

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



TEMA:

**“FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CONOCIMIENTO Y USO DE
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES CON VIDA SEXUAL
ACTIVA EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR
INTERMEDIA DE ATQUIZAYA, UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD
FAMILIAR INTERMEDIA CASA DEL NIÑO DE SANTA ANA, DE
SEPTIEMBRE 2016 A FEBRERO 2017”**

**PARA OPTAR AL TITULO DE
DOCTORADO EN MEDICINA**

PRESENTADO POR:

**CARÍAS TOLEDO, CYBEL ANGÉLICA
ESCOBAR CASTRO, STEPHANIE JAZMÍN**

DOCENTE DIRECTOR

DR. Y MSC. JOSÉ MANUEL ESCOBAR CASTANEDA

JULIO, 2017.

SANTA ANA EL SALVADOR CENTRO AMÉRICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
AUTORIDADES CENTRALES

MSC. ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO.
RECTOR.

DR. MANUEL DE JESÚS JOYA ABREGO.
VICE-RECTOR ACADÉMICO.

ING. NELSON BERNABÉ GRANADOS ALVARADO.
VICE-RECTOR ADMINISTRATIVO.

LIC. CRISTÓBAL HERNÁN RÍOS BENÍTEZ.
SECRETARIO GENERAL.

MDH. CLAUDIA MARÍA MELGAR DE ZAMBRANA.
DEFENSORA DE LOS DERECHOS UNIVERSITARIOS.

LICDA. DINA ALHELY CASTELLÓN CRUZ.
FISCAL GENERAL INTERINA.

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
AUTORIDADES.

DR. RAÚL ERNESTO AZCUNAGA LÓPEZ.

DECANO.

ING. ROBERTO CARLOS SIGÜENZA CAMPOS.

VICE- DECANO.

MSC. DAVID ALFONSO MATA ALDANA.

SECRETARIO.

DR. NELSON EMILIO MONTES REYES.

JEFE INTERINO DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA.

AGRADECIMIENTOS.

Le agradezco a Dios Todopoderoso por haberme guiado para que retomara de nuevo mis estudios, pudiendo así culminar esta carrera, además por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad.

Sirvan estas líneas para expresar sinceros agradecimientos a todas aquellas personas que con su ayuda han colaborado en la realización del presente trabajo, al asesor de esta investigación Doctor José Manuel Escobar, por la orientación, el seguimiento y supervisión adecuada, además agradecer a la Licenciada Sara Vilma Rodríguez de Chicas docente del Departamento de Matemáticas por su colaboración desinteresada en esta investigación.

A todos aquellos docentes que han colaborado en mi formación, por el esfuerzo que realizaron cada día para que recibiera los conocimientos necesarios para formarme como un profesional ejemplar y que me pueda desempeñar con éxito.

“A MI FAMILIA”

Infinitamente agradecida, por su comprensión para mi persona en aquellos eventos importantes donde no pude acompañarlos y fue evidente mi ausencia, especialmente a mi padre Jesús Arnoldo Carías Flores, quien a pesar que ya no está presente en esta tierra, pero sé que aun guía mis pasos, ha sido quien me incentivo a continuar mis estudios siendo un pilar fundamental y ejemplo a seguir, a mi madre Ana Aída y mis hermanos Flor de María y Jesús Arnoldo que siempre estuvieron dando ánimos en todo momento.

A mi esposo Rommel Eduardo Cortés González, por el amor y apoyo incondicional, por las palabras de aliento ante la adversidad, al mejor equipo de trabajo; esos que no daban la cara pero estaban allí cada día; mis hijos Cybel Aída, Ariel Arnoldo y Rommel Eduardo quienes me consentían y daban amor en los momentos de agotamiento, así como me colaboraban en tantas situaciones.

Agradezco a mis amigos aquellos que me alentaban, contribuyendo de forma positiva.

Todo este apoyo ha permitido que culmine mi carrera cumpliendo todas las metas y sueños propuestos.

Gracias.

Cybel Carías de Cortés.

AGRADECIMIENTOS.

Doy gracias a Dios; por haberme acompañado y guiado a lo largo de toda la carrera, por ser fortaleza en los momentos de debilidad por permitirme llegar hasta esta etapa tan importante de mi vida y brindarme la oportunidad de lograr otra meta más en mi formación profesional.

A mis abuelas, María Cristina Enríquez Viuda de Quan (QEPD) quien sembró el deseo de iniciar esta aventura y entregar mi vida al servicio de los demás, y en especial a Vilma Haydee Ruiz quien ha velado por mi bienestar, mediante sus cuidados, sus consejos y apoyo incondicional, con el objetivo de verme realizado como profesional.

A mis padres, Oscar Walter Escobar Ruiz, Yasmin Ismenia Castro de Escobar quienes ha sido el pilar más importante en mi vida, me ha brindado su comprensión y apoyo incondicional, pues han respaldado todas mis decisiones sin cuestionarlas ya que soy un reflejo de lo que ha sabido inculcarme a través de sus enseñanzas; perseverancia, constancia y responsabilidad.

A mis hermanas, Adriana Haydee Escobar Castro, Samanta Aracely Escobar Castro que en todo momento creyeron en mí, que me incentivaron a seguir adelante cuando sentía que las fuerzas se acababan o cuando la dificultad se presentaba, por haberme brindado su apoyo material, moral y espiritual en todo momento.

A mis tíos, Margarita Castro, Raúl Castro por estar siempre a mi lado por su apoyo incondicional y su ayuda por velar por mi bienestar y por darme la oportunidad de lograr otra meta más en mi formación profesional.

A mis amigos, que con el paso de la carrera fueron añadiéndose a mi vida, compañeros de batalla en las diferentes etapas de la carrera apoyo incondicional y reciproco.

A los docentes, Por Esforzarse cada día y darnos los conocimientos necesarios para formar profesionales ejemplares y que puedan desempeñarse con éxito y por ofrecernos su ayuda en todo momento.

A mi asesor de tesis, Dr. José Manuel Escobar, por su colaboración valiosa en nuestro trabajo de grado.

Licenciada Sara Vilma Rodríguez de Chicas docente del Departamento de Matemáticas por su colaboración en esta investigación.

Stephanie Jazmín Escobar Castro.

INDICE.

CAPITULO I.....	16
1.1 INTRODUCCIÓN.....	17
1.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	18
1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	22
1.3.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	23
1.3.2 DELIMITACIÓN ESPACIAL.....	24
1.3.3 DELIMITACIÓN TEMPORAL.....	24
1.4 JUSTIFICACIÓN.....	25
1.5 OBJETIVOS.....	27
1.5.1 OBJETIVO GENERAL.....	27
1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
1.6 RESULTADOS ESPERADOS.....	28
CAPITULO II.....	29
2.0 MARCO TEÓRICO.....	30
2.1. ADOLESCENCIA.....	31
2.1.1 ADOLESCENCIA TEMPRANA.....	33
2.1.2 ADOLESCENCIA MEDIANA.....	35
2.1.3 ADOLESCENCIA TARDÍA.....	37
2.2 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.....	38

INDICE.

2.3 FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL INICIO DE	
ACTIVIDAD SEXUAL EN ADOLESCENTES.....	40
2.3.1 FACTORES INDIVIDUALES.....	40
2.3.2 BIOLÓGICOS.....	41
2.3.3 PSICOCONDUCTUAL.....	41
2.3.4 CONDUCTA SEXUAL.....	42
2.3.5 DISFUNCIÓN FAMILIAR.....	43
2.3.6 PSICOLÓGICOS Y CULTURALES.....	44
2.3.7FACTORES SOCIALES.....	44
2.4 PLANIFICACION FAMILIAR.....	45
2.4.1 PLANIFICACION FAMILIAR.....	45
2.4.2 BENEFICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR.....	46
2.5 ANTICONCEPCIÓN.....	48
2.5.1 CLASIFICACIÓN.....	48
2.5.2 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES.....	50
2.5.2.1 MÉTODOS HORMONALES.....	50
2.5.2.2 ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS.....	50

INDICE.

2.5.2.3 ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES COMBINADO.....	54
2.5.2.4 PARCHE COMBINADO.....	56
2.5.2.5 ANILLO VAGINAL COMBINADO.....	57
2.5.2.6 ANTICONCEPTIVO ORAL DE SOLO PROGESTINA.....	59
2.5.2.7 ANTICONCEPTIVO INYECTABLE DE SOLO PROGESTINA.....	61
2.5.2.8 ANTICONCEPTIVO SUBDERMICO DE SOLO PROGESTINA.....	63
2.5.2.9 DISPOSITIVO INTRAUTERINO.....	66
2.5.2.9.1 DISPOSITIVO DE COBRE T 380.....	66
2.5.2.9.2 DISPOSITIVO CON DESCARGA DE PROGESTERONA.....	67
2.5.2.10 MÉTODOS DE BARRERA.....	68
2.5.2.11 MÉTODOS NATURALES.....	71
2.5.2.11.1 MÉTODOS BASADOS EN EL CONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD.....	71

INDICE.

2.5.3 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PERMANENTES.....	79
2.5.3.1 ESTERILIZACIÓN FEMENINA.....	79
2.5.3.2 ESTERILIZACIÓN MASCULINA.....	80
2.5.4 PÍLDORA ANTICONCEPTIVA DE EMERGENCIA.....	81
CAPITULO III.....	84
3.0 HIPÓTESIS Y OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES	85
3.1 HIPÓTESIS.....	85
3.2 VARIABLES.....	85
3.2.1 VARIABLE INDEPENDIENTE.....	84
3.2.2 VARIABLE DEPENDIENTE.....	85
3.2.3 VARIABLES INTERVINIENTES.....	85
3.3 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.....	86
CAPITULO IV.....	91
4.0 DISEÑO METODOLÓGICO.....	92
4.1 TIPO DE ESTUDIO.....	92
4.1.1 TRANSVERSAL.....	92
4.1.2 PROSPECTIVA.....	92

INDICE.

4.2 UNIVERSO Y MUESTRA.....	93
4.2.1 UNIVERSO	93
4.2.2 MUESTRA.....	93
4.3 ÁREA DE ESTUDIO.....	93
4.4 GRUPO SELECCIONADO.....	94
4.4.1 CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	94
4.4.2 CRITERIO DE INCLUSIÓN.....	94
4.4.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	94
4.5 FUENTE DE INFORMACIÓN.....	95
4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	95
4.6.1 MÉTODOS.....	95
4.6.2 TÉCNICAS.....	95
4.6.3 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	95
4.6.4 PROCEDIMIENTO.....	96
4.6.5 CONTROL DE INFORMACIÓN.....	96
4.6.6 VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS.....	95

INDICE.

4.6.7 CONDICIÓN ÉTICA.....	97
CAPITULO V.....	98
5.0 ANÁLISIS DE DATOS.....	99
5.1 OBJETIVO 1: ENUMERAR LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CONOCIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES CON VIDA SEXUAL ACTIVA.....	100
5.2 OBJETIVO 2: DETERMINAR LA EDAD DE INICIO DE ACTIVIDAD SEXUAL EN ADOLESCENTES.....	142
5.3 OBJETIVO 3: CONOCER EL GÉNERO QUE MÁS FRECUENTEMENTE HACE USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.....	163
5.4 OBJETIVO 4: INVESTIGAR EL MÉTODO ANTICONCEPTIVO MÁS UTILIZADO EN ADOLESCENTES CON VIDA SEXUAL ACTIVA.....	165
5.5 TABLAS DE CONTINGENCIA.....	173

INDICE.

CAPITULO VI.....	188
6.0 CONCLUSIONES.....	189
CAPITULO VII.....	192
7.0 RECOMENDACIONES.....	193
CAPITULO VIII	194
8.0 BIBLIOGRAFÍA.....	195
CAPITULO IX	197
9.0 ANEXOS.....	198
9.1 ASENTIMIENTO INFORMADO.....	198
9.2 ENCUESTA.....	200
9.3 PRESUPUESTO DE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN.....	207
9.2 CRONOGRAMA.....	208

CAPITULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

Adolescentes embarazadas refleja inequidad social y de género de un país, así como la falta de garantías y derechos, reproduciendo además el círculo de pobreza.

La mayoría de los embarazos en adolescentes no son planificados, y muchos se originan en situaciones de abuso sexual. El embarazo a veces lleva a las madres adolescentes a una situación de exclusión social con consecuencias para toda su vida.

Las normas, relaciones y roles de género condicionan de manera diferente las oportunidades de mujeres y hombres. En el caso de la mujer la maternidad puede ser el único proyecto de vida. La falta de corresponsabilidad en la maternidad puede des-responsabilizar a los hombres que embarazan niñas y mujeres adolescentes.

En cuanto al inicio de la sexualidad, diferentes normas, prejuicios sociopolíticos y culturales pueden restringir el acceso a la educación en salud sexual y salud reproductiva resultando en un aumento del inicio temprano de las relaciones sexuales entre niñas y adultos, generando obstáculos para acceder a métodos anticonceptivos y/o en relaciones no protegidas para ambos sexos.

El embarazo en la adolescencia se asocia a inequidad socioeconómica porque siempre es más frecuente en los grupos de mayor pobreza y menor educación y porque a su vez disminuye la probabilidad de salir de la pobreza.

Desde esta perspectiva del problema, es que se ha elegido realizar este estudio, ya que consideramos que el adolescente está iniciando su sexualidad a temprana edad pero no conoce o en su defecto no sabe cómo tener acceso a métodos de planificación y los riesgos, así como las responsabilidades que conlleva un embarazo a temprana edad.

1.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.

En América Latina y el Caribe en el 2014, la tasa de mortalidad materna en niñas de 10-14 años es 146.5 por 100, 000 n.v. en comparación con 79.9 por 100, 000 n.v. para el grupo de 15-19 años. Esto hace reconocer que las adolescentes en estado de gestación necesitan mayores cuidados en salud que no siempre obtienen.

Sin obviar que estos países siguen arraigadas costumbres que permiten poner en riesgo la vida como en el año 2010, el 48% de los partos en niñas de 10-15 años en Guatemala ocurrieron en su casa y en un estudio conducido en 2011-2012 en El Salvador, Guatemala y Honduras, el 58% de los casos de suicidio relacionado al embarazo ocurrió en adolescentes entre 15-19 años de edad.

No obstante los avances en el reconocimiento de los derechos en general y de los derechos sexuales y reproductivos, así como el desarrollo de un marco normativo en salud materna, infantil, y de salud reproductiva, se identifican necesidades aún insatisfechas, que requieren asegurar intervenciones en salud, educación y desarrollo, con un abordaje integral, de determinantes sociales, la familia, la comunidad y con participación de las y los adolescentes en el marco del reconocimiento de sus derechos.

La fecundidad general en América Latina y el Caribe ha disminuido; la tasa de fecundidad en adolescentes de 15 a 19 años es más alta que la esperada.

En las dos últimas décadas, la fecundidad adolescente ha disminuido de 86 nacimientos por 1000 mujeres en 1995, a 65 por 1000 en 2014. Sin embargo, la media regional continúa siendo alta en comparación con el promedio de 49 por 1000 para este grupo de edad, y es solamente superada por África.

**FECUNDIDAD EN LA ADOLESCENCIA, POR CADA 1.000 MUJERES DE 15
A 19 AÑOS, 2005/2010. (Tabla I) ¹**

Belice 90	Honduras 108,
Costa Rica 67	Nicaragua 109
Guatemala 92	Panamá 88
El Salvador 65	Rep. Dominicana 98

Exceptuando Costa Rica y El Salvador, todos los países del Sistema de Integración Centroamericana tienen tasas de fecundidad específicas en adolescentes superiores a la media para América Latina y el Caribe (ver tabla I).

Los nacimientos en jóvenes de 15–19 años representan un quinto de todos los nacimientos en Honduras, Guatemala, Panamá y República Dominicana; y aproximadamente un cuarto en El Salvador y Nicaragua.

Así en El Salvador los embarazos en adolescentes está aumentando considerablemente año con año, como se puede comparar; en el año 2015 y de Enero a Septiembre del año 2016; se registran en el Departamento de Ahuachapán en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia (UCSFI) de Atiquizaya y en el Departamento de Santa Ana en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia (UCSFI) Casa del Niño, el siguiente dato de adolescentes embarazadas. (Ver tabla II)

¹ Fuente: UNFPA .Estado de la Población Mundial, 2013.

**EMBARAZOS EN ADOLESCENTES DURANTE EL AÑO 2015 Y DE ENERO
A SEPTIEMBRE 2016. (Tabla II).**

MUNICIPIO	UCSF I ATIQUEZAYA		UCSF I CASA DEL NIÑO	
	AÑO			
	2015	2016*	2015	2016*
EDAD				
10 – 14	7	9	7	3
15 --17	55	74	125	90
18 – 19	44	64	150	125
TOTAL	106	147	282	218

*2016 de enero hasta septiembre

La edad de inicio de las relaciones sexuales se ha adelantado en todos los países de la región. En República Dominicana, el porcentaje de mujeres que tuvo su primera relación sexual antes de los 18 años, pasó de 44% en el año 1996 a 46% en el año 2002 y a 50% para el año 2007. En Panamá, 31.7% de las mujeres y 40.7% de los hombres han tenido su primera relación sexual antes de cumplir los 15 años.

Un estudio realizado en Nicaragua, muestra que el 57.8% de los y las adolescentes rurales ya han iniciado sus relaciones sexuales a los 14 años.

La unión o matrimonio temprano es un factor importante para el embarazo en la adolescencia y para la paridad alta. La proporción de mujeres que establece una unión antes de cumplir los 20 años es de 45% en El Salvador, 50% en Guatemala, 58% en Honduras y 60% en Nicaragua.

En Panamá, la edad media de entrada al matrimonio para mujeres es de 30 años pero en las áreas indígenas es de 17.5 años.

El conocimiento de los y las adolescentes sobre métodos anticonceptivos es alto en la región, en Panamá, 92.5% conocían por lo menos un método anticonceptivo, su uso es todavía bajo. En República Dominicana, solamente 15.2% de las mujeres de 15 a 19 años declararon usar algún método.

La necesidad insatisfecha de planificación familiar alcanza el 28% para este grupo de edad. En Guatemala, menos de una cuarta parte de los y las jóvenes que viven en unión usan un método moderno. En Belice, el uso es muy bajo solamente 12% de las adolescentes mujeres (15-19 años) y 35% de las se encuentran en unión usan anticonceptivos.

1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La adolescencia implica una nueva etapa de vida en la que se producen cambios e interrogantes en la personalidad de cada adolescente es por esta razón que se debe tomar importancia sobre los conocimientos y usos de métodos anticonceptivos.

De acuerdo a la reunión el 9 de Octubre del 2009 con expertos de toda América Latina bajo auspicios del Fondo de Población de la ONU (UNFPA), alertaron sobre el aumento del embarazo en adolescentes, donde la tasa alcanza de 20 al 40%, que se da en menores de 19 años.”²

El Salvador es un país eminentemente joven, ya que alrededor del 61.7% de la población total tiene menos de 30 años, al menos 6 de cada 10 salvadoreños/as son niños/as y adolescentes.

“De acuerdo con los resultados de la Encuesta FESAL(2013), quienes señalan que mas de la mitad de las mujeres (55.7%) y dos de cada tres hombres (66.4%) de entre los 15 y 24 años han tenido al menos una relación sexual. La edad promedio del inicio de las prácticas sexuales en el hombre es menor que el de las mujeres (15 vrs 16.4 años); menos del 10% utilizaron algún método de planificación familiar, durante la relación sexual.”³

Los adolescentes y jóvenes inician su vida sexual con parejas generalmente mayores que ellos, lo cual los expone a mayor riesgo reproductivo y presumiblemente limita su capacidad de autodeterminación para iniciar o no su actividad sexual”. Según la misma fuente la proporción de jóvenes con al menos un embarazo asciende al 6.9%, entre los adolescentes de 15 años, al 40.8%, entre las de 19 años.

2 <http://www.UNFPA.org/spanish/News/fullstorynews.asp?NewsID=1676>

3 Estudios Centroamericanos (ECA) 685-686

Las inquietudes sexuales que presentan los jóvenes, los hacen recurrir a los medios de comunicación como: el Internet, y la televisión, en vista de que la gran mayoría de ellos, tiene pena de hablar con un adulto sobre el sexo, por miedo a ser juzgados y ridiculizados, esto los expone a tener orientación sexual inadecuada.

La sexualidad es una de las grandes preocupaciones de estas transformaciones que presentan los jóvenes en la etapa de la adolescencia.

Es por esta razón que la investigación está orientada a la identificar los factores que influyen en el conocimiento y utilización de métodos anticonceptivos en la población adolescente sexualmente activa; considerando que el país en su mayor parte es habitada por gente joven.

El conocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos permite tomar decisiones oportunas y adecuadas sobre la reproducción, de manera libre, responsable e informada para mantener el un buen nivel de salud.

1.3.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA:

Es por esta razón que se plantea el problema de la siguiente forma:

¿Cuáles son los factores que influyen en el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes con vida sexual activa en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Atiquizaya, Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Casa del Niño de Santa Ana, de septiembre 2016 a febrero 2017?

1.3.2 DELIMITACIÓN ESPACIAL:

La investigación sobre los factores que influyen en el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes con vida sexual activa se realizó con la población que consulta en Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Atiquizaya, Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Casa el Niño, cuyos habitantes pertenecen a los departamentos de Ahuachapán y Santa Ana respectivamente.

1.3.3 DELIMITACIÓN TEMPORAL:

Para efectos de estudio la investigación sobre los factores que influyen en el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes con vida sexual activa en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Atiquizaya, Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Casa del Niño, de Santa Ana, se desarrollara en el periodo comprendido desde Septiembre 2016 a Febrero 2017.

