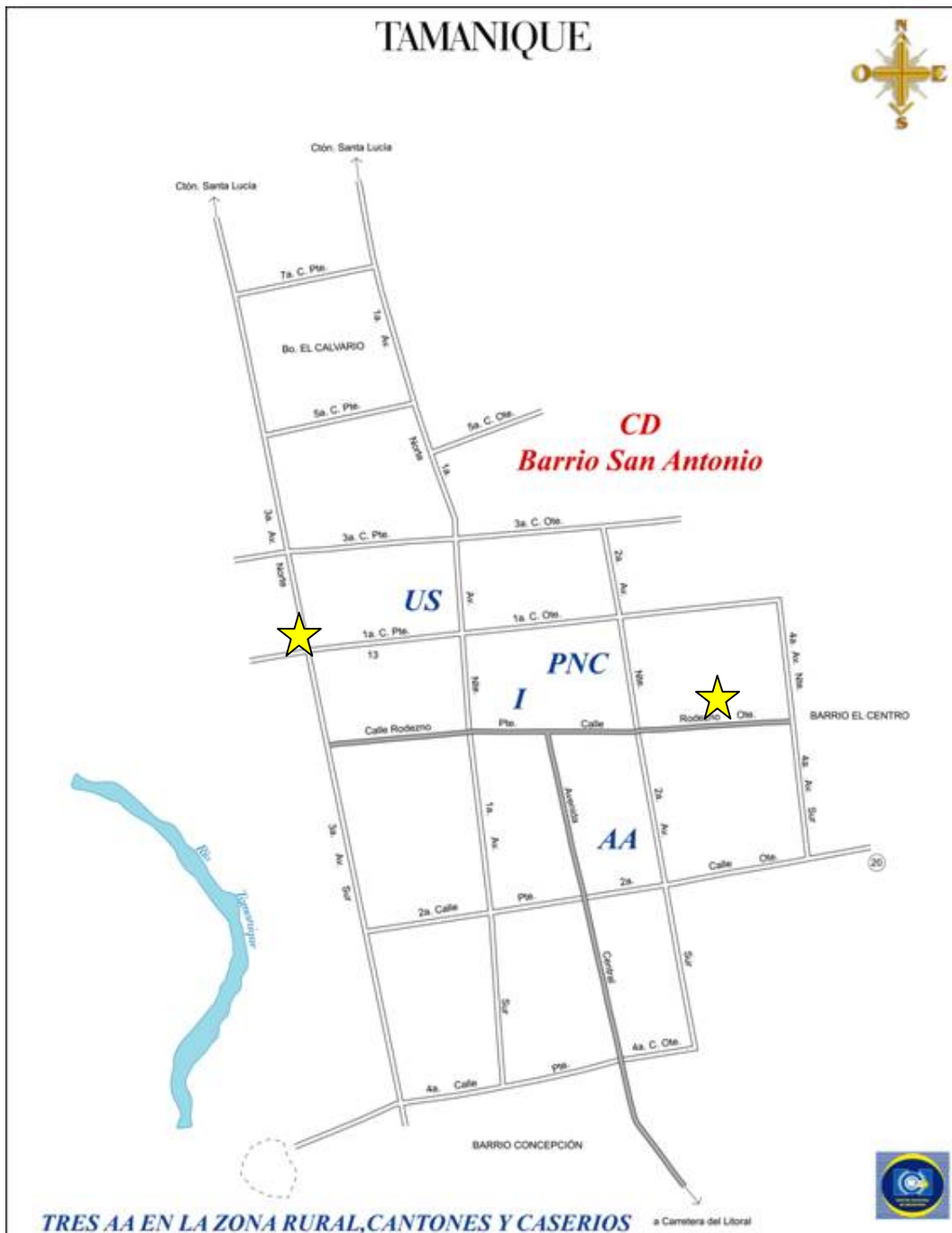


● Unidad de Salud La Canoa

● Instituto Nacional Nueva Esperanza, con nivel de estudios hasta bachillerato.

ANEXO 7

Ubicación geográfica de la Unidad de Salud de Tamanique





★ Centros escolares con nivel de estudios hasta bachillerato

ANEXO 8. UBICACIÓN GEOGRÁFICA CENTROS ESCOLARES EN ESTUDIO DE TAMANIQUE




DIVISIÓN POLÍTICO ADMINISTRATIVA
Y UBICACIÓN DEL DEPARTAMENTO
DE LA LIBERTAD



 CABECERA DEPARTAMENTAL
 MUNICIPIO



 Centros escolares con novel de estudios hasta bachillerato

GLOSARIO

Aborto

Un aborto puede ocurrir ya sea de forma espontánea, en cuyo caso es llamado aborto espontáneo o natural; o bien, puede ser provocado por intervención deliberada, en cuyo caso es llamado aborto inducido. El estado en el cual se considera que el feto es viable varía según diferentes legislaciones y recomendaciones.