1.4 JUSTIFICACIÓN.

La adolescencia además de ser un periodo de adaptación a los cambios corporales, es una fase decisiva de evolución hacia una mayor independencia psicológica, donde desarrolla individualidad, creatividad, habilidades, se plantea metas y proyectos de vida.

La sexualidad es una de las grandes preocupaciones de estas transformaciones que presentan los jóvenes en dicha etapa e históricamente la tarea de instruir a los adolescentes sobre el sexo ha sido responsabilidad de los padres, pero la comunicación paterno/filial en materia sexual estuvo y puede estar entorpecida por inhibiciones de estos, u otras circunstancias.

En la actualidad las familias salvadoreñas, no atraviesan por un buen momento debido a la búsqueda de mejores oportunidades y condiciones de vida, esto hace que tales situaciones lleve, en ocasiones a que ambos padres tengan que trabajar, uno de los padres emigre a otro país o incluso solo hay un padre responsable del hogar y esto en consecuencia, favorece a que los adolescentes queden sin una disciplina ni un control directo de su progenitor; por lo que está expuesto a involucrarse en aspectos tales como: la moda, la música, la forma de hablar y de comunicarse, los nuevos gestos, además de la creación y disponibilidad de la tecnología generando un cambio agresivo que se vive actualmente.

A pesar de los esfuerzos realizados por el Ministerio de Salud, la problemática sexual no deja de ser un motivo de preocupación, tanto en las instituciones como en las familias salvadoreñas, ya que los/as adolescentes están iniciando su actividad sexual a muy temprana edad.

Es por esta razón que la investigación se centra principalmente en la necesidad de identificar cómo se encuentran los conocimientos en relación a la sexualidad, así como las actitudes que llevan al joven a iniciar una vida sexual activa a temprana edad y si hay practicas o no del uso de métodos anticonceptivos, ya que los comportamientos que adopten en esta

etapa afectan sus condiciones de salud y calidad de vida en el presente y en el futuro, siendo imperiosa la necesidad de que desarrollen habilidades para enfrentar las diferentes situaciones que a diario se les presentan.

Puesto que el inicio de la actividad sexual sin una orientación adecuada y un conocimiento pleno de sus implicaciones, expone a cada adolescente a una serie de riesgos asociados a su función sexual y capacidad reproductiva; genera las inquietudes para la realización de este estudio además permitirá conocer si hay deficiencias educativas en cuanto a la educación sexual y si es necesario cambiar los planes educativos o generar programas específicos en relación a este tema para poder disminuir el inicio de la actividad sexual a temprana edad y así evitar el aumento o lograr disminuir el embarazo en adolescentes.

Reconociendo que el inicio de actividad sexual temprana no solo corresponde a deficiencia en un solo factor es necesario investigar si hay deficiencia en cuanto a la comunicación de los padres hacia los hijos y que además de esto es necesario investigar si el joven es influenciado por grupos sociales que influyen en sus decisiones, esto permitiría poder crear grupos de consejería en la comunidad involucrando autoridades locales.

1.5 OBJETIVOS.

1.5.1 OBJETIVO GENERAL.

- ✓ Identificar los factores que influyen en el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes con vida sexual activa en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Atiquizaya, Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Casa del Niño de Santa Ana de septiembre 2016 a febrero 2017.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Enumerar los factores que influyen en el conocimiento de métodos anticonceptivos en adolescentes con vida sexual activa.
- ✓ Determinar la edad de inicio de actividad sexual en adolescentes.
- ✓ Conocer el género que más frecuentemente hace uso de los métodos anticonceptivos.
- ✓ Investigar el método anticonceptivo más utilizado en adolescentes con vida sexual activa.

1.6 RESULTADOS ESPERADOS.

Con la investigación se pretende identificar los factores que influyen en el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes con vida sexual activa cuyo estudio se realizara con la población que consulta en Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Atiquizaya, Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Casa del Niño de Santa Ana.

La planificación familiar es la clave para aminorar el crecimiento insostenible de la población y en el caso de los embarazos en adolescentes evitar correr los riesgos que conlleva ser gestante a temprana edad, así como los efectos negativos que este acarrea sobre la economía, el medio ambiente y además en los esfuerzos regionales y nacionales por alcanzar el desarrollo.

Fomentar a través del estudio el interés sobre el tema, para que de esta manera los futuros investigadores puedan utilizar la investigación como una fuente bibliográfica de ayuda para dar a conocer la realidad del país y así mismo crear estrategias en beneficio de los/as adolescentes.

CAPITULO II

2. 0 MARCO TEÓRICO

La pubertad es la cadena de eventos que ocurre en torno al decenio de vida que desembocará en la maduración biológica, psíquica, cognitiva y psicosocial. El hecho psíquico más importante durante la pubertad es la individualización.

En la adolescencia se comienza un largo proceso de autodefinición, siendo la definición sexual y de género, dos procesos claves.

El deseo y el interés sexual se incrementan en la medida que se acelera el desarrollo hormonal, al mismo tiempo enfrentan opuestas presiones de sus padres familia y sociedad en general, en cuanto aceptan ciertas normas relacionadas a su rol estereotipado de género.⁴

El adolescente tiene una franca dificultad para lograr su ubicación social y ejercer sus obligaciones por lo que su conducta refleja inseguridad.⁵

Durante ese período va produciéndose aceleradamente en el ser humano cambios físicos y psíquicos muy marcados. Es de particular importancia la aparición y desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, el vello púbico, las mamas en la mujer y los cambios en los órganos genitales.

Las modificaciones en el aparato genital están ocurriendo cada vez más frecuentemente a edades menores, por lo que la posibilidad de que la mujer se embarace a edad temprana, ha aumentado.

En la mayoría de los países latinoamericanos, la mitad de las niñas ya ha tenido su primera menstruación a los 13 años. No tenemos información tan precisa acerca de la primera eyaculación del varón, pero en términos generales los cambios de la pubertad en los varones ocurren más temprano que en tiempos pasados.

3 Meachan D. Sexualidad y salud pública del adolescente: El desafío del 2000

4 Magdaleno M. La Salud del Adolescente y el Joven. Publicación Científica 1995

La adolescencia es un período de transición entre la niñez y la adultez. Su definición no es fácil, puesto que "su caracterización depende de una serie de variables: ubicación ecológica (referidos al medio ambiente natural), estrato socioeconómico, origen étnico y período de la adolescencia, entre otros." (Escobar & Muñoz, 1995)⁶

2.1. ADOLESCENCIA

Etimológicamente, adolescencia proviene del latín ad: a, hacia, y olescere, de oleré: crecer. Significa la condición y el proceso de crecimiento.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la adolescencia es el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transitan los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socioeconómica y sus límites son de 10 a 19 años.⁷

El término denota el período del inicio de la pubertad hasta la madurez y suele empezar en torno a la edad de 14 años en los varones y 13 años en las mujeres. Es un período de transición, una etapa del ciclo de crecimiento que marca el final de la niñez y prenuncia la adultez. Al analizar el significado de esta definición nos encontramos que:

- A. La adolescencia es una etapa del desarrollo humano; una persona atraviesa por varias etapas de desarrollo en su vida, y la adolescencia es: Considerada una etapa más, ya que diversos aspectos de esta se desarrollaran, es decir, se incrementaran en complejidad funcional, aumentando su calidad en correlación con el aumento de la edad. Este desarrollo puede ser promovido, estimulado, detenido o incluso deteriorado.

⁶ organizaciones Panamericana de la Salud; Perfil de Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes y jóvenes de América Latina y El Caribe. Serie OPS/FNUAP No. 1

⁷ Ministerio de Salud Pública, Op cit, Pág. 360-420,

- B. Es un periodo de comienzo y duración variables: cuando se consideran los aspectos biológicos de la adolescencia, una persona es adolescente cuando inicia la pubertad, aproximadamente entre los 10 y los 13 años. Existen diversos factores que influyen en su aparición (alimentación, herencia, influencias hormonales, raza, situación geográfica), por lo que su comienzo varía de una persona a otra.

La adolescencia finaliza cuando el individuo alcanza la madurez emocional y oscila para asumir el papel de adulto según se defina este en su cultura. Son tantos los factores (personales, culturales, históricos) que influyen en el logro de la madurez personal, que es casi imposible establecer edades precisas. Para algunos la adolescencia nunca termina, para otros, este periodo pasa casi desapercibido (como el caso de los jóvenes en zonas rurales que deben asumir papeles adultos a temprana edad).

- C. Está marcada por cambios interdependientes; el desarrollo se produce tanto en la esfera (desarrollo y crecimiento fisiológicos) como en la psicológica (cognición, afecto y personalidad) y social (relación del individuo con otros). Por lo tanto, según Horrocks (1986), la adolescencia es una época:

- ✚ En la que el individuo está más consiente de sí mismo intenta poner a prueba diversos conceptos del yo en comparación con la realidad. Aprende el papel personal y social que con más probabilidad se ajustara al concepto de sí mismo, así como el concepto de los demás.
- ✚ De búsqueda de estatus. Es el periodo en que surgen y se desarrollan los intereses vocacionales y comienza la lucha por la independencia económica.

Es considerada como un período de la vida libre de problemas de salud pero, desde el punto de vista de los cuidados de salud reproductiva, el adolescente es, en muchos aspectos, un caso especial. Es el período de tiempo en el que el individuo necesita considerarse autónomo e independiente socialmente.

La adolescencia puede dividirse en tres etapas:

- ✚ Adolescencia temprana
- ✚ Adolescencia mediana
- ✚ Adolescencia tardía

2.1.1 ADOLESCENCIA TEMPRANA (10 A 13 AÑOS)

Inicia en la pubertad entre los 10 y 13 años, se presentan los primeros cambios físicos, e inicia el proceso de maduración psicológica, pasando del pensamiento concreto al pensamiento abstracto.

El adolescente trata de crear sus propios criterios, socialmente quiere dejar de relacionarse y de ser relacionado con los niños, pero aún no es aceptado por los adolescentes, desarrollando en él una desadaptación social, incluso dentro de la familia, lo cual constituye un factor importante, ya que puede causar alteraciones emocionales como depresión y ansiedad, que influyen en la conducta, contribuyendo al aislamiento.

Estos cambios se denominan “crisis de entrada en la adolescencia”; agregado a lo anterior se presentan cambios en su medio: escuela, maestros, compañeros, sistema educativo, responsabilidades. La familia (la presencia del padre, madre o tutor) se convierte en un factor importante en como el adolescente vive esta etapa ya que el apoyo y la autoridad le ayudarán a estructurar su personalidad y a superar la ansiedad que le provoca enfrentarse al cambio (Craig, 1997; Delval, 2000; Papalia et. al., 2001).

Los cambios internos que tienen lugar en el individuo, aunque menos evidentes, son igualmente profundos. Una reciente investigación neurocientífica muestra que, en estos años de la adolescencia temprana, el cerebro experimenta un súbito desarrollo eléctrico y fisiológico.

El número de células cerebrales pueden casi llegar a duplicarse en el curso de un año, en tanto las redes neuronales se reorganizan radicalmente, con las repercusiones consiguientes sobre la capacidad emocional, física y mental.

El desarrollo físico y sexual, más precoz en las niñas que entran en la pubertad unos 12 a 18 meses antes que los varones, se refleja en tendencias semejantes en el desarrollo del cerebro. El lóbulo frontal, la parte del cerebro que gobierna el razonamiento y la toma de decisiones, empieza a desarrollarse durante la adolescencia temprana.

Debido a que este desarrollo comienza más tarde y toma más tiempo en los varones, la tendencia de éstos a actuar impulsivamente y a pensar de una manera acrítica dura mucho más tiempo que en las niñas. Este fenómeno contribuye a la percepción generalizada de que las niñas maduran mucho antes que los varones.

Es durante la adolescencia temprana que tanto las niñas como los varones cobran mayor conciencia de su género que cuando eran menores, y pueden ajustar su conducta o apariencia a las normas que se observan. Pueden resultar víctimas de actos de intimidación o acoso, o participar en ellos, y también sentirse confundidos acerca de su propia identidad personal y sexual.

Caracterizada por el inicio de la maduración sexual, extrema curiosidad por su cuerpo, muchas fantasías sexuales, exploración acentuada del autoerotismo y se interrelaciona con una sexualidad donde lo físico predomina (coquetería, amor platónico, etc.)

2.1.2 ADOLESCENCIA MEDIANA (14 A 16 AÑOS)

Inicia entre los 14 y 16 años. En este periodo se consigue un cierto grado de adaptación y aceptación de sí mismo, se tiene un parcial conocimiento y percepción en cuanto a su potencial, la integración de su grupo le da cierta seguridad y satisfacciones al establecer amistades, empieza a adaptarse a otros adolescentes, integra grupos, lo que resuelve parcialmente el posible rechazo de los padres, por lo que deja de lado la admiración al rol paterno (Craig, 1997; Delval, 2000; Papalia et. al., 2001).

Entre las características más destacables en esta etapa, se hace presente el impulso sexual, donde se van estableciendo de forma más claras las orientaciones sexuales y comienza la búsqueda de las primeras experimentaciones.

Predomina en esta etapa según lo establece Azambuja Loch (2002 p.24), un fuerte egocentrismo en el joven; se permite el cuestionamiento de reglas impuestas, pero a su vez se expresa en esta etapa una necesidad de aceptación por parte de la sociedad y a su vez se expresan características que demuestran una necesidad de autonomía.

Otra de las características, es la aparición de actitudes de "galanteo", restando algo de intensidad a la relación establecida con el grupo de pares, predominante en la etapa temprana de la adolescencia, para comenzar sus primeras experiencias de relaciones de pareja. En esta etapa, según Behrman y otros (2006, p.57), los adolescentes además de sus preocupaciones y primeras experimentaciones a nivel sexual, comienzan a demostrar un especial interés por otros aspectos, como es el amor de pareja, comienzan de este modo a formarse las primeras creencias con respecto al amor, aunque en las relaciones que surgen en esta etapa, prevalece la atracción física; la superficialidad, y las experiencias sexuales, como ya se ha nombrado. De esta forma queda de lado aspectos correspondientes a la intimidad de pareja.

Por otra parte, si bien existen en esta etapa conocimientos sobre riesgos de embarazo y contagio de enfermedades de transmisión sexual, no existe un control consciente de los riesgos. Con respecto al concepto de sí mismo, se mencionaba con anterioridad, que ya no cobra demasiada influencia el grupo de pares, Behrman y otros (2006, p 57), coinciden en este aspecto y agregan que los adolescentes en dicha etapa, comienzan a frecuentar personas diferentes y a cambiar su estilo con una frecuencia notable, lo cual incluye, modos de vestir, vocabulario, intereses, etc. Comienzan también en forma marcada a surgir preguntas sobre uno mismo, referidas a quién soy realmente o por qué me encuentro aquí.

En cuanto a la relación con sus padres, al igual que en la etapa anterior, esta relación se torna tensa, lo cual puede ser motivo de la necesidad de separación de sus progenitores, propia de las primeras etapas de la adolescencia, donde sus energías se concentraran sobre todo en su grupo de pares o primeros noviazgos. García y González (2002, p.760), plantean como la mayoría de los autores, que la exploración de la sexualidad, resulta positiva para la constitución de la identidad sexual en el adolescente, pero a su vez, al igual que se plantea en citas anteriores, la preocupación en esta etapa son las conductas riesgosas que aplican en su exploración.

Se debe sumar el contexto social en el cual nos encontramos inmersos, ya que actualmente, los adolescentes se sienten presionados por los medios de comunicación, donde la sexualidad además de todas las características que se vienen mencionando hasta el momento, referidas a lo superficial, juegan un rol muy importante, el inicio en la actividad sexual, de este modo, resulta uno de los principales factores que tiene en cuenta el adolescente de esta etapa al momento de querer ser aceptado en la sociedad. Completa maduración sexual, manifestación de alta energía sexual con énfasis en el contacto físico y conducta sexual exploratoria (puede presentarse experiencias homosexuales, relaciones heterosexuales no planificadas), negación de las consecuencias de la conducta sexual (por sentimientos de invulnerabilidad), falta de información y educación sexual, relaciones intensas y fugaces.

2.1. 3 ADOLESCENCIA TARDÍA (17 A 19 AÑOS)

La adolescencia tardía abarca la parte posterior de la segunda década de la vida, en líneas generales entre los 17 y los 19 años de edad. Se caracteriza por la completa maduración física, social, legal; logros definidos en la maduración psicológica, conducta sexual expresiva y puede establecer relaciones íntimas y estables con definición de su rol sexual.

Los adolescentes son vulnerables, porque tanto las características del ambiente familiar y social en que una persona se desenvuelve con sus propias particularidades, pueden hacerlos muy vulnerables, ya que es quien teme mayor riesgo de recibir determinada lesión o daño.

Para entonces, ya usualmente han tenido lugar los cambios físicos más importantes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. El cerebro también continúa desarrollándose y reorganizándose, y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo aumenta notablemente. Las opiniones de los miembros de su grupo aún tienden a ser importantes al comienzo de esta etapa, pero su ascendente disminuye en la medida en que adquieren mayor confianza y claridad en su identidad y sus propias opiniones.

La temeridad un rasgo común de la temprana y mediana adolescencia, cuando los individuos experimentan con el “comportamiento adulto” declina durante la adolescencia tardía, en la medida en que se desarrolla la capacidad de evaluar riesgos y tomar decisiones conscientes. Sin embargo, el fumar cigarrillos y la experimentación con drogas y alcohol frecuentemente se adquiere en esta temprana fase temeraria para prolongarse durante la adolescencia tardía e incluso en la edad adulta. Por ejemplo, se calcula que 1 de cada 5 adolescentes entre los 13 y los 15 años fuma, y aproximadamente la mitad de los que empiezan a fumar en la adolescencia lo siguen haciendo al menos durante 15 años.

El otro aspecto del explosivo desarrollo del cerebro que tiene lugar durante la adolescencia es que puede resultar seria y permanentemente afectado por el uso excesivo de drogas y alcohol.

En la adolescencia tardía, las niñas suelen correr un mayor riesgo que los varones de sufrir consecuencias negativas para la salud, incluida la depresión; y a menudo la discriminación y el abuso basados en el género magnifican estos riesgos. Tienen una particular propensión a padecer trastornos alimentarios, tales como la anorexia y la bulimia; esta vulnerabilidad se deriva en parte de profundas ansiedades sobre la imagen corporal alentadas por los estereotipos culturales y mediáticos de la belleza femenina.

No obstante estos riesgos, la adolescencia tardía es una etapa de oportunidades, idealismo y promesas. Es durante estos años ingresan en el mundo del trabajo o de la educación superior, establecen su propia identidad y cosmovisión y comienzan a participar activamente en la configuración del mundo que les rodea.

2.2 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Es un componente fundamental de la salud de las mujeres y de los varones durante toda su existencia. Toda evolución biológica, maduración psicológica y desarrollo social de las personas está asociada íntimamente al grado de bienestar sexual y al grado de satisfacción sobre la capacidad reproductiva de uno mismo. Aun así, el momento más relevante para el reconocimiento de la sexualidad, para el aprendizaje del cuerpo y, con mucha frecuencia, para la toma de decisiones sobre las potencialidades reproductivas, es el tiempo de la adolescencia. La adolescencia es una etapa que está marcada por cambios biológicos, psicológicos y sociales, acompañados por notorios sentimientos de atracción sexual y profundas meditaciones sobre la capacidad de decidir.

Sin embargo, los y las adolescentes son también actores sociales que viven sus inclinaciones, sus aspiraciones y sus relaciones de acuerdo con las circunstancias en las que les ha tocado crecer y formarse, para un futuro generalmente incierto y complejo.

En los países de América Latina y el Caribe, los y las adolescentes pertenecen a diversos grupos sociales en los que todavía subsisten fuertes restricciones al acceso universal a los servicios de atención primaria de salud y educación. Por otro lado, los frecuentes cambios en las estructuras familiares y la migración urbana son también causas comunes que inciden con fuerza en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Muchos(as) deben trabajar desde muy temprana edad con ingresos extremadamente bajos. Una porción muy grande de ellos(as) contrae responsabilidades maternas y paternas antes de haber logrado un mínimo de estabilidad laboral o haber alcanzado una profesión u oficio digno.

En este sentido, la situación de la salud reproductiva en las Américas muestra algunas mejorías. Las tasas de fertilidad adolescente están por encima del 50 por 1.000 en la mayoría de los países. Las tasas de fertilidad entre las mujeres adolescentes de 15 a 19 años de edad han disminuido en la Región, lo cual se atribuye al incremento de los niveles de educación. Pero las tasas de fertilidad siguen siendo superiores al 100 por 1.000 en Centroamérica (excepto en Costa Rica), República Dominicana, Jamaica y Belice (Guzmán y cols., 2000).

Existen grandes lagunas de información y conocimiento entre los grupos de adolescentes, y el comportamiento se mantiene básicamente sin cambiar. Por ejemplo, a pesar de los altos niveles de conocimiento, los porcentajes de uso de anticonceptivos todavía son bajos en muchos países, a veces debido a la falta de acceso, como en el caso de los condones. Esta situación ha llevado a que se produzcan consecuencias negativas en la salud reproductiva, como los embarazos no planificados, el aborto, que contribuye de forma significativa a la mortalidad materna adolescente, las ITS y el VIH. También hay un mayor número de casos reportados de mujeres jóvenes víctimas de violencia doméstica, abuso, con casos de incesto, coerción y violación. Las consecuencias negativas tienen causas comunes ya que existe una relación entre la salud reproductiva y la influencia socioeconómica de los determinantes de salud. Existen disparidades importantes entre los diversos subgrupos de adolescentes. Los más pobres, los marginados, los que tienen menos nivel educativo, parecen sufrir en mayor grado las consecuencias adversas de la salud reproductiva.

El embarazo en una pareja de jóvenes, en general es un evento inesperado, sorpresivo. La OPS señala que "se desarrollan reacciones de angustia propias del momento y trastornos en el proceso normal del desarrollo de la personalidad, fenómenos que condicionan la aparición de patologías orgánicas propias del embarazo"

"Muchas mujeres llegan al embarazo como una manera de llenar sus múltiples carencias. Al ser requerida sexualmente, las hace sentirse valoradas. Entregan ese cariño no tanto por satisfacción personal, sino por satisfacer a la persona que quieren mantener a su lado." (Molina et al., 1994, p.92).⁸

2.3 FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL INICIO DE ACTIVIDAD SEXUAL EN ADOLESCENTES.

Es multicausal, a continuación se presentan los factores que predisponen al adolescente a inicio de actividad sexual:

2.3.1 FACTORES INDIVIDUALES

Dificultad para planear proyectos a largo plazo, personalidad inestable, baja autoestima y poca confianza, sentimientos de desesperanza, falta de actitud preventiva, menarquía precoz, conducta de riesgo, abuso de alcohol y drogas, abandono escolar, dificultad para mejorar sus condiciones de vida, insuficientes oportunidades para integrarse a grupos de entretenimiento, antecedentes familiares, familias conflictivas o en crisis, madres que han estado embarazadas en su adolescencia

⁸ Organización Panamericana de la Salud; Perfil de Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes y jóvenes de América Latina y El Caribe. Serie OPS/FNUAP No. 1

2.3.2 BIOLÓGICOS

La edad de menarquia es un factor determinante de la capacidad reproductiva, la que está ligada a la proporción de ciclos ovulatorios que alcanzan cerca del 50% 2 años después de la primera menstruación. Con la pubertad se produce un notable aumento de la actividad hormonal lo cual trae la aparición de impulsos sexuales.

Entre los fenómenos que constituyen la aceleración secular del crecimiento está el adelanto de la edad de menarquia. En el último siglo, la menarquia se ha adelantado entre 2 y 3 meses por década, descendiendo desde más o menos los 15 años de edad a alrededor de los 12 (últimos 150 años). Así, los adolescentes son fértiles a una edad menor, sumada al resultado de investigaciones que reportan que el uso de los métodos de planificación en los adolescentes de Latinoamérica sigue siendo bajo, exponiéndose al riesgo de embarazarse a edades tempranas. El periodo entre el inicio de la pubertad y la independencia económica ha aumentado en nuestras sociedades, lo que permite una mayor posibilidad de relaciones prematrimoniales.

2.3.3 PSICO-CONDUCTUAL.

Los adolescentes de 15 a 16 años son más maduros cognitivamente, pero aún están en la intensa búsqueda de la identidad y lucha por pasar de la dependencia infantil a la independencia adulta, lo cual los compromete para apreciar realísticamente la consecuencia a largo plazo del acto sexual. Pueden tener la fantasía de alcanzar la madurez y adultez a través de las relaciones sexuales.

El carácter de edad de transición de la adolescencia impregna toda la actividad psicosocial de él joven con un carácter de experimentación, se ensayan los roles adultos en diferentes áreas entre ellas el ejercicio de la sexualidad.

2.3.4 CONDUCTA SEXUAL

Los adolescentes experimentan inseguridad, ansiedad, temor, vergüenza intranquilidad con la vivencia sobre la sexualidad. La información incompleta o distorsionada que reciben los adolescentes sobre el desarrollo de la sexualidad les causa confusión. Por otro lado los padres prohíben relaciones sexo coitales, sobre todo a las hijas; a los hijos los animan a tener aunque tengan los mismos riesgos y por otro lado, la misma sociedad fomenta las oportunidades para que estas prácticas se lleven a cabo.

Reciben información diferente y contradictoria. También las amistades y el noviazgo presionan al adolescente a iniciar la actividad sexual a temprana edad, cuando aún no están preparados para enfrentar un embarazo e infecciones de transmisión sexual.⁹

El mayor grado de intimidad se logra en el noviazgo, esta relación está influida por las pautas culturales, el entorno social, en sentido que las pautas culturales y los valores sociales, modelan el grado de afectividad entre las personas.

Educación sexual tradicional, constituirá un gran peligro para los adolescentes esta educación se basa en la ignorancia y el miedo al sexo. Dos grandes perjuicios de honra y repercusión moral: la creencia de que la virginidad es una hecho físico y denunciado por circunstancias anatómicas y la aún más grave y vigente en muchísimos varones es un hecho tabú que supone que conservar la virginidad es conserva la decencia. Porque en esta sociedad hay una doble moral; eso significa que las conductas sexuales de hombres y mujeres son clasificadas de manera diferente y opuesta.

El sexo prematrimonial. Las relaciones íntimas en el noviazgo asimismo le siguen diferentes problemas que plantean los contactos sexuales prematrimoniales el uso o no uso de métodos de planificación familiar y la amenaza siempre inminente de un embarazo no deseado.

9 MSPAS Y UNPFA De Adolescentes para Adolescentes, manual de educación para la vida, Manual 2, Pág. 80

Los adolescentes utilizan un promedio de 7 horas de medios de comunicación (televisión e internet). Los medios de comunicación invitan con estímulos sexuales a través de imágenes y mensajes como se observa en las novelas, películas y lo que escuchan en la radio de los cuales no hay control, transmiten mensaje a adolescente que invitan tener relaciones sexuales.

Según la organización UNICEF, en países desarrollados la primera relación sexual se da entre los 9 y 13 años en los hombres, y los 11 y 14 años en las mujeres.

De acuerdo con los especialistas en la sexualidad humana, en esta etapa comienza la exploración y los primeros contactos sexuales. Hay escasa información respecto a la sexualidad de los adolescentes latinoamericanos, aunque algunos estudios estiman que el 50% de los menores de 17 años es sexualmente activo.

En 10 países participantes de las encuestas de demografía y salud se encontró que entre 53 y 71% de las mujeres habían tenido relaciones antes de los 20 años. En Chile distintos estudios indican que el 40% de los adolescentes escolares han tenido relaciones sexuales (47% de los hombres, 32% de las mujeres), siendo más alto en el nivel socioeconómico bajo (63%), seguido del medio (49%), y menor en el alto (17%).

2.3.5 DISFUNCIÓN FAMILIAR

Un mal funcionamiento familiar puede predisponer a una actividad sexual prematura, y un embarazo puede ser visto como la posibilidad de huir de un hogar patológico donde a veces la adolescente se siente amenazada por la violencia, el alcoholismo y el riesgo de incesto. Como factores de riesgo asociados a la familia se han descrito también la inestabilidad familiar, el embarazo adolescente de una hermana, madre con historia de embarazo adolescente y enfermedad crónica de uno de los padres

2.3.6 PSICOLÓGICOS Y CULTURALES

Durante la etapa temprana del desarrollo cognitivo de la adolescencia, no son capaces de entender todas las consecuencias de la iniciación precoz de la actividad sexual. En la adolescencia media el egocentrismo de la etapa las hace asumir que a ellas “eso no les va a pasar”. La necesidad de probar su fecundidad, estando afligidas por fantasías de infertilidad, puede ser un factor poderoso durante la adolescencia.

En un ambiente de pobreza y subdesarrollo, donde la movilidad social es escasa o nula, la adolescente es incapaz de concebir la alternativa de evitar un embarazo, el “machismo” y la necesidad del varón de probarse; así como la existencia de carencias afectivas y necesidades no satisfechas son factores del comportamiento que también contribuyen al fenómeno.

2.3.7 FACTORES SOCIALES

Las zonas de pobreza, con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad de familias disfuncionales, falta de recursos y acceso a los sistemas de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo.

Existe abundancia de propaganda que incita las relaciones sexuales, tendencia a la reproducción de la madurez materna (hijos a temprana edad), falta de acceso a los servicios de planificación familiar. Una unidad psicosocial sujeta a la influencia de los factores socioculturales, protectores y de riesgo, cuya interacción la hace vulnerable a caer en situaciones de crisis.

El machismo influencia el patrón de conducta sexual y el uso de métodos anticonceptivos (especialmente entre los adolescentes). La imagen de una mujer pasiva, silenciosa, dependiente, es el resultado de una generación de privación y restricciones impuestas para mantener el dominio masculino en la vida diaria. Freíd Said, dice que esto se expresa en la negación del derecho de

la mujer a la realización sexual, independiente de la reproducción. Esto refleja un sistema de valores que iguala maternidad con reproducción.

Determinantes sociales:

- ✚ Inicio de las relaciones sexuales en edades tempranas.
- ✚ Permanecer más tiempo solas(os).
- ✚ Pocas oportunidades de esparcimiento y educación.
- ✚ Poca información y a veces deformada sobre educación sexual y anticoncepción.
- ✚ Abundancia de programas que incitan a las relaciones sexuales.
- ✚ Falta de acceso a los servicios de planificación familiar.

2.4 PLANIFICACIÓN FAMILIAR

2.4.1. PLANIFICACIÓN FAMILIAR SEGÚN OMS.

La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos.

Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad.

Datos y cifras:

- ✚ Se calcula que en los países en desarrollo unos 222 millones de mujeres desean posponer o detener la procreación pero no utilizan ningún método anticonceptivo.
- ✚ Algunos métodos de planificación familiar ayudan a prevenir la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

- ✚ La planificación familiar disminuye la necesidad de recurrir al aborto peligroso.
- ✚ La planificación familiar refuerza el derecho de las personas a decidir el número de hijos que desean tener y el intervalo de los embarazos.¹⁰

2.4.2 BENEFICIOS DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

La promoción de la planificación familiar y el acceso a los métodos anticonceptivos preferidos para las mujeres y las parejas resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades.

A. Prevención de los riesgos para la salud relacionados con el embarazo en las mujeres

- ✚ La capacidad de la mujer para decidir si quiere embarazarse y en qué momento tiene una repercusión directa en su salud y bienestar.
- ✚ La planificación familiar permite espaciar los embarazos y puede posponerlos en las jóvenes que tienen mayor riesgo de morir por causa de la procreación prematura, lo cual disminuye la mortalidad materna.
- ✚ También puede evitar el embarazo de las mujeres de edad, que tienen mayores riesgos. Permite además que las mujeres decidan el número de hijos que desean tener. Se ha comprobado que las mujeres que tienen más de cuatro hijos se enfrentan con un riesgo mayor de muerte materna.
- ✚ Al reducir la tasa de embarazos no deseados, la planificación familiar también disminuye la necesidad de efectuar abortos peligrosos.

10 Adolescentes para Adolescentes , manual de educación para la vida, Manual 2, Pág. 8

B. Reducción de la mortalidad de los menores de un año

- ✚ Evita los embarazos muy cercanos entre sí y en un momento inoportuno, que contribuyen a causar algunas de las tasas de mortalidad de menores de un año más elevadas del mundo.
- ✚ Las criaturas cuya madre muere a causa del parto también tienen un riesgo mayor de morir o enfermar.

C. Prevención de la infección por el VIH y el SIDA

- ✚ Disminuye el riesgo de que las mujeres infectadas por el VIH se embaracen sin desearlo, lo que da como resultado una disminución del número de criaturas infectadas y huérfanas. Además, los condones masculinos y femeninos brindan una protección doble: contra el embarazo no deseado y contra las infecciones de transmisión sexual, en especial la causada por el VIH.

D. Poder de decisión y una mejor educación

- ✚ La planificación familiar permite que las personas tomen decisiones bien fundamentadas con relación a su salud sexual y reproductiva. Brinda además la oportunidad de que las mujeres mejoren su educación y puedan participar más en la vida pública, en especial bajo la forma de empleo.
- ✚ Tener una familia pequeña propicia que los padres dediquen más tiempo a cada hijo. Los niños que tienen pocos hermanos tienden a permanecer más años en la escuela que los que tienen muchos.

E. Disminución del embarazo de adolescentes

- ✚ Las adolescentes tienen más probabilidades de dar a luz un niño de pretérmino o con peso bajo al nacer y presentan tasas más elevadas de mortalidad neonatal.

- ✚ Muchas adolescentes que se embarazan tienen que dejar la escuela, lo cual tiene consecuencias a largo plazo para ellas personalmente, para sus familias y para la comunidad.

F. Menor crecimiento de la población

- ✚ La planificación familiar es la clave para aminorar el crecimiento insostenible de la población y los efectos negativos que este acarrea sobre la economía, el medio ambiente y los esfuerzos nacionales y regionales por alcanzar el desarrollo

2.5 ANTICONCEPCIÓN.

Conjunto de métodos o procedimientos empleados para impedir el embarazo de una mujer, también se conoce como contracepción o contra concepción.

2.5.1 CLASIFICACION.

A. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES

1. Métodos hormonales

Anticonceptivos orales combinados	Anticonceptivos inyectables combinados
Parche combinado	Anillo vaginal combinado
Anticonceptivos orales de solo progestina	Anticonceptivos inyectables de solo progestina
Anticonceptivos subdérmicos de solo progestina	

2. Dispositivo intrauterino

- ✚ Dispositivo intrauterino de cobre.
- ✚ Dispositivo intrauterino hormonal.

3. Métodos de barrera

- ✚ Físicos
- ✚ Químicos.

4. Planificación familiar natural

- ✚ Método de los días fijos
- ✚ Método del ritmo del calendario.
- ✚ Método de los dos días.
- ✚ Método de la temperatura corporal basal
- ✚ Método de la ovulación
- ✚ Retiro o Coitus interruptus.
- ✚ Método de Amenorrea de lactancia.

B. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PERMANENTES

- ✚ Esterilización quirúrgica femenina
- ✚ Esterilización quirúrgica masculina

2.5.2 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES

Brindan protección anticonceptiva únicamente mientras la pareja los utiliza; entre ellos se encuentran los métodos hormonales, los métodos de barrera y los métodos naturales,

Estos métodos son convenientes para las personas que quieren esperar, espaciar o limitar los embarazos. El objetivo de los métodos temporales es servir durante un periodo específico de tiempo; una vez suspendido el uso, existe la posibilidad de embarazo.

2.5.2.1 MÉTODOS HORMONALES

Son los métodos temporales de planificación familiar que contienen estrógenos y progestinas o sólo progestina, se usan por vía oral, intramuscular o subdérmica, con el objetivo de prevenir el embarazo. Estos métodos no protegen de las infecciones de transmisión sexual (ITS).

2.5.2.2 ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS:

Píldoras que contienen dosis bajas de 2 hormonas un progestágeno y un estrógeno iguales a las hormonas naturales progesterona y estrógeno en el cuerpo de la mujer. Se recomienda utilizar aquellos denominados de baja dosis, es decir, los que contienen 35 microgramos de Etinil Estradiol o menos

- ✚ Mecanismo de acción: Principalmente inhiben la ovulación y en forma secundaria espesan el moco cervical dificultando el paso de los espermatozoides. No actúan interrumpiendo la gestación.
- ✚ Eficacia: La eficacia depende de la usuaria: El riesgo de embarazo es mayor cuando una mujer comienza una caja nueva de píldoras con un retraso de 3 días o más, o cuando omite 3 o más píldoras cerca del inicio, o del final de una caja de píldoras.

Tal como se usan comúnmente, se producen cerca de 8 embarazos por cada 100 mujeres que utilizan AOC en el correr del primer año. Esto significa que 92 de cada 100 mujeres que usan AOC no quedarán embarazadas.

Cuando no se cometen errores al tomar la píldora, hay menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres que utilizan AOC en el correr del primer año (3 por 1000 mujeres).

Retorno de la fertilidad tras la interrupción de AOC: Sin demora

Protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS): Ninguna

<i>EFFECTOS ADVERSOS.</i>	
<p>Cambios en los patrones de sangrado, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Sangrado más leve y de menos días – Sangrado irregular – Sangrado infrecuente – Sin menstruación 	<p>Incremento de unos pocos puntos en la tensión arterial (mm Hg).</p> <p>Cuando el incremento de la tensión se debe al AOC, la tensión arterial cae rápidamente al interrumpir su uso.</p>
Cefalea	Cambio de peso y humor.
Sensibilidad en las mamas	Acné (puede mejorar o empeorar, por lo general mejora)
Nauseas	Mareos

BENEFICIOS	RIESGOS
<p>Ayuda a proteger contra:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ Riesgo de embarazo ✚ Cáncer del revestimiento del útero (cáncer endometrial) ✚ Cáncer de ovario ✚ Enfermedad pélvica inflamatoria sintomática ✚ Quistes ováricos, Anemia por deficiencia de hierro 	<p>Muy raros:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ Coágulo sanguíneo en venas profundas de piernas o pulmones (trombosis venosa profunda o embolia pulmonar)
<p>Reduce:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ Calambres menstruales ✚ Problemas del sangrado menstrual ✚ Dolor de ovulación ✚ Vello excesivo en rostro o cuerpo ✚ Síntomas de síndrome de ovario poliquístico, (sangrado irregular, acné vello excesivo en rostro o cuerpo) ✚ Síntomas de endometriosis (dolor pélvico, sangrado irregular) 	<p>Extremadamente raros:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ Accidente cerebrovascular ✚ Ataque cardíaco

¿Quiénes pueden utilizar AOC? : Casi todas las mujeres pueden utilizar AOC de manera segura y eficaz, incluidas las mujeres que:

- ✚ Hayan tenido hijos o no.
- ✚ No están casadas
- ✚ Tengan cualquier edad, incluso las adolescentes y mujeres de más de 40 años
- ✚ Hayan tenido recientemente un aborto provocado o un aborto espontáneo
- ✚ Tengan o hayan tenido anemia en el pasado
- ✚ Infectadas con VIH, estén o no en terapia antirretroviral, a menos que esa terapia incluya ritonavir.

En las siguientes condiciones no es recomendado este método:

- ✚ Lactancia materna (entre 6 semanas y 6 meses postparto)
- ✚ En los primeros 21 días posparto en mujeres no lactantes.
- ✚ Fumadoras de menos de 15 cigarrillos diarios, con edad mayor o igual a 35 años
- ✚ Hipertensión Arterial:
 - ✓ Historia de hipertensión cuando esta no se puede evaluar,
 - ✓ Hipertensión arterial controlada
 - ✓ Niveles elevados: Sistólica: 140-159 o diastólica: 90-99 mm de Hg
- ✚ Hiperlipidemias conocida con otros factores de riesgo para enfermedad vascular.
- ✚ Migraña sin síntomas neurológicos focales en mujeres mayores de 35 años.
- ✚ Cáncer de mama en remisión y sin evidencia de enfermedad activa por 5 años.

- ✚ Diabetes con más de veinte años de evolución, o que se acompañe de nefropatía, neuropatía retinopatía, u otra enfermedad vascular.
- ✚ Historia de colestasis relacionada con el uso de anticonceptivos orales combinados.
- ✚ Cirrosis leve compensada.
- ✚ Interacciones farmacológicas,: Medicamentos que afectan las enzimas hepáticas tales como antibióticos (Rifampicina); anticonvulsivantes (Fenitoína, Carbamazepina, Barbitúricos y Primidona), topiramato, oxcarbamacepina
- ✚ Asociación de Múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular arterial (edad mayor de 40 años, tabaquismo mayor de 15 cigarrillos al día, diabetes o hipertensión arterial no controlada).

2.5.2.3 ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES COMBINADOS.

Los anticonceptivos inyectables combinados son compuestos de estrógenos sintéticos, que se metabolizan a nivel hepático y liberan un estrógeno natural; y progestinas sintéticas, que se usan por vía intramuscular con el objetivo de prevenir temporalmente el embarazo.

✚ Descripción o tipo

- a) 5mg. de Valerato de Estradiol más 50 mg de Enantato de noretisterona. Nombre comercial: Mesigyna, Norigynon, Mesigest
- b) 5 mg. de Cipionato de estradiol más 25 mg. de Acetato de medroxiprogesterona. Nombre comercial: Ciclofem, Ciclofemina
- c) 10 mg. de Enantato de estradiol más 150 mg. Acetofénido de dihidroxiprogesterona. Nombre comercial: Nomagest, Deproxone, Novular, Topasel

✚ **Mecanismo de acción:** Principalmente inhibe la ovulación y en forma secundaria espesa el moco cervical, dificultando el paso de los espermatozoides.

✚ **Efectos secundarios posibles**

- ✓ Cefalea, náuseas.
- ✓ Amenorrea
- ✓ Aumento de peso
- ✓ Irregularidades menstruales
- ✓ Sensibilidad mamaria anormal
- ✓ Cambios de estado de ánimo.

✚ **Inicio:** En cualquier momento del ciclo, en que la persona proveedora esté razonablemente seguro de que la usuaria no está embarazada.

Se recomienda iniciar dentro del primer al séptimo día del ciclo menstrual, dependiendo de la presentación escogida. Si se inicia después de este período utilizar un método de barrera o abstinencia por 7 días. Cuando se utiliza la composición de 5 mg. de Valerato de estradiol más 50 mg de Enantato de Noretisterona (nombre comercial Mesygina), debe iniciarse de preferencia el primer día de regla y no más tarde del tercer día.

En mujeres postparto que no se encuentren amamantando, pueden iniciarse a partir de la tercera semana.