Abstinencia

La abstinencia es una decisión consciente para evitar ciertas actividades o conductas. Diferentes personas tienen diferentes definiciones de abstinencia sexual. Para algunas, puede significar falta total de contacto sexual. Para otras, puede significar evitar la penetración (oral, anal, vaginal) o solamente conductas de 'bajo riesgo'.

Adolescencia

La Organización Mundial de la Salud usa el rango de 10-19 años de edad para definir la adolescencia.

Consentimiento informado (elección informada)

Es la decisión voluntaria del aceptante, para que se le realice un procedimiento anticonceptivo; con pleno conocimiento y comprensión de la información pertinente y sin presiones.

Consejería

Proceso educativo que ayuda a garantizar que las personas tomen decisiones libres e informadas acerca de su vida reproductiva.

Decisión informada

La decisión voluntaria de una o un cliente de usar, o no usar, un método anticonceptivo (o aceptar un servicio de salud sexual y reproductiva) después de haber recibido información adecuada respecto a las opciones, riesgos, ventajas y desventajas de todos los métodos disponibles. El ejercicio tanto del derecho al acceso a la planificación familiar como el derecho de tomar decisiones responsables e informadas sobre si tener hijos o no, requiere un pleno conocimiento de los beneficios, propósitos y prácticas de la planificación familiar, el acceso a servicios y conocimiento de las consecuencias personales, familiares y sociales del comportamiento reproductivo individual.

Edad fértil

También conocida como edad reproductiva. Rango de edades en el que las personas son capaces de convertirse en padres. El término puede aplicarse a hombres y mujeres, pero con mayor frecuencia se refiere a las mujeres. La frase 'parejas en edad reproductiva' casi siempre significa parejas en las cuales la mujer está en edad de tener hijos. El período de edad de 15-49 años es aplicado con mayor frecuencia; pero, ocasionalmente se usa el período 15-44, incluso en los Estados Unidos.

Edad reproductiva

También conocida como edad fértil. Rango de edades en el que las personas son capaces de convertirse en padres. El término puede aplicarse a hombres y mujeres, pero con mayor frecuencia se refiere a las mujeres.

Efectividad anticonceptiva

Es la capacidad de un método anticonceptivo para evitar el embarazo durante un año de uso.

Eyacuación

Es la expulsión de semen a través del pene acompañada de sensaciones placenteras.

Lactancia materna exclusiva

Alimentación del recién nacido con leche materna, sin adición de otros líquidos o alimentos, evitando el uso de chupones y biberones.

Nulíparas

Mujeres que aún no han parido o dado a luz un producto de la concepción.

Planificación Familiar

El esfuerzo consciente de las parejas y personas para planificar y poder tener el número deseado de hijos, así como para regular el espaciamiento y el momento de su nacimiento. La planificación familiar se logra mediante la anticoncepción y a través del tratamiento de la infertilidad involuntaria.

Regulación de la fecundidad

El proceso mediante el cual las personas y parejas regulan su fecundidad. Entre otros, los métodos incluyen la postergación de la maternidad, uso de anticonceptivos, obtención de tratamiento para infertilidad, interrupción de embarazos no deseados y otros.

Relación sexual

Conductas sexuales con, incluidos el sexo oral, el sexo anal y el sexo penevaginal.

Riesgo reproductivo

Probabilidad que tiene, tanto la mujer en edad fértil, como su producto potencial de experimentar enfermedad, lesión o muerte en caso de presentarse un embarazo.

Salud Reproductiva (SR)

Estado general de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos; la capacidad de procrear; y la libertad para decidir si hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de tener acceso a métodos seguros, efectivos, asequibles y aceptables de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad.

Usuario

Persona que solicita o utiliza algún método anticonceptivo temporal o le han practicado alguno de los métodos anticonceptivos permanentes.

SIGLAS

ACI: anticonceptivos combinados inyectables

ACO: anticonceptivos combinados orales

DIU: dispositivo intrauterino

EPI: enfermedad pélvica inflamatoria

ITS: infecciones de transmisión sexual

MPF: método de planificación familiar

OMS: organización mundial de la salud

PAE: píldora anticonceptiva de emergencia

SIDA: síndrome de inmunodeficiencia adquirida

VIH: virus de inmunodeficiencia humana

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES (MESES)	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE

RECURSOS MATERIALES			
INSUMOS	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
1- Transporte	20	\$ 10	\$ 100
2- Papelería	2 resmas	\$ 5	\$ 10
3- Tinta para impresión	2	\$ 20	\$ 40
4- Uso de teléfono			\$ 50
5- Uso de Internet	15 Hrs.	\$ 1	\$ 25
6- Fotocopias	50	\$ 0 .03	\$ 1.5
7- Alimentación	20	\$ 2	\$ 40
8- Uso de impresora			\$ 50
TOTAL			\$ 316.5

PRESUPUESTO