En el postaborto: Podrá usarse de inmediato o dentro de los 7 días posteriores a un aborto ya sea del primer o del segundo trimestre haya sido séptico o no. Posterior a los 7 días se podrá iniciar este método en cualquier momento en que se pueda estar razonablemente seguro que no está embarazada, utilizando un método de barrera o abstinencia durante los 7 días.

✚ **Administración:** Se aplican una vez al mes por vía intramuscular profunda y sin masaje, en el sitio de preferencia de la usuaria.

Cuando se utiliza la composición de 5 mg. de Valerato de estradiol más 50 mg de Enantato de noretisterona (nombre comercial Mesygina), se inyecta mensualmente en una fecha fija, y se debe explicar a la usuaria que su menstruación se dará en una fecha diferente, alrededor de dos semanas posteriores a la aplicación. También es posible que no presente sangrado menstrual.

2.5.2.4 PARCHE COMBINADO

Es un plástico pequeño, delgado, cuadrado y flexible, que se usa contra el cuerpo. Libera continuamente 2 hormonas (un progestágeno y un estrógeno, como las hormonas naturales progesterona y estrógeno en el cuerpo de la mujer) directamente a través de la piel al torrente sanguíneo.

Se usa un parche nuevo cada semana durante 3 semanas, seguido de una cuarta semana en la que no se usa parche. Durante esta cuarta semana la mujer tendrá su menstruación.

Actúa fundamentalmente impidiendo la liberación de óvulos de los ovarios.

✚ **Eficacia:** Depende de la usuaria: El riesgo de embarazo es mayor cuando la mujer atrasa el cambio de parche. El parche es nuevo y se cuenta con investigación limitada sobre su eficacia. Las tasas de eficacia en los ensayos clínicos del parche sugieren que podría ser más eficaz que los anticonceptivos orales combinados. Las tasas de embarazo pueden ser levemente más altas entre las mujeres que pesan 90 kg o más.

Recuperación de la fertilidad al interrumpir el parche: No hay demora.

Protección contra las infecciones de transmisión sexual: Ninguna

✚ **Uso** Requiere usar un pequeño parche adhesivo. Las alteraciones del sangrado son comunes pero no son perjudiciales. Por lo general, hay sangrado irregular los primeros meses y luego el sangrado se hace más regular.

✚ **Producto** El parche libera norelgestromina (progestina) 150 mcg diarios y 20 mcg. de etinilestradiol diarios.

✚ **Efectos secundarios**

- ✓ Irritación cutánea o erupción en el sitio de aplicación del parche
- ✓ Cefaleas, náuseas, vómito
- ✓ Dolor abdominal
- ✓ Irritación, rubor, o inflamación de la vaginal
- ✓ Sensibilidad y dolor en los senos
- ✓ Síntomas gripales/infección de la vía respiratoria alta
- ✓ Cambios en la menstruación: (Sangrado más leve y menos días, irregular, prolongado, No hay menstruación)

✚ Explicar que se lo puede aplicar en la parte superior externa del brazo, espalda, estómago, abdomen o nalgas, en algún lugar que esté limpio y seco, pero no en las mamas.

✚ Nombre comercial Norelgestromina 150 mcg diarios y 20 mcg de etinilestradiol (liberación diaria): EVRA

2.5.2.5 ANILLO VAGINAL COMBINADO.

Se trata de un anillo flexible que se coloca en la vagina. Libera 2 hormonas de forma continua (un progestágeno y un estrógeno, como las hormonas naturales progesterona y estrógeno producidos en el organismo de la mujer)

dentro del anillo. Las hormonas se absorben a través de la pared de la vagina directamente al torrente sanguíneo.

Se mantiene el anillo colocado durante 3 semanas, luego de lo cual se retira a la cuarta semana. Durante esta cuarta semana la mujer tendrá su menstruación. También se llama NuvaRing.

Funciona fundamentalmente impidiendo la liberación de óvulos desde los ovarios.

✚ **Eficacia.** Depende de la usuaria: el riesgo de embarazo es mayor cuando la mujer se atrasa en comenzar con un nuevo anillo. El anillo vaginal combinado es nuevo y se dispone de investigación limitada sobre su eficacia. Las tasas de eficacia en los ensayos clínicos del anillo vaginal sugieren que puede ser más eficaz que los anticonceptivos orales combinados, tanto como se usan comúnmente, como con el uso sistemático y correcto.

Recuperación de la fertilidad después de dejar de usar el anillo: no hay atraso.

Protección contra infecciones de transmisión sexual: ninguna.

✚ **Uso.** Necesita mantener un anillo flexible en la vagina. Se mantiene colocado constantemente todos los días y noches durante 3 semanas, seguido de una semana sin colocación de anillo.

Es frecuente que haya cambios de sangrado pero no son perjudiciales. Generalmente hay sangrado irregular durante los primeros meses y luego se hace más liviano y más regular.

Nunca debe quitarse el anillo durante más de 3 horas hasta la cuarta semana

✓ Se puede retirar el anillo para tener sexo, para limpieza u otras razones, aunque no es necesario quitárselo.

- ✓ Si el anillo se sale, deslizándose, debe enjuagarse en agua limpia y colocarse inmediatamente.

✚ **Efectos Secundarios, Beneficios y Riesgos para La Salud**

- ✓ Irritación, Cefaleas, rubor
- ✓ Leucorrea blanquecina
- ✓ Vaginitis
- ✓ Cambios en la menstruación: (Sangrado leve y menos días, irregular, prolongado, no hay menstruación.

2.5.2.6 ANTICONCEPTIVOS ORALES DE SOLO PROGESTINA

Son píldoras que contienen bajas dosis de progestinas, no contienen estrógenos y que se ingieren diariamente en forma continua.

✚ **Descripción o Tipo. Existen 2 formulaciones:**

- ✓ 500 mcg. de linestrenol = Cerazette
- ✓ 75 mcg desogestrel = Primor

✚ **Mecanismo de acción:** Inhibe la ovulación .Espesa del moco cervical dificultando la penetración de los espermatozoides. Hace lento el desplazamiento del óvulo en las Trompas de Falopio

✚ **Beneficios:** Ayuda a proteger contra:

- ✚ Riesgo de embarazo.
- ✚ Se pueden utilizar en las mujeres lactantes.
- ✚ Pueden utilizarse en mujeres que están amamantando.
- ✚ En enfermedades en las cuales los estrógenos están contraindicados.
- ✚ Disminuye la enfermedad pélvica inflamatoria

✚ **Efectos secundarios algunas mujeres pueden presentar son:**

- ✓ Más comunes: Irregularidades menstruales (hemorragia, manchado prolongado ó amenorrea) que son menos frecuentes cuando se usa durante la lactancia
- ✓ Menos comunes: Cefalea, Sensibilidad mamaria anormal, Náuseas y aumento de peso

✚ **Pueden utilizarlas:** Casi todas las mujeres pueden utilizar AOPs de manera segura y eficaz, incluso aquellas que:

- ✓ Estén amamantando (6 semanas después del parto).
- ✓ No estén casadas.
- ✓ Tengan venas varicosas
- ✓ Hayan tenido recientemente un aborto, pérdida de embarazo o un embarazo ectópico.
- ✓ Hayan tenido hijos o no.
- ✓ Tengan o hayan tenido anemia en el pasado.
- ✓ Tengan cualquier edad, incluso adolescentes y mujeres de más de 40 años.
- ✓ Fumen cigarrillos, independientemente de su edad o de la cantidad de cigarrillos.
- ✓ Estén infectadas con VIH, estén recibiendo o no terapia antirretroviral, a menos que en la terapia se administre ritonavir.

✚ **Administración del método:** Se ingiere una tableta diaria, ininterrumpidamente, incluso durante la menstruación, por todo el tiempo en que se desee usar el método.

- ✚ Debido a que el efecto anticonceptivo de cada tableta dura 24 horas, es necesario tomar la tableta a la misma hora, y seguir estrictamente la ingestión diaria.

2.5.2.7 ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES DE SOLO PROGESTINA.

Los anticonceptivos hormonales inyectables son métodos que contienen solamente una progestina sintética (no contienen estrógeno). Son de larga duración, que se aplican cada 2 ó 3 meses, según el tipo de inyectable.

- ✚ **Descripcion O Tipo:** Existen 3 formulaciones diferentes, todas contienen una progestina sintética esterificada:

- a) 200 mg de Enantato de noretisterona (NET-EN) en ampollas de 1 ml. De solución oleosa. Nombre comercial: Noristerat
- b) 150 mg. de Acetato de medroxiprogesterona microcristalina (DMPA) en ampollas de 3 ml. de suspensión acuosa. Nombre comercial: Depoprovera
- c) 104 mg de Acetato de medroxiprogesterona subcutánea. Aprobada por la FDA en diciembre 2004 con el nombre comercial= Depo-subQ provera 104. (aun no disponible en el país).

- ✚ **Mecanismo De Acción.** Inhibición de la ovulación. Espesamiento del moco cervical, dificultando la penetración de los espermatozoides.

- ✚ **Duración Del Efecto Anticonceptivo:** La protección anticonceptiva conferida por el Enantato de Noretisterona (NET-EN) se extiende por lo menos a 60 días después de su aplicación. La protección anticonceptiva conferida por el Acetato De Medroxiprogesterona (DMPA) se extiende hasta por lo menos 90 días después de su aplicación.

Beneficios:

1. DMPA Ayuda a proteger contra:

-  Riesgo de embarazo.
-  Cáncer de endometrio.
-  Fibromas uterinos.
-  Proteger de enfermedad pélvica inflamatoria.
-  Anemia por deficiencia de hierro.

✓ Reduce:

-  Crisis de anemia falciforme.
-  Síntomas de endometriosis (dolor pélvico y sangrado endometrial).

2. NET-EN Ayuda a prevenir la anemia por deficiencia de hierro

 **Posibles.** Irregularidades menstruales, sangrado prolongado o abundante y amenorrea.

Algunas pueden presentar cefalea, mastalgia, aumento de peso, náusea, nerviosismo, cambio del estado de ánimo o del deseo sexual, mareos, distensión y molestia abdominal. El retraso en el retorno a la fertilidad puede también ser un problema en algunos casos.

 **Uso Del Método.** Los anticonceptivos inyectables que sólo contienen progestina, pueden iniciarse en cualquier momento del ciclo menstrual en que se esté razonablemente seguro que la mujer no está embarazada, preferentemente durante los primeros 7 días del ciclo menstrual.

- ✓ Si el método se inicia después del día 7 del ciclo, debe usarse un método de respaldo, como condones o abstinencia durante 7 días.
- ✓ En el postparto, en mujeres lactantes, se debe iniciar después de la sexta semana. En mujeres no lactantes y en el postaborto se pueden iniciar inmediatamente después del evento.
- ✓ Enantato de noretisterona (NET-EN): 1 ampolla inyectable profunda cada 8 semanas (2 meses). En caso necesario, puede administrarse 2 semanas antes y hasta 2 semanas después de la fecha indicada.

3. Acetato de medroxiprogesterona (DMPA): 1 ampolla inyectable profunda cada 12 semanas (3 meses). En caso necesario puede administrarse 4 semanas antes y de 2 a 4 semanas después de la fecha indicada.

- ✓ Los sitios de aplicación aceptables son tanto el brazo (región deltoide) como la región glútea aunque debe considerarse según la preferencia de las usuarias, evitando dar masaje en el lugar de la inyección.
- ✓ DMPA subcutánea: una ampolleta subcutánea cada tres meses.

2.5.2.8 ANTICONCEPTIVO SUBDERMICO DE SOLO PROGESTINA (IMPLANTES)

Son pequeños cilindros o cápsulas de plástico, cada uno del tamaño de un fósforo, que liberan un progestágeno parecido a la progesterona natural producida por el organismo de la mujer.

Se realiza un procedimiento de cirugía mínima para colocar los implantes bajo la piel en la cara interna de la parte superior del brazo de una mujer. No contiene estrógeno, por lo que se puede utilizar durante la lactancia y lo pueden usar mujeres que no pueden utilizar métodos con estrógeno.

Hay muchos tipos de implantes:

- ✚ Jadelle: 2 cilindros, eficaz durante 5 años.
- ✚ Sino-Implant (II), (Femplant, Trust Implant y Zarin): 2 cápsulas, su eficacia dura 4 años (puede extenderse a 5 años).
- ✚ Implanon: 1 cilindro, eficaz durante 3 años (estudios en curso para ver si dura 4 años).
- ✚ Norplant: 6 cápsulas, la etiqueta indica 5 años de uso. (Hay estudios importantes que han encontrado que su eficacia dura 7 años).

Actúa principalmente por:

- ✓ Espesamiento del mucus cervical (esto bloquea los espermatozoides y no les permite llegar al óvulo).
- ✓ Distorsión del ciclo menstrual, impide la liberación de óvulos de los ovarios.
- ✚ **Uso.** Los implantes son pequeños cilindros o cápsulas flexibles que se colocan justo debajo de la piel de la parte superior del brazo.

Brindan protección contra embarazo a largo plazo. Muy eficaz durante 3 a 7 años, dependiendo del tipo de implante, inmediatamente reversible.

Requieren personal específicamente capacitado para insertarlos y quitarlos. La mujer no puede comenzar o dejar los implantes por su cuenta.

✚ Efectos secundarios:

- ✓ Alteraciones de los patrones de sangrado, por ejemplo:

■ Los primeros meses:

- Sangrado más liviano y menos días, irregular, infrecuente, no hay menstruación

■ Después de alrededor de 1 año:

- Sangrado más liviano y menos días, irregular, infrecuente
- Las usuarias de Implanon tienen más probabilidades de tener menstruación infrecuente o ausencia de menstruación que sangrado irregular.

- ✓ Cefaleas, dolor abdominal, acné (puede mejorar o empeorar), cambios de peso, sensibilidad en los senos, mareos, cambios de humor, náuseas.
- ✓ Otros cambios físicos posibles: Aumento del tamaño de los folículos ováricos.

✚ **Beneficios.**

✓ **Ayuda a proteger contra:**

- Riesgos de embarazo
- Enfermedad pélvica inflamatoria sintomática

✓ **Puede ayudar a proteger contra:**

- Anemia ferropénica.

✓ **Riesgos conocidos para la salud:** Ninguno

✚ **Quién Puede Usar Implantes**

- ✓ Son seguros y adecuados para casi todas las mujeres.
- ✓ Casi todas las mujeres pueden utilizar implantes de manera segura y eficaz, incluidas las mujeres que:
 - Hayan o no tenido hijos.
 - No estén casadas.

- De cualquier edad, incluso las adolescentes y mujeres mayores de 40 años de edad.
- Se acaban de hacer un aborto, o han tenido una pérdida de embarazo o embarazo ectópico.
- Fuman cigarrillos, independientemente de la edad de la mujer o del número de cigarrillos que fume.
- Estén amamantando (comenzando tan pronto como a las 6 semanas después del parto) .
- Tengan venas varicosas.
- Estén infectadas con VIH, recibiendo o no terapia antirretroviral.

2.5.2.9. DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU).

Son muy importantes en el mundo. Los DIU de cobre brindan una anticoncepción segura a largo plazo, con eficacia equivalente a la de la esterilización tubaria.

Los DIU que descargan hormonas necesitan cambiarse cada cierto tiempo.

Se dispone de dos DIU:

- ✚ El de cobre T 380 (ParaGard)
- ✚ La T que descarga progesterona (Progeslasert).

2.5.2.9.1 EL DISPOSITIVO DE COBRE T 380:

Tiene bandas de cobre en las ramas en cruz de la T además del alambre de cobre alrededor del tallo, lo que ofrece una superficie total de 380 mm de cobre, casi el doble del área de superficie de los dispositivos de cobre empleados con anterioridad.

El dispositivo de cobre T 380 se encuentra aprobado por la U.S. Food and Drug Administration (FDA) para el empleo hasta durante 10 años de manera continua.

✚ **Mecanismo de acción.** Los dispositivos intrauterinos producen formación de una "espuma biológica" dentro de la cavidad uterina que contiene bandas de fibrina, células fagocíticas y enzimas proteolíticas.

Los DIU de cobre descargan continuamente una pequeña cantidad del metal, con lo que se produce una reacción inflamatoria de mayor magnitud aún.

Todos los DIU estimulan la formación de prostaglandinas dentro del útero, lo que es compatible tanto con la contracción del músculo liso como con la inflamación producida. Se producen alteraciones de importancia en la composición de las proteínas dentro de la cavidad uterina, y se encuentran nuevas proteínas e inhibidores de la proteinasa en los lavados del útero. El ambiente intrauterino alterado interfiere con el paso de los espermatozoides a través de la cavidad de este órgano, con lo que se impide la fecundación del óvulo.

2.5.2.9.2 DIU QUE DESCARGA DE PROGESTERONA (PROGESTASERT)

Contiene progesterona natural en el tallo dentro de una cápsula de polímero que permite la liberación sostenida lenta de la hormona. Ha sido aprobado para emplearse durante un año. Produce una clínica endometrial atrófica.

En Europa se dispone de un dispositivo en "T" que descarga el progestágeno más potente llamado norgestrel.

Produce concentraciones locales elevadas del progestageno en la cavidad uterina, y concentraciones sanguíneas de cerca de la mitad de las observadas con el implante de levonorgestrel, que son suficientes para inhibir la ovulación en algunas mujeres

✚ **Las contraindicaciones son:**

- ✓ Embarazo, antecedentes de EIP, hemorragia genital no diagnosticada, anomalías uterinas (aunque una mujer con cavidades uterinas separadas pudo emplear dos DIU) y grandes tumores fibroides.

2.5.2.10 MÉTODOS DE BARRERA

Son métodos temporales que impiden la unión del espermatozoide con el óvulo (fecundación).

✚ **Descripción o Tipo.** Dependiendo de su naturaleza se dividen en:

a) Físicos:

- ✓ Preservativo o condón (masculino – femenino)
- ✓ Diafragma (No están disponibles en el país)
- ✓ Capuchón cervical (No están disponibles en el país).

b) Químicos o espermatocidas de uso vaginal:

- ✓ Óvulos
- ✓ Tabletas
- ✓ Espumas
- ✓ Cremas
- ✓ Jalea
- ✓ Película

✚ Mecanismo De Acción

- ✓ **Físicos:** Impiden el paso de los espermatozoides hacia el aparato reproductor femenino por acción de una barrera física.
- ✓ **Químicos:** Inactivan o destruyen los espermatozoides a nivel de la vagina, haciendo improbable la fecundación.

FISICOS:

- ✓ **Condón masculino:** Es una bolsa delgada generalmente hecha de poliuretano o látex, lubricado con sustancias inertes, tiene la función de cubrir el pene durante el acto sexual no dejando que el semen entre en contacto con la vagina. Algunos contienen espermaticidas.
- ✓ **Condón femenino:** Consiste en un tubo de poliuretano fuerte, lubricado, cerrado en un extremo, de unos 15 cm. de largo y 7 cm. de diámetro. Alrededor de su extremo abierto, se encuentra un anillo exterior de poliuretano flexible que sostiene el condón contra la vulva. El otro extremo tiene un anillo flexible que ayuda a mantenerlo en la vagina durante el contacto sexual.
- ✓ **Beneficio.** Es el único método que protege contra ITS, incluyendo VIH así como del embarazo (método de doble protección)
- ✓ **Efectos Adversos.** En muy raras ocasiones puede presentarse reacción alérgica al látex o al espermaticida, en cuyo caso se debe reforzar la consejería para orientar la elección de otro método.

La alergia al látex puede manifestarse por enrojecimiento, escozor o hinchazón después de usar el condón.

Uso Del Método.

- **El condón masculino:**

Debe usarse en cada relación sexual y debe colocarse desde el inicio del coito, con el pene erecto, antes de la penetración. Debe retirarse el pene de la vagina cuando aún esta erecto para evitar salida del semen. Para quitarse el condón, se toma de la base y se desliza suavemente desde la misma.

- **El condón femenino:**

Debe colocarse antes de la penetración. Está diseñado para usarse una sola vez. La mujer debe colocarlo introduciendo el extremo cerrado de la funda en el fondo de la vagina y dejar el extremo abierto fuera de la vagina. Debe cuidarse que el pene penetre dentro del condón y no lateral a este; Para quitarse el condón se toma del extremo visible con el cuidado de no derramar el semen.

QUIMICOS:

- ✓ **Espermaticidas**

- ✓ **Descripción:** Son barreras químicas formadas por 2 componentes: 1 químico, frecuentemente el nonoxynol – 9 y otro inerte.

- ✓ **Presentación:**

- Tableta, óvulo y película (presentación individual o en tubos de varias unidades).
- Espumas, jaleas y gel (tubo con su aplicador).

Uso Del Método

Aplicación vaginal 15 minutos antes de cada relación sexual y no más de una hora antes. No practicar lavados vaginales al menos seis horas después del coito. En caso de que se de una nueva relación sexual, debe aplicarse nuevamente el espermicida.

2.5.2.11 MÉTODOS NATURALES

Conjunto de métodos basados en el conocimiento de los periodos fértiles e infértiles de la mujer, incluyendo la infertilidad natural post parto (MELA) y que no requiere el uso de métodos hormonales o de barrera.

2.5.2.11.1 MÉTODOS BASADOS EN EL CONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD.

-  **Uso.** Requieren la cooperación de la pareja, debe comprometerse a la abstinencia o a usar otro método durante los días fértiles.
-  Se debe estar atento a los cambios en el cuerpo o a llevar la cuenta de los días, según las reglas del método específico.
-  No presentan efectos secundarios ni riesgos para la salud.

A) MÉTODO DE LOS DÍAS FIJOS.

La mujer puede utilizar el Método de días fijos si la mayoría de sus ciclos menstruales tienen entre 26 y 32 días de duración. Si tiene más de 2 ciclos de mayor o menor duración en el año, el Método de días fijos será menos eficaz y convendría elegir otro método.

- ✓ Lleve la cuenta de los días del ciclo menstrual, contando el primer día de la menstruación como día 1.
- ✓ Evite el sexo sin protección entre los días 8 al 19, se considera que el período fértil es el comprendido entre los días 8 al 19 de cada ciclo.
- ✓ La pareja evita el sexo vaginal o utiliza condones entre los días 8 al 19, se puede usar retiro o espermicidas, pero estos son menos eficaces.
- ✓ Puede tener sexo sin protección en todos los días restantes del ciclo — días 1 al 7 al principio del ciclo y desde el día 20 hasta comenzar su próxima menstruación.
 - Si es necesario, utilice métodos para ayudar la memoria.
- ✓ La pareja puede utilizar CycleBeads, un collar de cuentas codificadas por color que indica los días fértiles y no fértiles del ciclo, o puede usar un calendario u otro tipo de ayuda de memoria.

B) MÉTODO DEL RITMO DEL CALENDARIO.

Lleve la cuenta de los días del ciclo menstrual. Antes de confiarse en este método, la mujer debe registrar el número de días de cada ciclo menstrual durante un mínimo de 6 meses. El primer día de la menstruación siempre se cuenta como día 1.

- ✓ Calcule el período fértil. La mujer debe restar 18 de la duración del ciclo más corto registrado. Esto le dice cuál es el primer día aproximado de su período fértil. Después debe restar 11 días del ciclo más prolongado registrado. Esto le dice cuál es el último día aproximado de su período fértil.
- ✓ Evite el sexo sin protección durante el período fértil. La pareja evita el sexo vaginal, o utiliza condones o diafragma, durante el período fértil.

- ✓ Actualice los cálculos mensualmente. La mujer debe actualizar estos cálculos cada mes, siempre utilizando los 6 ciclos más recientes.

Ejemplo:

- Si el más corto de sus 6 últimos ciclos fue de 27 días, $27 - 18 = 9$. Debe comenzar a evitar el sexo sin protección en el día 9.
- Si el más largo de sus 6 últimos ciclos fue de 31 días, $31 - 11 = 20$. La mujer puede volver a tener sexo sin protección el día 21.
- Por lo tanto, ella debe evitar el sexo sin protección desde el día 9 al día 20 de su ciclo.

C) MÉTODO DE LOS DOS DÍAS

Si la mujer presenta una infección vaginal u otra patología que modifique el mucus cervical, puede que el Método de los dos días sea difícil de usar.

Observe las secreciones.

- ✓ La mujer revisa las secreciones cervicales cada tarde y/o tardecita, en los dedos, prenda interior, o papel higiénico, o por la sensación en o alrededor de la vagina.
- ✓ Tan pronto como percibe cualquier tipo de secreción, de cualquier color o consistencia, debe considerar que ese día y el siguiente son días fértiles.

En los días fértiles evite el sexo o use otro método.

- ✓ La pareja evita el sexo vaginal o utiliza condones o un diafragma en cada día con secreciones y en cada día posterior a un día con secreciones. Podrán usar también el retiro, o espermicidas, pero estos son menos eficaz.

✚ Retome el sexo sin protección después de 2 días secos.

- ✓ La pareja puede volver a tener sexo sin protección después que la mujer haya tenido 2 días secos (días sin secreciones de ningún tipo) consecutivos.

d) MÉTODO DE LA TEMPERATURA CORPORAL BASAL (TCB).

Si la mujer presenta fiebre u otros cambios en la temperatura corporal, puede que sea difícil utilizar el método.

✚ Tome la temperatura corporal diariamente.

- ✓ La mujer toma su temperatura corporal a la misma hora cada mañana antes de salir de la cama y antes de comer nada. Debe registrar la temperatura en una gráfica especial.
- ✓ Observe su temperatura elevarse levemente—0.2° a 0.5° C (0.4° a 1.0° F) —justo después de la ovulación (en general, por la mitad del ciclo menstrual).

✚ Evite el sexo o utilice otro método hasta 3 días después del ascenso de la temperatura.

- ✓ La pareja evita el sexo vaginal, o usa condones o un diafragma desde el primer día de la menstruación hasta 3 días después de que la temperatura de la mujer se haya elevado por encima de su temperatura regular. Podrán usar también el retiro, o espermicidas.

✚ **Retome el sexo sin protección hasta el comienzo de la próxima menstruación.**

- ✓ Cuando la temperatura de la mujer se haya elevado por encima de su temperatura regular y se haya mantenido más alta durante 3 días enteros, ha tenido lugar la ovulación y ya ha pasado el período fértil.
- ✓ La pareja puede tener sexo sin protección el 4º día y hasta que comience la siguiente menstruación.

e) MÉTODO DE LA OVULACIÓN.

Si la mujer presenta una infección vaginal u otra patología que modifique el mucus cervical, puede que este método sea difícil de utilizar.

✚ **Revise las secreciones cervicales diariamente.** La mujer revisa cada día por cualquier secreción cervical en los dedos, prenda interior, papel higiénico o por la sensación en o alrededor de la vagina.

✚ **Evite el sexo sin protección los días de menstruación profusa.** La ovulación podría ocurrir temprano en el ciclo, durante los últimos días de menstruación y el sangrado profuso podría dificultar observar el mucus cervical.

✚ **Retome el sexo sin protección cuando las secreciones se restablezcan.** Entre el fin de la menstruación y el comienzo de las secreciones, la pareja puede tener sexo sin protección, pero no en 2

días consecutivos. (Si se evita el sexo en el segundo día le da tiempo al semen a desaparecer y se pueda observar el mucus cervical.)

✚ **Evite el sexo sin protección a partir del momento que comienzan las secreciones y hasta 4 días después del “día pico”.** Tan pronto como la mujer note alguna secreción, se considerará fértil y debe evitar el sexo sin protección. La mujer continúa revisando las secreciones cervicales cada día. Las secreciones tienen un “día pico”—el último día – en que son transparentes, resbalosas, elásticas y húmedas.

✚ La mujer sabrá que esto ha sucedido cuando, al día siguiente, sus secreciones sean pegajosas o secas, o no tenga secreciones. Se continúa considerando fértil durante 3 días después del día pico y debe evitar el sexo sin protección.

✚ **Reanude el sexo sin protección.** La pareja puede tener sexo sin protección el 4º día posterior a su día pico y hasta que comience su próxima menstruación.

f) **RETIRO.**

El hombre retira su pene de la vagina de su compañera y eyacula fuera de la vagina, manteniendo el semen alejado de los genitales externos de la mujer. Se le conoce también como coitus interruptus o “marcha atrás.” Actúa haciendo que el semen no ingrese al cuerpo de la mujer.

g) MÉTODO DE AMENORREA DE LA LACTANCIA (MELA).

Un método temporal de planificación familiar basado en el efecto natural de la lactancia sobre la fertilidad.

✓ **Requiere 3 condiciones y deben cumplirse:**

- La madre no ha vuelto a menstruar.
- El bebé está siendo alimentado con lactancia exclusiva o casi exclusiva y con frecuencia, durante el día y la noche.
- El bebé tiene menos de 6 meses de edad

“Lactancia exclusiva” incluye tanto la alimentación sólo en base a pecho (el bebé no recibe ningún otro tipo de líquido o alimento, ni siquiera agua, aparte de la leche materna).

“Lactancia casi exclusiva” significa que el bebé recibe algo de líquido o alimento además de la leche materna, pero la mayoría de las ingestas (más de tres cuartas partes de todas las ingestas) son de leche materna. Funciona básicamente al impedir que los ovarios liberen óvulos (ovulación). La lactancia frecuente impide que se liberen las hormonas naturales que estimulan la ovulación temporalmente.

✚ **USO.** Un método de planificación familiar basado en la lactancia.

- ✓ Proporciona anticoncepción a la madre y alimenta al bebé.
- ✓ Puede ser eficaz hasta 6 meses después del parto, siempre y cuando la madre no haya vuelto a menstruar y esté alimentando a su bebé con lactancia exclusiva o casi exclusiva.
- ✓ Requiere amamantar con frecuencia durante el día y la noche. La mayoría de las ingestas del bebé deberán ser de leche materna.
- ✓ Le brinda a la mujer la posibilidad de utilizar un método continuo que puede seguir usando después de los 6 meses.

CUÁNDO COMENZAR

- ✓ Durante los 6 meses después del parto.
- ✓ Comenzar a dar pecho inmediatamente (a la hora) o lo más pronto posible después del parto. Durante los primeros días que siguen al parto, el líquido amarillento que segregan los pechos de la madre (calostro) contiene sustancias muy importantes para la salud del bebé.
- ✓ En cualquier momento si ha estado alimentando a su bebé con lactancia exclusiva o casi exclusiva desde el parto y si no se ha restablecido la menstruación.

EXPLICACIÓN DEL USO

- ✓ Lactancia frecuente.
- ✓ Un patrón ideal es alimentar a demanda (cada vez que el bebé quiera ser alimentado) y por lo menos 10 a 12 veces por día durante las primeras semanas después del parto y luego 8 a 10 veces por día, incluso al menos una vez durante la noche durante los primeros meses.
- ✓ El espacio entre comidas no deberá exceder las 4 horas durante el día y durante la noche no deberá exceder las 6 horas.
- ✓ Algunos tal vez no quieran ser alimentados 8 ó 10 veces por día y probablemente quieran dormir durante la noche. Estos bebés deberán ser alentados suavemente a tomar pecho con mayor frecuencia.
- ✓ Debe comenzar a darle otros alimentos, además de leche materna, cuando el bebé cumple 6 meses. A esta edad, la leche materna ya no puede alimentar plenamente a un bebé en crecimiento.

BENEFICIOS CONOCIDOS PARA LA SALUD:

- ✓ **Ayuda a proteger contra:** Riesgo de embarazo
- ✓ **Promueve:** Los mejores patrones de lactancia que benefician tanto la salud de la madre como la del bebé.

2.5.3 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PERMANENTES

2.5.3.1 ESTERILIZACIÓN FEMENINA

La ligadura de las trompas de Falopio (LT) es un método anticonceptivo de tipo quirúrgico, el cual consiste en la oclusión bilateral de las trompas de Falopio con el fin de impedir la unión de los gametos (óvulo-espermatozoide). Sirve para evitar el embarazo en forma permanente.

Una vez que la mujer ha tomado la decisión de realizar el procedimiento se debe realizar una historia clínica detallada.

Como parte de la evaluación prequirúrgica se deben solicitar análisis completos de laboratorio que incluyan:

VÍAS DE ACCESO

Abdominal

1. Laparoscopia
2. Mini laparotomía

Vaginal

1. Culdoscopia
2. Mini laparotomía

TÉCNICAS QUIRÚRGICAS DE OCLUSIÓN:

✓ *LIGADURA Y SECCIÓN* : Pomeroy, Parkland o Pritchard, Irving, Madlener, Kreoner

2.5.3.2 ESTERILIZACIÓN MASCULINA

La vasectomía, que es la resección de una parte del conducto deferente, se efectúa con facilidad bajo anestesia local en el consultorio. No disminuye el rendimiento sexual.

La técnica básica consiste en palpar el conducto deferente a través del escroto, sujetarlo con los dedos o con pinzas atraumáticas, efectuar una pequeña incisión sobre el mismo, y tirar de un asa del conducto hacia la incisión. Se reseca un pequeño segmento y a continuación se emplea el electrodo de aguja para coagular la luz de ambos extremos.

Las técnicas mejoradas incluyen:

- ✓ Vasectomía "sin escarpelo", en la cual se emplea el extremo puntiagudo de unas pinzas para puncionar la piel sobre el conducto deferente. Esta pequeña variación reduce las posibilidades de hemorragia y evita la necesidad de suturar la incisión.
- ✓ Otra variación es la "vasectomía de extremo abierto" la cual solo se coagula el extremo abdominal del conducto deferente seccionado en tanto que el extremo testicular se deja abierto. Se cree que esto impide la epididimitis congestiva.

Reversibilidad. Debe considerarse un método permanente de esterilización, sin embargo, con las técnicas microquirúrgicas dará por resultado embarazo de la compañera en cerca la mitad de las ocasiones. Cuanto más prolongado el intervalo después del procedimiento, más difíciles las posibilidades invertir los resultados. Complicaciones operatorias están hematomas escrotales, infección de las heridas y epididimitis, pero son más, raras las secuelas graves.

2.5.4 PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS DE EMERGENCIA (PAE).

Es de considerar para esta definición que la PAE no es un método anticonceptivo; esta consiste en el uso de anticonceptivos orales dentro de las primeras 120 horas posteriores a una relación sexual sin protección para la prevención del embarazo, teniendo en cuenta que cuanto más pronto se tomen después de la relación sexual sin protección, más eficaces son.

✚ **DESCRIPCIÓN:** Existen dos tipos principales:

- ✓ Anticonceptivos orales combinados, aquellos que contienen tanto un estrógeno como una progestina.
- ✓ Anticonceptivos orales que contienen sólo progestina.

✚ **PRESENTACION**

- ✓ **Pastillas combinadas.** Se usan anticonceptivos orales combinados que contengan una mezcla de etinil-estradiol y levonorgestrel o norgestrel.. Existen algunas presentaciones que contienen 50 microgramos de etinil-estradiol y 250 microgramos de levonorgestrel ó 500 microgramos de norgestrel. Otras presentaciones más comúnmente disponibles contienen 30 microgramos de etinil-estradiol y 150 microgramos de levonorgestrel ó 300 microgramos de norgestrel.
- ✓ **Pastillas de progestina sola.** Existen presentaciones en las que cada pastilla contiene 750 microgramos de levonorgestrel. Existen otras pastillas más comúnmente disponibles en las que cada una contiene 37.5 microgramos de levonorgestrel o 75 microgramos de norgestrel.

- ✓ **El mecanismo principal**, es la inhibición o postergación de la ovulación, impidiendo así la fecundación.

Existen estudios que sugieren la posibilidad de interferir la migración y función de los espermatozoides en la fase lenta o sostenida de la migración espermática, lo que podría reducir o anular la fecundación, en caso de llegar a producirse la ovulación. Además aumenta la viscosidad del moco cervical impidiendo el paso de los espermatozoides a la cavidad uterina.

Las PAE no son efectivas una vez que ha ocurrido la fecundación, por lo que no tienen un efecto abortivo.

USO DEL MÉTODO:

- ✓ **Anticonceptivos Orales Combinados (Régimen de Yuzpe)**

El régimen recomendado es el uso en 2 dosis, administradas con un intervalo de 12 horas, dentro de las 120 horas que siguen a la relación sexual no protegida; cada una de estas dosis debe contener 100 microgramos de etinil-estradiol y 0.5 mg de levonorgestrel. En el caso de anticonceptivos orales combinados que contienen 50 microgramos de etinil-estradiol deben usarse 2 tabletas, seguidas de una segunda dosis de 2 tabletas, 12 horas después.

En el caso de anticonceptivos orales combinados que contienen 30 microgramos de etinil-estradiol deben usarse 4 tabletas, seguidas de una segunda dosis de 4 tabletas, 12 horas después.

Cuando se deseen usar orales combinados que contengan menos de 30 microgramos de etinil-estradiol deben administrarse un número de pastillas suficientes para proporcionar al menos 100 microgramos de etinil-estradiol en cada dosis.

- **Progestinas.** Administrar 2 dosis con un intervalo de 12 horas, dentro de las 120 horas siguientes a una relación sexual no protegida. Cuando estén disponibles pastillas conteniendo 750 microgramos de levonorgestrel debe administrarse una tableta en cada dosis. Cuando sea necesario usar pastillas que solamente contienen 37.5 microgramos de levonorgestrel ó 75 microgramos de norgestrel debe administrarse un número de pastillas que proporcionen en cada dosis un total de 750 microgramos de levonorgestrel. Lo anterior significa la administración de un total de 20 tabletas en cada dosis, según sea la concentración utilizada.
- Productos:
- Levonorgestrel 0.75 mg = Vermagest (tableta)
- Levonorgestrel 0.30 mg = Microlut

CAPITULO III

3.0 HIPÓTESIS Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

3.1. HIPÓTESIS

- ✚ A mayor conocimiento de métodos anticonceptivos mayor será su uso por los adolescentes con vida sexual activa.

3.2. VARIABLES.

3.2.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

- ✚ Conocimiento de métodos anticonceptivos.

3.2.2 VARIABLE DEPENDIENTE.

- ✚ Uso de métodos anticonceptivos

3.2.3. VARIABLES INTERVINIENTES.

- ✚ Factores individuales, socio-culturales
- ✚ Factores Psico-conductuales

3.3 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR
Conocimiento de Métodos Anticonceptivos	Es el margen de conocimiento en que se encuentran los adolescentes en cuanto a métodos anticonceptivos	Métodos Temporales	Conocimiento
			Ninguno
			Anticonceptivos Orales
			Inyectables
			Dispositivo intrauterino
			Método de barrera
			Método natural
			Conocimiento
		Métodos Permanentes	Ninguno
			Esterilización Femenina
			Esterilización Masculina

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR
Uso De Métodos Anticonceptivos.	Se evaluará el uso correcto de los métodos anticonceptivos por adolescentes	Métodos Temporales	Uso
			Ninguno
			Anticonceptivos Orales
			Inyectables
			Dispositivo intrauterino
			Método de barrera
			Método natural
			Píldora de emergencia

VARIABLE INTERVINIENTE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR
Factores individuales, socio-culturales que influyen en el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos.	Son todos los factores que influyen en el conocimiento y uso de Métodos anticonceptivos.	Edad	Adolescencia temprana
			Adolescencia media
			Adolescencia tardía
		Integración familiar	Familia funcional
			Familia disfuncional
		Estado Civil de los Padres.	Casado
			Acompañado
			Divorciado
			Separado
			Soltero
			Extranjero
		Cultura	Creencias
			Costumbres
		Nivel de escolaridad	Primaria
			Secundaria
Bachillerato			

VARIABLE INTERVINIENTE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR
Factores Psico- conductuales que influyen en el conocimiento Y uso de métodos anticonceptivos.	Son todos los factores que en el conocimiento y uso de Métodos anticonceptivos.	Inicio de actividad sexual.	Adolescencia temprana
			Adolescencia media.
			Adolescencia tardía.
		Genero.	Femenino
			Masculino
		Proyecto de vida.	Con metas
			Confuso
		Afectividad y figuras paternas	Carencia
			Presencia
		Abuso sexual	Con antecedentes
			Sin antecedentes

VARIABLE INTERVINIENTE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR
<p>Factores Psico conductuales influyen en el inicio de actividad sexual en adolescente.</p>	<p>Son todos los factores que influyen en el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos.</p>	<p>Adicciones</p>	Alcohol
			Tabaco
			Otras drogas
			Ninguno.
		<p>Promiscuidad</p>	Pareja única
			Múltiples parejas
		<p>Autoestima</p>	Aceptación
			No aceptación

CAPITULO IV

4.0 DISEÑO METODOLÓGICO

4.1. TIPO DE ESTUDIO.

La investigación es de tipo descriptiva, con enfoque cuantitativo en el que existe una asociación significativa entre los fenómenos que permitió identificar los factores que influyen en el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes con vida sexual activa en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Atiquizaya, Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Casa del Niño Santa Ana, en el cual se aplicó un método estadístico para determinar si las variables son dependientes.

4.1.1 Transversal:

Según el periodo de la secuencia del estudio se define como transversal debido a que se estudiaron las variables simultáneamente, para identificar los factores que influyen en el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes con vida sexual activa. Es decir que se realizó un corte en el tiempo para realizar la investigación, ya que se llevó a cabo en el periodo de Septiembre de 2016 a febrero 2017.

4.1.2 Prospectivo

Es una investigación longitudinal debido a que se realizó en el presente, pero los datos se analizaron transcurridos un determinado tiempo.

4.2 UNIVERSO Y MUESTRA:

4.2.1 UNIVERSO

4,250 adolescentes usuarios de la Unidad Comunitaria De Salud Familiar Intermedia De Atiquizaya y Unidad Comunitaria De Salud Familiar Intermedia Casa Del Niño de Santa Ana consultantes en el periodo comprendido de Septiembre de 2016 a Febrero de 2017.

4.2.2 MUESTRA

Para el estudio se tomó una muestra poblacional a conveniencia de 100 adolescentes con vida sexual activa comprendidos entre las edades de 10 a 19 años, por lo que será una muestra equitativa de 50 adolescentes, usuarios de cada Unidad Comunitaria De Salud Familiar Intermedia De Atiquizaya y de 50 adolescentes de Unidad Comunitaria De Salud Familiar Intermedia Casa Del Niño Santa Ana en el periodo comprendido de Septiembre de 2016 a Febrero de 2017.

4.3 ÁREAS DE ESTUDIO

Área geográfica de responsabilidad de:

-  Unidad Comunitaria De Salud Familiar Intermedia De Atiquizaya perteneciente al departamento de Ahuachapán.
-  Unidad Comunitaria De Salud Familiar Intermedia Casa Del Niño perteneciente al departamento de Santa Ana.
-  En el periodo de Septiembre de 2016 a Febrero de 2017

4.4 GRUPO SELECCIONADO

Como estrategia de selección se realizó un muestreo no probabilístico del grupo de participantes en el estudio, que cumplan con los siguientes criterios:

- ✚ Criterios de selección
- ✚ Criterios de Inclusión
- ✚ Criterios de exclusión

4.4.1 CRITERIOS DE SELECCIÓN

- ✚ Población en estudio: Adolescentes de 10 a 19 años con vida sexual activa.

4.4.2 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✚ Adolescentes con vida sexual activa pertenecientes al área geográfica de responsabilidad Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Atiquizaya, Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Casa del Niño Santa Ana, en el periodo de Septiembre de 2016 a Febrero de 2017.
- ✚ Adolescentes con vida Sexual activa que aceptaron participar en el estudio.

4.4.3 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ✚ Adolescentes sin inicio de actividad sexual.
- ✚ Adolescentes que no pertenecen al área geográfica de responsabilidad.
- ✚ Adolescentes embarazadas.
- ✚ Adolescentes sexualmente activas que no deseen participar en el estudio.
- ✚ Adolescentes con discapacidades mentalmente.

4.5 FUENTE DE INFORMACIÓN.

La fuente de información:

Fuente de información primaria:

- ✚ Determinada por las adolescentes con vida sexual activa

4.6 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

4.6.1 MÉTODOS

- ✚ Método seleccionado: Se administró a los adolescentes con vida sexual activa una entrevista estructurada que constaba de preguntas abiertas y cerradas, correspondientes a las variables de estudio.

4.6.2 TÉCNICAS:

- ✚ Entrevista semiestructurada.

4.6.3 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

- ✚ Cuestionario

Se llevó a cabo la realización de un cuestionario estructurado como guía de entrevista dirigido a los/las adolescentes con vida sexual activa con preguntas cerradas y abiertas. Este instrumento debidamente categorizado con relación a las variables de estudio.

- ✚ Conocimiento de método anticonceptivo
- ✚ Uso de método anticonceptivo
- ✚ Factores que influyen en el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos.

4.6.4 PROCEDIMIENTO.

Para la presente investigación, se realizó una reunión con la dirección de los establecimiento explicando el desarrollo del proceso de la investigación, para su respectiva autorización, haciendo referencia a que este servirá para mejorar las acciones en salud y reorientar las estrategias para la disminución de los embarazos en adolescentes y enfermedades de transmisión sexual.

Luego de la autorización por parte de la dirección del establecimiento, se elaboró guías para la entrevista y la revisión de documentos, siendo estos, el libro de atención materna

4.6.5 CONTROL DE INFORMACIÓN.

- ✚ Se utilizó un adecuado instrumento.
- ✚ Validación del instrumento por profesionales en salud.
- ✚ Instrumento correlacionado con objetivos específicos.
- ✚ Selección adecuada de las personas entrevistadas.

4.6.6 VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS.

La validez del instrumento se realizó mediante la definición conceptual y operacional de las variables resultando que los ítems responden a los objetivos establecidos en la investigación; para ello a cada variable se le determinaron las dimensiones y a éstas sus indicadores, hasta llegar a la formulación de los ítems para medir los mismos.

Previamente se realizó entrevistas piloto con el objetivo de validar el cuestionario, 6 entrevistas con guía de cuestionario con preguntas abiertas y cerradas, ejecutadas al azar a 6 adolescentes con vida sexual activa pertenecientes al área geografía de responsabilidad de Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Atiquizaya, Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Casa del Niño , Santa Ana, esto nos permitió realizar correcciones adecuadas para la utilización de estos instrumentos.

4.6.7CONDICIONES ÉTICAS.

Se tomó en cuenta principios éticos como el respeto a la autonomía y la capacidad de las adolescentes de su autodeterminación, durante la entrevista, también se les informo del respeto a su dignidad y confidencialidad logrando con esta investigación los máximos beneficios y reducir al mínimo el daño a su integridad moral, manteniendo el bienestar de las adolescentes que participaron en la investigación. Además se les otorgo un consentimiento informado sobre los beneficios de la investigación, socializando a posteriori los resultados del estudio.

CAPITULO V

5.0. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Datos obtenidos de adolescentes con vida sexual activa usuarios de la Unidad de Salud Familiar Intermedia de Atiquizaya y Casa del Niño Santa Ana, encuestados.

El objetivo fundamental de la presente investigación es conocer los factores que influyen en el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes sexualmente activos de la UCSFI de Atiquizaya y UCSFI Casa del Niño Santa Ana, para lo cual presentamos a continuación los resultados de los datos obtenidos de manera objetiva y lógica, acompañado de respectivo tratamiento estadístico, los mismos que serán mostrados a través de cuadros y gráficos, analizados en función a la hipótesis planteada.

El análisis de los resultados se presenta ordenado en base a objetivos con la respectiva pregunta, el cuadro estadístico, el análisis y la gráfica.

Cabe destacar que solo se incluyen las tablas y gráficos más importantes y significativos que permitieron demostrar o rechazar cada una de las hipótesis formuladas.

En esta investigación se utilizó un método estadístico para el análisis de los resultados el cual fue la prueba estadística no paramétrica Chi Cuadrado de Pearson, para poder determinar si dos variables no son dependientes o independientes, creándose así tablas de contingencia para la tabulación de datos. Para realizar esta prueba estadística se contó con el soporte del paquete estadístico SPSS y del programa Excel.

La base de datos fue creada en SPSS, a partir de la información recopilada con el instrumento, con este software se desarrollan los procedimientos de análisis requeridos para luego ser exportados a Excel a fin de completar la diagramación y presentación por medio del paquete Word.

Las variables que se analizaron aparecen como tablas de contingencia y cabe destacar que al utilizar la prueba estadística se comprobó que solamente dos variables eran dependiente, la variable genero del adolescente y anticonceptivo que utiliza actualmente.

5.1 OBJETIVO 1: ENUMERAR LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CONOCIMIENTO Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES CON VIDA SEXUAL ACTIVA.

PREGUNTA N° 1: DATOS GENERALES: TABLA N° 1 UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR INTERMEDIA (UCSFI)

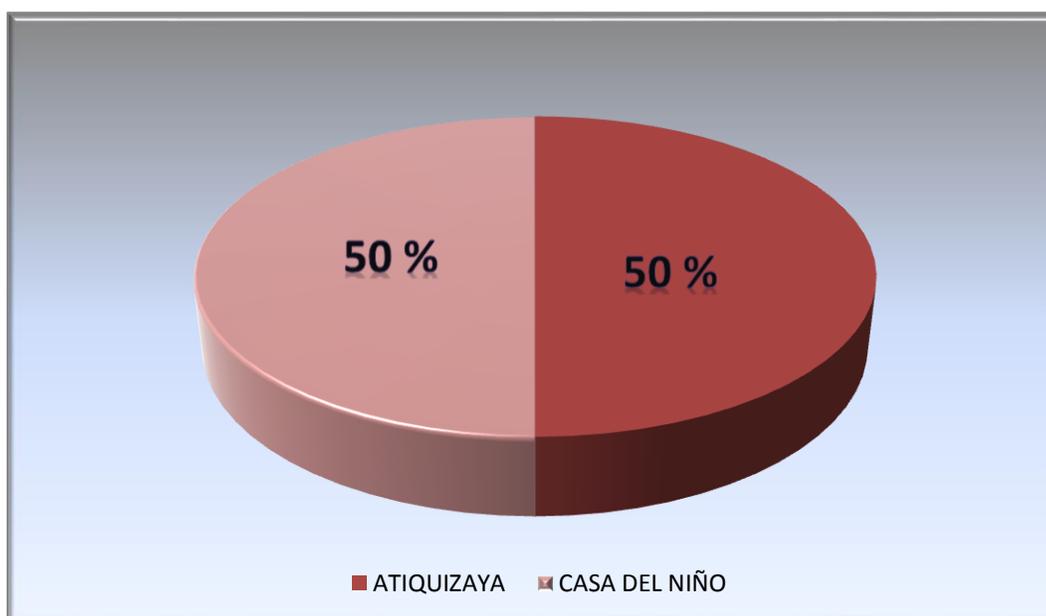
UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR INTERMEDIA DE ATIQIZAYA Y CASA DEL NIÑO DE SANTA ANA MUESTRA TOTAL DE ADOLESCENTES CON VIDA SEXUAL ACTIVA PARTICIPANTES EN LA INVESTIGACIÓN.			
UCSFI	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
ATIQUIZAYA	50	50,0	50,0
CASA DEL NIÑO	50	50,0	100,0
TOTAL	100	100,0	

FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATIQIZAYA Y SANTA ANA 2017.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:

La tabla N° 1 corresponde a la UCSFI de la cual se encuestaron los adolescentes, usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar intermedia Atiquizaya, donde se obtuvo una población de 50 adolescentes, que hacen el 50% de la muestra investigada, así como usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Casa del Niño de Santa Ana, de la cual también se toma una muestra de 50 adolescente, constituyendo el otro 50% de los adolescentes que fueron parte de este estudio, que ya iniciaron una vida sexual activa constituyendo un total de 100% de la población en estudio de esta investigación.

PREGUNTA N° 1: GRAFICA N °1: ADOLESCENTES CON VIDA SEXUAL ACTIVA USUARIOS DE UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR INTERMEDIA DE ATIQUIZAYA Y CASA DEL NIÑO DE SANTA ANA.



FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATIQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

PREGUNTA N° 1: DATOS GENERALES: TABLA N° 2 ÁREA GEOGRÁFICA DE DONDE PROVIENEN LOS ADOLESCENTES CON VIDA SEXUAL ACTIVA PARTICIPANTES EN LA INVESTIGACIÓN.

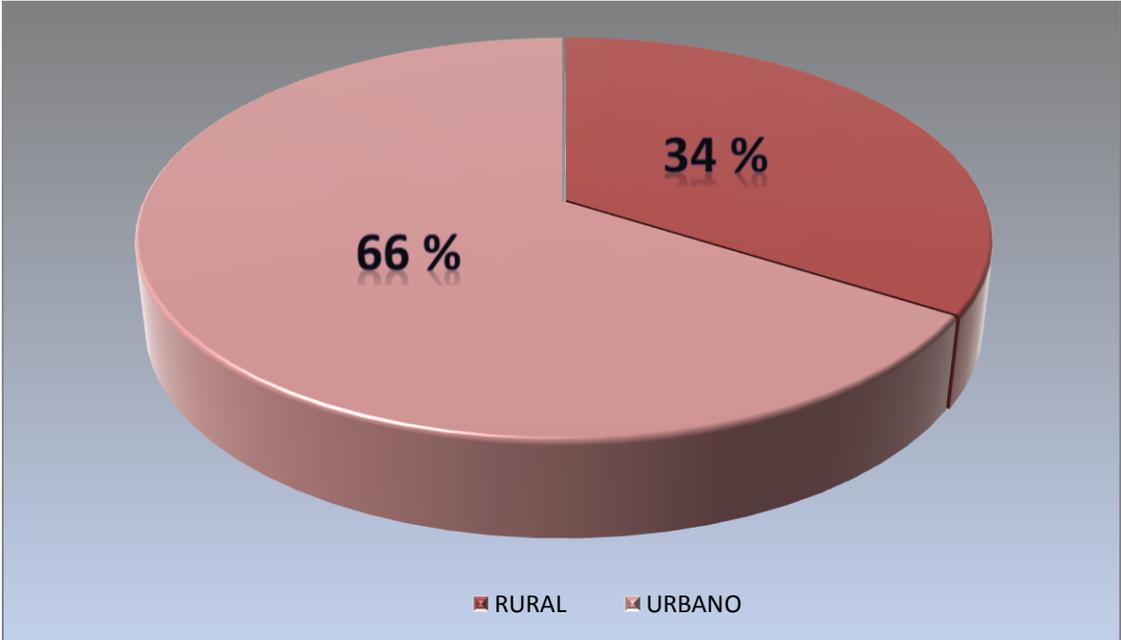
ÁREA GEOGRÁFICA.			
ÁREA GEOGRÁFICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
RURAL	34	34,0	34,0
URBANO	66	66,0	100,0
TOTAL	100	100,0	

FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATIQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:

La tabla N° 2 corresponde a los datos personales que se refieren al área geográfica de donde proviene la población en estudio, obtenidos de la encuesta de los adolescentes con vida sexual activa, usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Atiquizaya y Casa del Niño de Santa Ana, puede observarse que el 34% de los encuestados, son del área rural, y un 66% de los adolescentes son del área urbana, representando el 100% de los adolescentes participantes en la investigación.

PREGUNTA N° 1: GRAFICA N° 2: ÁREA GEOGRÁFICA DE DONDE PROVIENEN LOS ADOLESCENTES CON VIDA SEXUAL ACTIVA.



FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

PREGUNTA N° 1: DATOS GENERALES: TABLA N° 3: EDAD DE ADOLESCENTES CON VIDA SEXUAL ACTIVA.

EDAD DE ADOLESCENTES CON VIDA SEXUAL ACTIVA.			
EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
12	4	4,0	4,0
13	6	6,0	10,0
14	10	10,0	20,0
15	18	18,0	38,0
16	15	15,0	53,0
17	18	18,0	71,0
18	13	13,0	84,0
19	16	16,0	100,0
TOTAL	100	100,0	

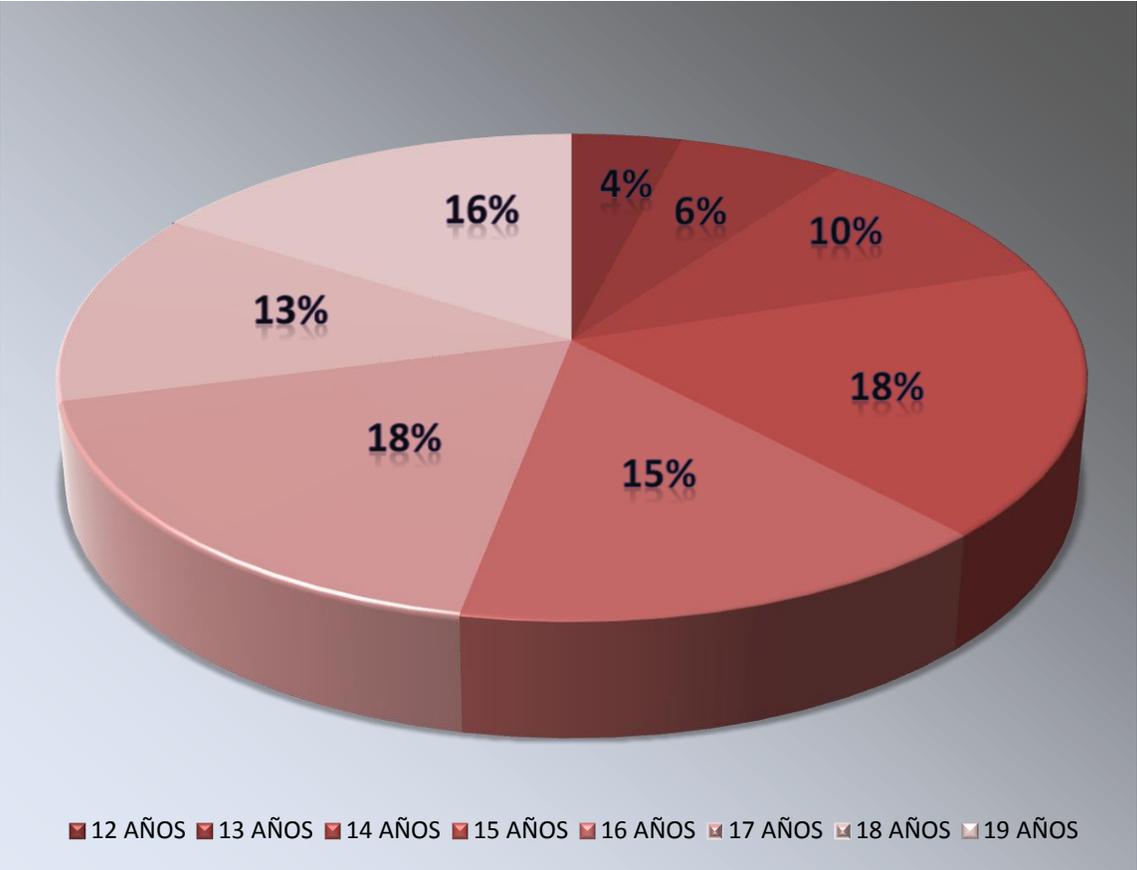
FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:

La tabla N° 3 corresponde a edad de adolescentes con vida sexual activa, datos obtenidos de usuarios participantes de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Atiquizaya y Casa del Niño de Santa Ana, puede observarse que un 4 % de los adolescentes inician su vida sexual activa a la edad de 12 años, un 6 % a los 13 años, un 10% a los 14 años, un 18% a los 15 años, un 15 % a los 16 años, un 18 % a los 17 años

un 13% a los 18 años, un 16 % a los 19 años, teniendo un mayor representatividad la adolescencia en edad mediana y tardía los que demuestra el inicio de relaciones sexuales a temprana edad.

PREGUNTA N° 1: .GRAFICA N° 3: EDAD DE ADOLESCENTES CON VIDA SEXUAL ACTIVA.



FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

PREGUNTA N° 1: DATOS GENERALES: TABLA N° 4: GENERO DE ADOLESCENTES CON VIDA SEXUAL ACTIVA.

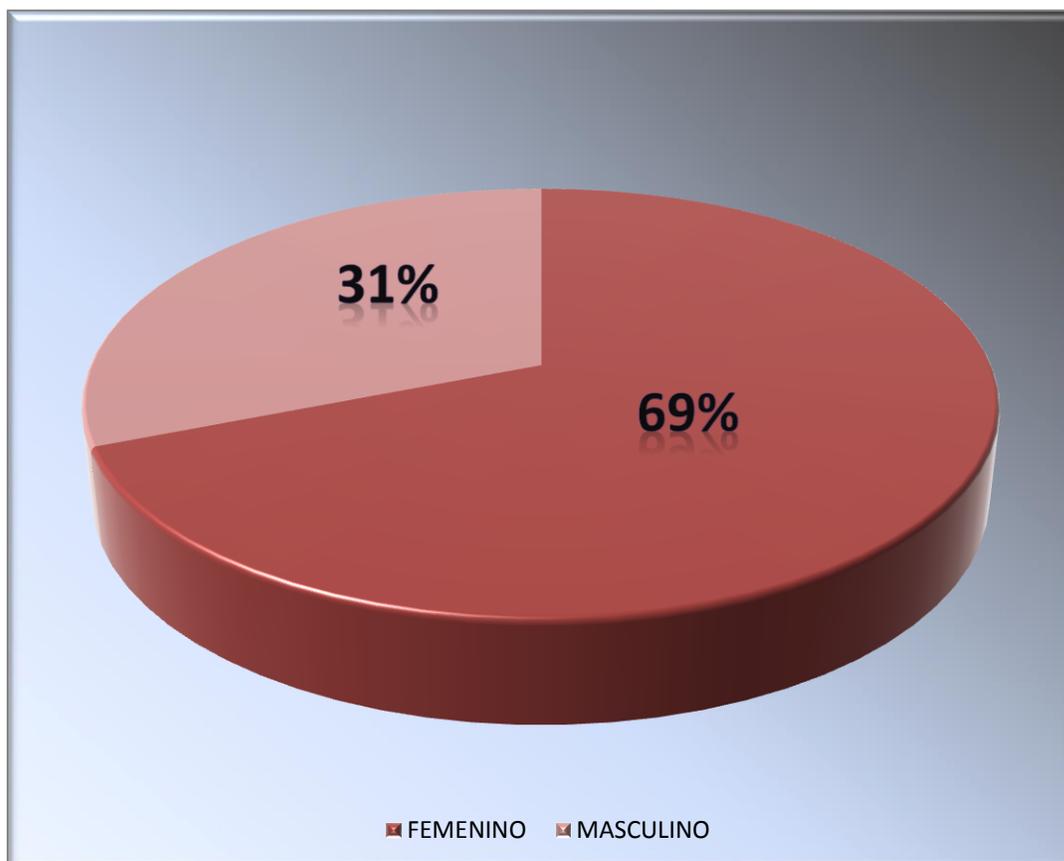
GENERO DE ADOLESCENTES CON VIDA SEXUAL ACTIVA.			
GENERO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
MASCULINO	31	31,0	31,0
FEMENINO	69	69,0	100,0
TOTAL	100	100,0	

FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS:

La tabla N° 4 corresponde a los datos generales obtenidos de los adolescentes con vida sexual activa, usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Atiquizaya y Casa del Niño de Santa Ana, con respecto al género del adolescente, puede observarse que la mayoría de los encuestados son de sexo femenino con un 69% y un 31 % de los adolescentes de sexo masculino, lo que representa el 100% de los encuestados en esta investigación.

PREGUNTA N° 1.GRAFICA N° 4: GENERO DE ADOLESCENTES CON VIDA SEXUAL ACTIVA.



FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

PREGUNTA N° 1: DATOS GENERALES: TABLA N° 5: ESCOLARIDAD DE ADOLESCENTES CON VIDA SEXUAL ACTIVA.

ESCOLARIDAD DE ADOLESCENTES CON VIDA SEXUAL ACTIVA.			
ESCOLARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
PRIMER CICLO	2	2,0	2,0
SEGUNDO CICLO	4	4,0	6,0
TERCER CICLO	52	52,0	58,0
BACHILLERATO	34	34,0	92,0
UNIVERSITARIO	8	8,0	100,0
NINGUNO	0	0,0	
TOTAL	100	100,0	

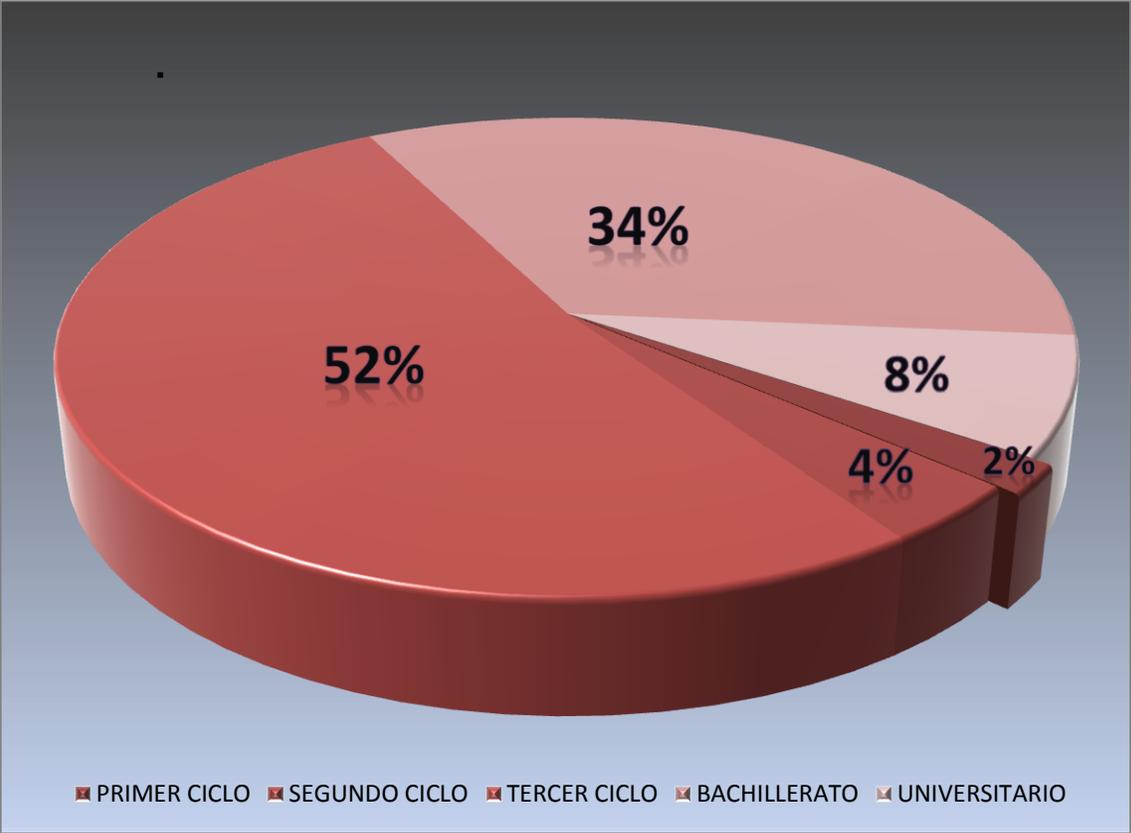
FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATIQUIZAYA Y SANTA ANA 2017

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:

La tabla N° 5 corresponde a la escolaridad, datos obtenidos de adolescentes con vida sexual activa, usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Atiquizaya y Casa del Niño de Santa Ana, puede observarse que un 2% solo tienen una escolaridad de primer ciclo, un 4% de segundo ciclo, un 52% de tercer ciclo, un 34% bachillerato y un 8 % universitario, lo que representa el 100% de la muestra del total en de investigación.

El resultado del estudio, muestra que la escolaridad de los adolescentes de esta en promedio, entre tercer ciclo y bachillerato, por lo que se demuestra que la escolaridad de los adolescentes en estudio se encuentra acorde a lo esperado ya que solo un 6% no han tenido el nivel de estudio adecuado, se concluye que la falta de escolaridad no es un factor que influye en el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos.

PREGUNTA N° 1: GRAFICA N° 5: ESCOLARIDAD DE ADOLESCENTES CON VIDA SEXUAL ACTIVA.



FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

PREGUNTA N° 1: DATOS GENERALES: TABLA N° 6: ESTADO CIVIL DE ADOLESCENTES CON VIDA SEXUAL ACTIVA.

ESTADO CIVIL DE ADOLESCENTE CON VIDA SEXUAL ACTIVA.			
ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
SOLTERO	76	76,0	76,0
ACOMPAÑADO	21	21,0	97,0
CASADO	3	3,0	100,0
TOTAL	100	100,0	

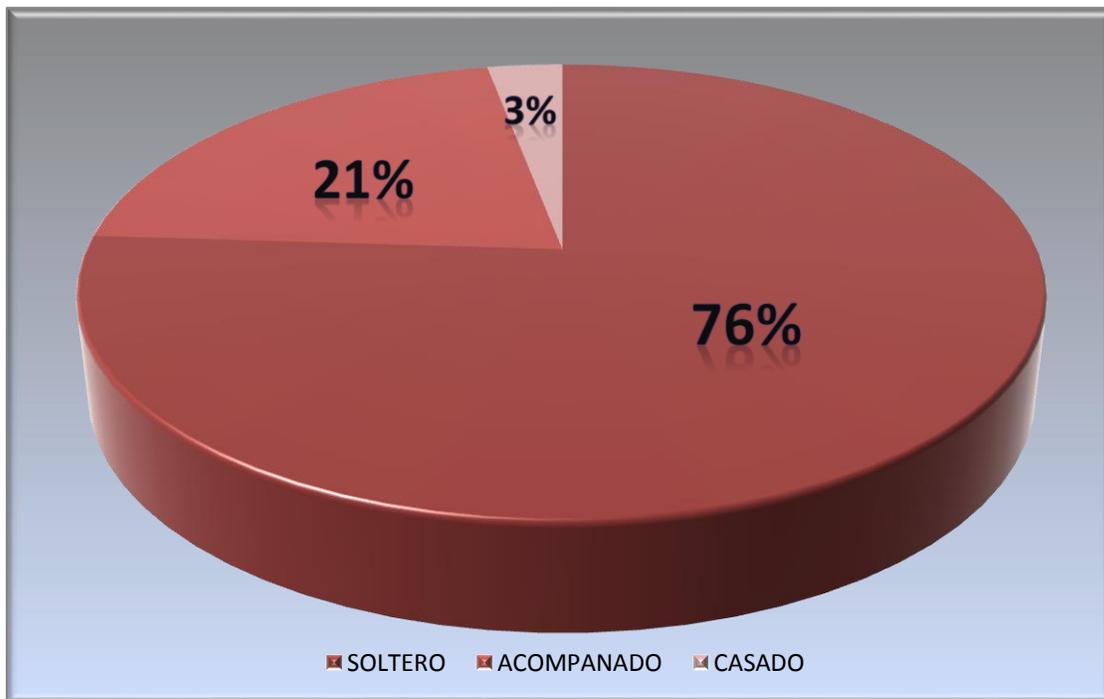
FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATIQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:

La tabla N° 6 corresponde al estado civil, obtenidos de los adolescentes con vida sexual activa, participantes en el estudio, usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Atiquizaya y Casa del Niño de Santa Ana, puede observarse que un 76% de los encuestados son solteros, un 21 % de los adolescentes están acompañados

Y así como un 3 % son casados lo que representa el 100% de la muestra en esta investigación. Se puede observar que a pesar de encontrarse en la adolescencia ya un 24% ha conformado un hogar y el 100% ya inicio relaciones sexuales.

PREGUNTA N° 1: GRAFICA N° 6: ESTADO CIVIL DE ADOLESCENTES CON VIDA SEXUAL ACTIVA.



FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

PREGUNTA N° 1: DATOS GENERALES: TABLA N° 7 OCUPACIÓN DE ADOLESCENTES CON VIDA SEXUAL ACTIVA.

OCUPACIÓN DE ADOLESCENTES CON VIDA SEXUAL ACTIVA.			
OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
ESTUDIANTE	73,0	73,0	73,0
AMA DE CASA	21,0	21,0	94,0
EMPLEADO	1,0	1,0	95,0
JORNALERO	3,0	3,0	98,0
NINGUNO	2,0	2,0	100,0
TOTAL	100	100,0	

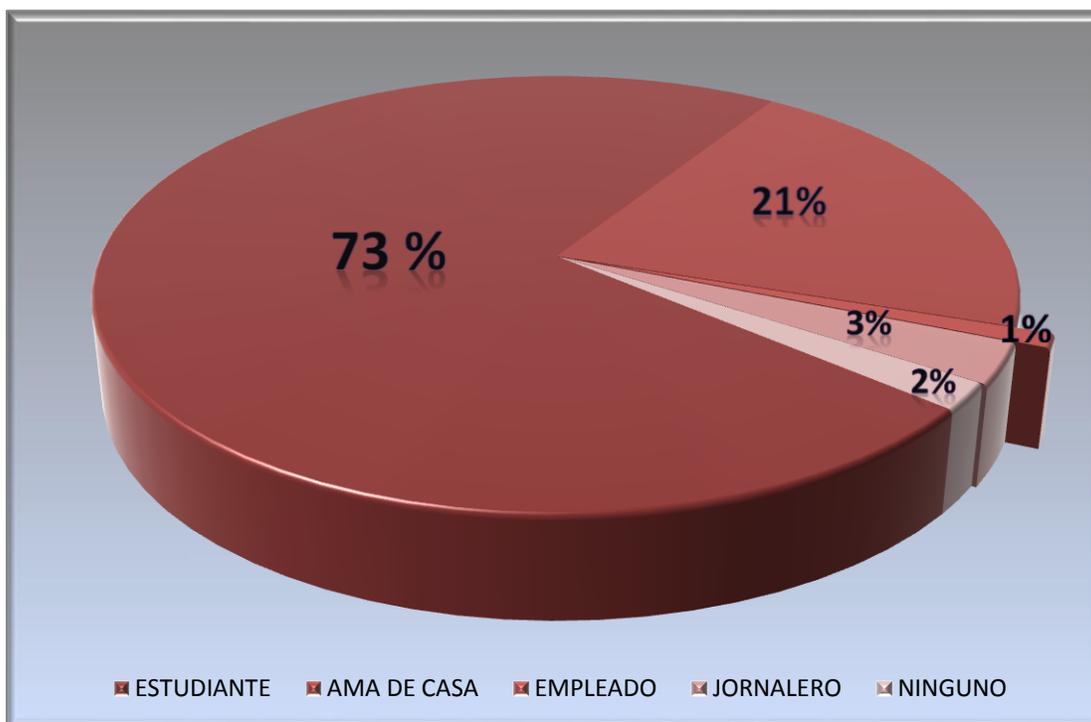
FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

INTERPRETACIÓN y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:

La tabla N° 7 corresponde a datos de la ocupación a la que se dedican actualmente, obtenidos de la encuesta de adolescentes con vida sexual activa, usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Atiquizaya y Casa del Niño de Santa Ana, puede observarse que la mayoría de los encuestados, su ocupación actual es un 73% estudiantes, un 21 % ama de casa, un 3% se dedican a ser jornaleros, un 2% no realizan ninguna actividad ocupacional y solo 1% son empleados, lo que representa el 100% de los encuestados en esta investigación.

Se puede observar que la ocupación de la mayoría de los adolescentes en el estudio, es estudiante en un 73% y que solamente un 2% no realizan ninguna actividad ocupacional.

.PREGUNTA N° 1: GRAFICA N° 7: OCUPACIÓN DE ADOLESCENTES CON VIDA SEXUAL ACTIVA.



FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

PREGUNTA N° 1: DATOS GENERALES: TABLA N° 8 RELIGIÓN DE ADOLESCENTES CON VIDA SEXUAL ACTIVA.

RELIGIÓN DE ADOLESCENTE CON VIDA SEXUAL ACTIVA.			
RELIGIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
CATÓLICA	45	45,0	45,0
EVANGÉLICA	34	34,0	79,0
MORMÓN	3	3,0	82,0
NINGUNA	18	18,0	100,0
TOTAL	100	100,0	

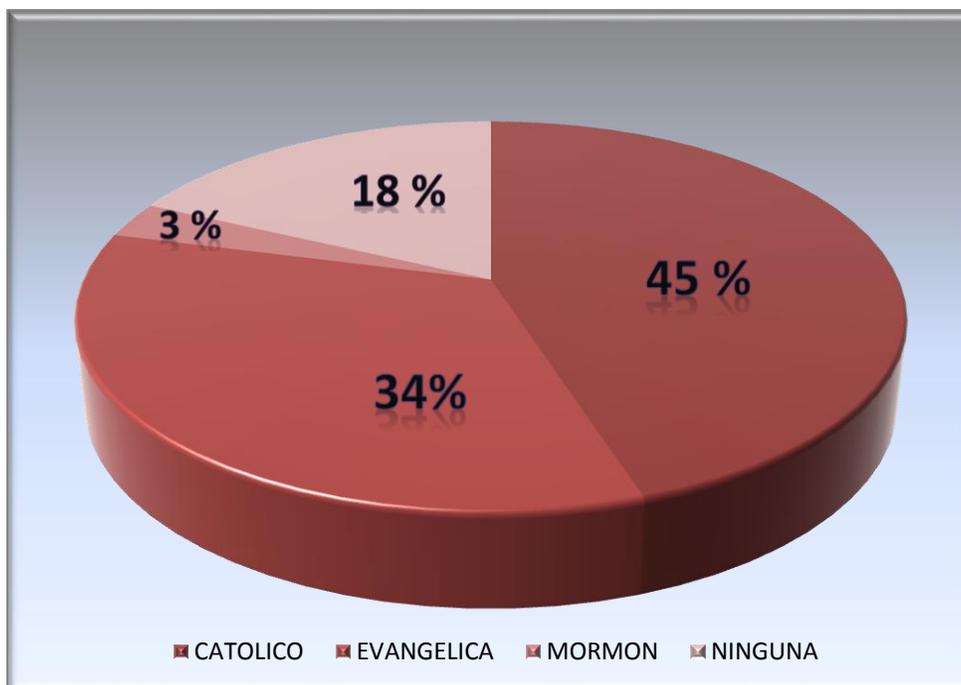
FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATIQIZAYA Y SANTA ANA 2017.

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS:

La tabla 8 corresponde a la religión a la que son afines, obtenidos de la encuesta de los adolescentes con vida sexual activa, usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Atiquizaya y Casa del Niño de Santa Ana, puede observarse que el 45% de los encuestados, son afines a la religión católica,

a la religión evangélica son afines un 34% , un 3% son mormones y se observar que solo un 18% no son afines a ninguna religión, representando el 100% de la muestra total de esta investigación.

PREGUNTA N° 1: DATOS GENERALES: GRAFICA N° 8 RELIGIÓN DE ADOLESCENTES CON VIDA SEXUAL ACTIVA.



FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

PREGUNTA N° 2: ESTADO CIVIL DE LOS PADRES.

ESTADO CIVIL DE LOS PADRES.			
ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
CASADO	31	31,0	31,0
ACOMPAÑADO	13	13,0	44,0
DIVORCIADO	7	7,0	51,0
SEPARADOS	23	23,0	74,0
SOLTERO	9	9,0	83,0
EN EL EXTRANJERO	17	17,0	100,0
TOTAL	100	100,0	

FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

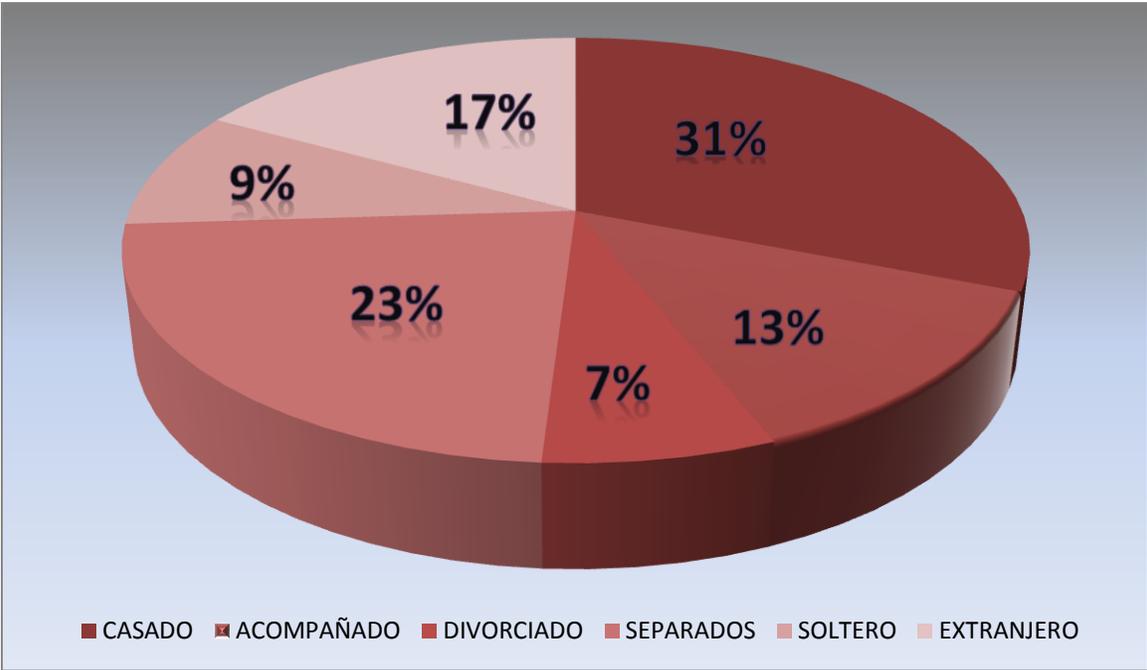
INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:

La pregunta N° 2 corresponde al estado civil de los padres información obtenida de la encuesta de adolescentes con vida sexual activa, que son usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Atiquizaya y Casa del Niño de Santa Ana, donde se puede observar que un 31% de adolescentes proviene de un hogar donde los padres son casado y un 13% son acompañados.

La tabla además representa que un 9% son de padres solteros y un 23% son de padres separados así como 7% de padres divorciados haciendo notar además que un 17% los padres se encuentran en el extranjero.

Según los resultados obtenidos en este estudio se demuestra que solo un 44% de los adolescentes en estudio provienen de hogares funcionales y representando un 66% de la población en estudio proviene de hogares disfuncionales, presentando así el 100% de la muestra en estudio.

PREGUNTA N° 2: GRAFICA N° 2: ESTADO CIVIL DE LOS PADRES.



FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

PREGUNTA N° 3: INTEGRACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR.

INTEGRACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR.			
GRUPO FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
MADRE	16	16,0	16,0
AMBOS	35	35,0	51,0
ABUELOS	9	9,0	60,0
HERMANOS	4	4,0	64,0
MADRE HERMANOS, ABUELOS	12	12,0	76,0
AMBOS, HERMANOS, ABUELOS	5	5,0	81,0
PADRE	7	7,0	88,0
MADRE HERMANOS, PADRASTRO	8	8,0	96,0
PADRE HERMANOS MADRASTRA	4	4,0	100,0
TOTAL	100	100,0	

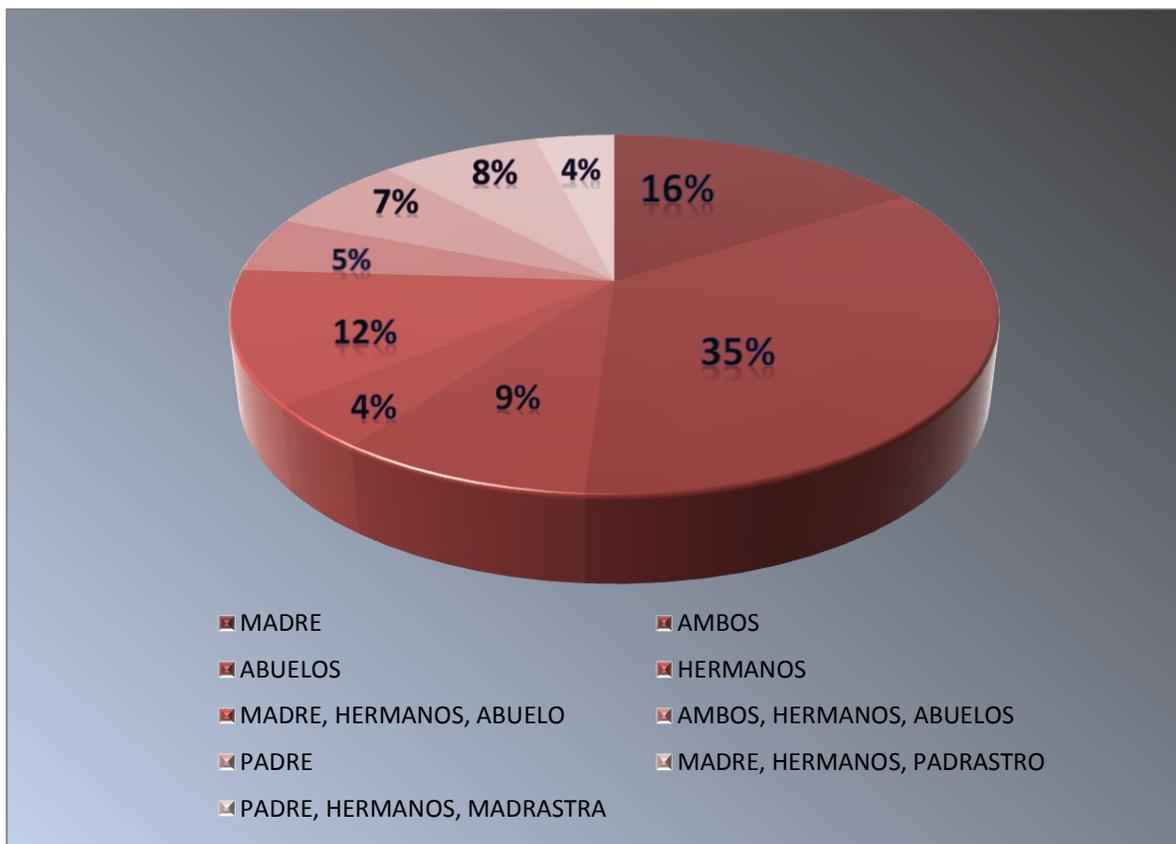
FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATIQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:

La pregunta N° 3 corresponde como está integrado el grupo familiar, datos obtenidos de la encuesta de adolescentes con vida sexual activa, usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Atiquizaya y Casa del Niño de Santa Ana, se puede observar que un 35% de la población encuestada refiere que la conformación de la familia es por ambos padres, un 5% de la muestra además de ambos padres la integran, hermanos y abuelos, un 16%

de los adolescentes en estudio refiere que está conformada la familia por uno de los padres en este caso por la madre, un 12% la forman con la madre, hermanos y abuelos, con el padre solo un 7%; demostrando que un 35% de los adolescentes se encuentran bajo la responsabilidad de solo uno de los padres (familia monoparental), un 9% de adolescentes viven con abuelos y viviendo con hermanos se encuentra un 4%, demostrando que un 13% de los adolescentes en estudio es responsabilidad de otro miembro de la familia y un 12% está formada por familia ensamblada. Demostrando así como es la integración de cada familia en el 100% de la muestra en estudio. Según los resultados obtenidos en este estudio se demuestra que un 60% de los adolescentes provienen de familias disfuncionales y un 40% proviene de familias funcionales.

PREGUNTA N° 3: GRAFICA N° 3: INTEGRACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR.



FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

PREGUNTA N° 4 ¿CON QUIÉN VIVE ACTUALMENTE?

CON QUIEN VIVE ACTUALMENTE.			
CON QUIEN VIVE ACTUALMENTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
PADRE	7	7,0	7,0
MADRE	16	16,0	23,0
AMBOS	22	22,0	45,0
HERMANOS	1	1,0	46,0
PAREJA	17	17,0	63,0
VIVE SOLA	8	8,0	71,0
ABUELOS	20	20,0	91,0
MADRE, PADRASTRO	6	6,0	97,0
PADRE MADRASTRA	3	3,0	100,0
TOTAL	100	100,0	

FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATIQUIZAYA Y SANTA ANA 2017

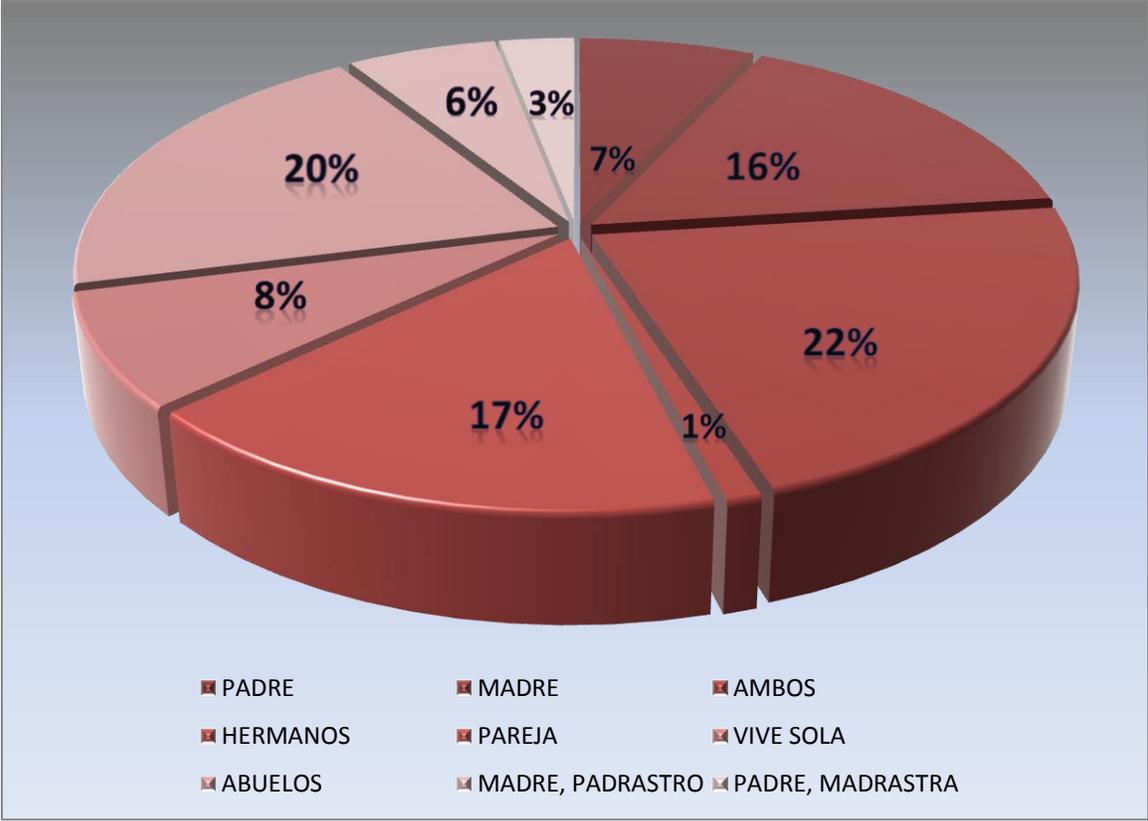
INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:

La pregunta N° 4 corresponde con quien vive actualmente información obtenida de la encuesta de los adolescentes con vida sexual activa, que son usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Atiquizaya y Casa del Niño de Santa Ana, donde se puede observar que un 22% contestó que actualmente vive con ambos padres, 20% de la muestra está Viviendo con abuelos, con la pareja 17%, con la madre actualmente conviven 16%

7% con el padre, donde refleja que 23% vive en familia monoparental de toda la población en estudio, 9% vive en familia ensamblada, solamente 1% vive con hermanos y a pesar de la corta edad un 8% ya se encuentra viviendo solo.

Según los resultados obtenidos en este estudio se demuestra que un 22% continúa con su familia nuclear y 53% actualmente está con familia disfuncional, un 17% vive con la pareja y un 8% vive actualmente solo, presentando así el 100% de la muestra en estudio.

PREGUNTA N° 4: GRAFICA N° 4: ¿CON QUIÉN VIVE ACTUALMENTE?



FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

PREGUNTA N° 5: ¿CUÁLES SON TUS METAS PARA EL FUTURO?

TUS METAS PARA EL FUTURO..			
METAS A FUTURO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
TRABAJAR	24	24,0	24,0
ESTUDIAR	10	10,0	34,0
CULMINAR UNA CARRERA	32	32,0	66,0
FORMAR UNA FAMILIA	8	8,0	74,0
NO SABE	8	8,0	82,0
TRABAJAR Y ESTUDIAR	14	14,0	96,0
TRABAJAR, ESTUDIAR, UNA CARRERA, FAMILIA	2	2,0	98,0
TRABAJAR, UNA CARRERA, FAMILIA	2	2,0	100,0
TOTAL	100	100,0	

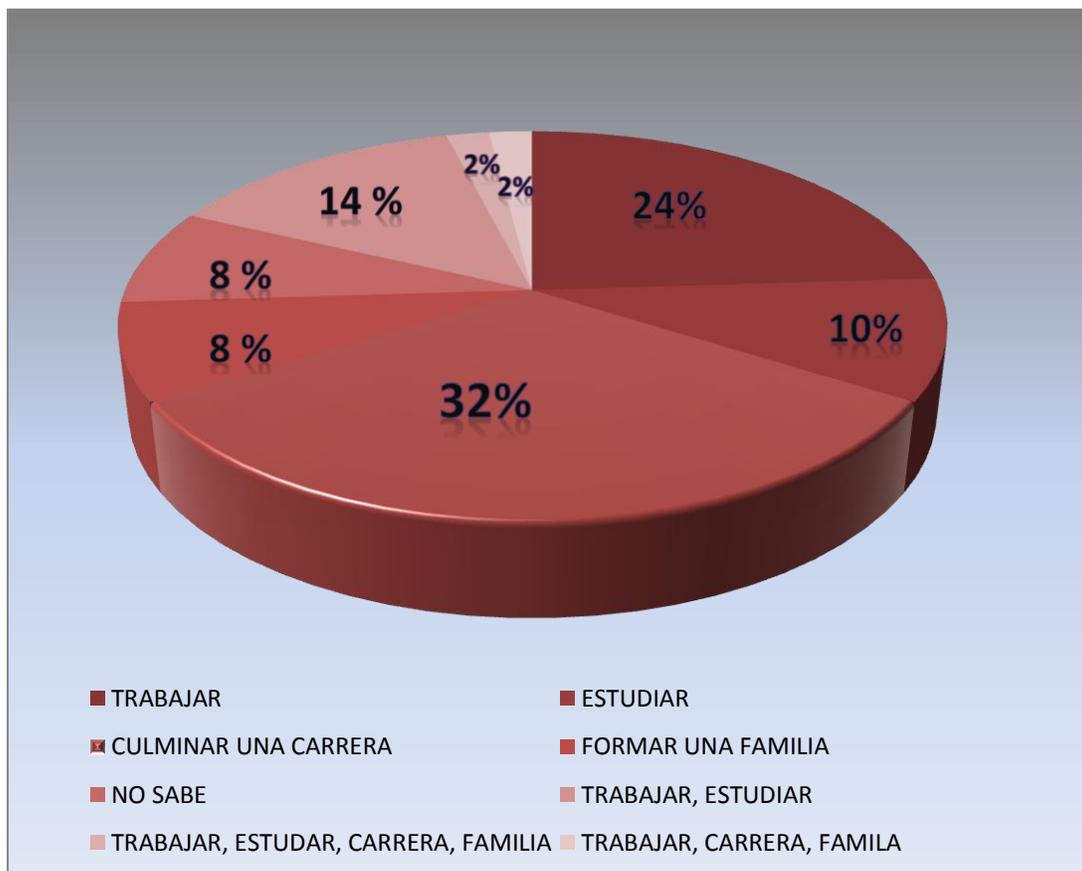
FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS:

La pregunta N° 5 corresponde la pregunta sobre las metas para el futuro información obtenida de la encuesta de los adolescentes con vida sexual activa,

que son usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Atiquizaya y Casa del Niño de Santa Ana, donde contestaron un 32% de los adolescentes que desea culminar una carrera, 24% trabajar, 14% de los adolescentes sus metas para el futuro es trabajar y estudiar, 10% continuar estudiando, 8% formar una familia, de estos el 4% tiene como metas más de una de las anteriores y solamente un 8% no tiene metas para el futuro. Según los resultados obtenidos en este estudio un 92% de adolescentes tiene metas para el futuro y el 8% de la muestra no tiene metas establecidas para el futuro, representando así el 100% de la muestra en estudio.

PREGUNTA N° 5 GRAFICA N° 5: ¿CUÁLES SON TUS METAS PARA EL FUTURO?



FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

PREGUNTA N° 6: ¿CÓMO TE SIENTES CONTIGO MISMO?

COMO TE SIENTES CONTIGO MISMO.			
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
TE ACEPTAS A TI MISMO	86	86,0	86,0
NO TE ACEPTAS	10	10,0	96,0
NO TE INTERESA	4	4,0	100,0
TOTAL	100	100,0	

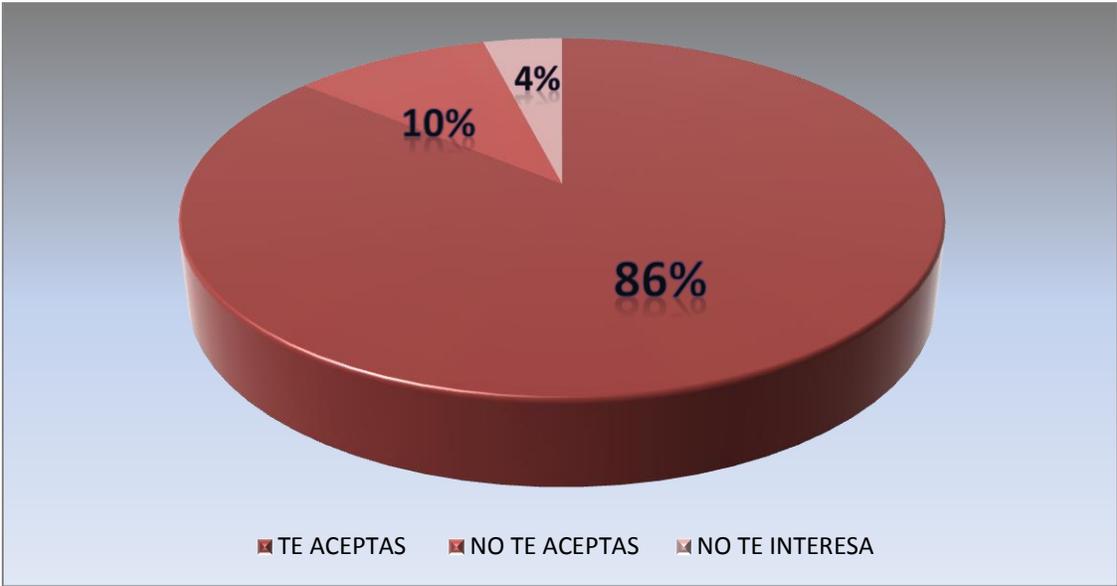
FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATIQIZAYA Y SANTA ANA 2017.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS:

La pregunta N° 6 corresponde a la pregunta cómo te sientes contigo mismo información obtenida de la encuesta de los adolescentes con vida sexual activa, que son usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de

Atiquizaya y Casa del Niño de Santa Ana, donde se puede observar que un 86% de los adolescentes en estudio se acepta así mismo, solo un 10% de la muestra no se acepta, y un 4% considera que no le interesa, presentando así el 100% de la muestra en estudio.

PREGUNTA N° 6: GRAFICA N° 6: ¿CÓMO TE SIENTES CONTIGO MISMO?



FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

PREGUNTA N° 7 : ¿UTILIZA ALGÚN TIPO DE DROGA?

UTILIZAS DROGAS			
UTILIZA DROGAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
SI	18	18,0	18,0
NO	82	82,0	100,0
TOTAL	100	100,0	

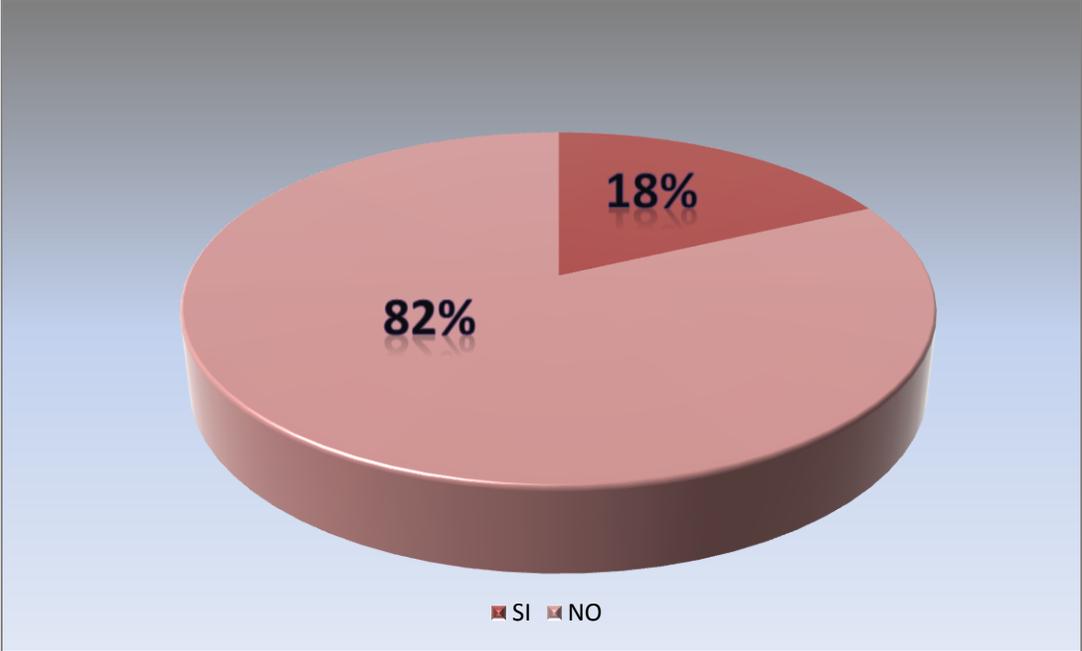
FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS:

La pregunta N° 7 corresponde a si utiliza algún tipo de droga información obtenida de la encuesta de los adolescentes con vida sexual activa, que son usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Atiquizaya y Casa del Niño de Santa Ana, donde se puede observar que un 82% contestó que no utiliza drogas y 18% de la muestra en estudio contestó que si utiliza drogas, presentando así el 100% de la muestra en estudio.

Según los resultados obtenidos en este estudio se demuestra que la utilización de drogas en los adolescentes de la muestra no es un dato representativo.

PREGUNTA N° 7: GRAFICA N° 7: ¿UTILIZA ALGÚN TIPO DE DROGA?



FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATIQIZAYA Y SANTA ANA 2017.

PREGUNTA N° 8: ¿CUAL O CUALES DROGAS?

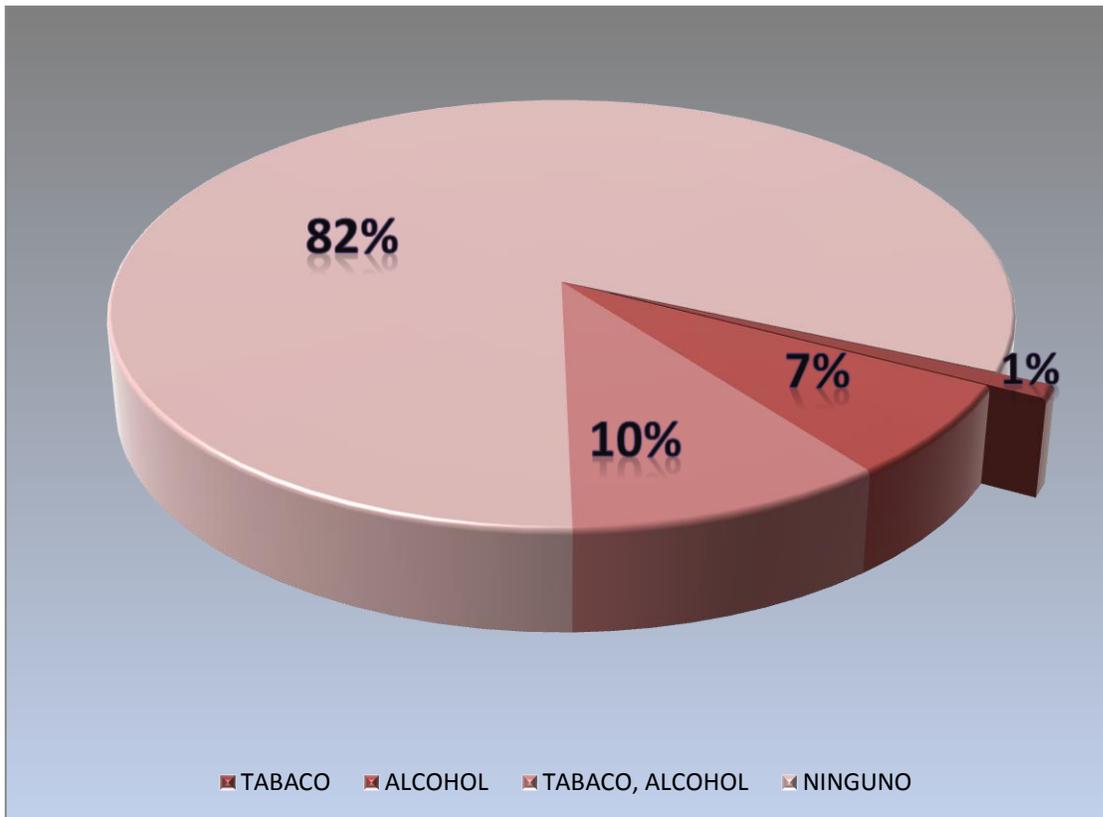
CUAL DROGA UTILIZA.			
CUAL DROGA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
TABACO	1	1,0	1,0
ALCOHOL	7	7,0	8,0
TABACO, ALCOHOL	10	10,0	18,0
MARIHUANA	0	0,0	0,0
COCAÍNA	0	0,0	0,0
OTROS	0	0,0	0,0
NINGUNO	82	82,0	100,0
TOTAL	100	100,0	

FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS:

La pregunta N° 8 corresponde a cual droga es la que utilizan los adolescentes con vida sexual activa que son usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Atiquizaya y Casa del Niño de Santa Ana, según los datos obtenidos de la encuesta el 1% de los adolescentes utilizan el tabaco, un 7% el alcohol, un 10% hacen uso del alcohol y el tabaco, mientras que un 82% de los encuestados no hacen uso de ninguna droga, presentando así el 100% de la muestra en estudio.

PREGUNTA N° 8: GRAFICA N° 8: ¿CUAL O CUALES DROGAS?



FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATIQIZAYA Y SANTA ANA 2017.

PREGUNTA N° 15: ¿QUÉ TIPO DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR CONOCES?

TIPO DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE CONOCES.			
ANTICONCEPTIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
MÉTODO DE BARRERA	36	36,0	36,0
DIU	8	8,0	44,0
MÉTODO NATURAL	7	7,0	51,0
INYECTABLES	24	24,0	75,0
ANTICONCEPTIVO ORAL	25	25,0	100,0
TOTAL	100	100,0	

FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

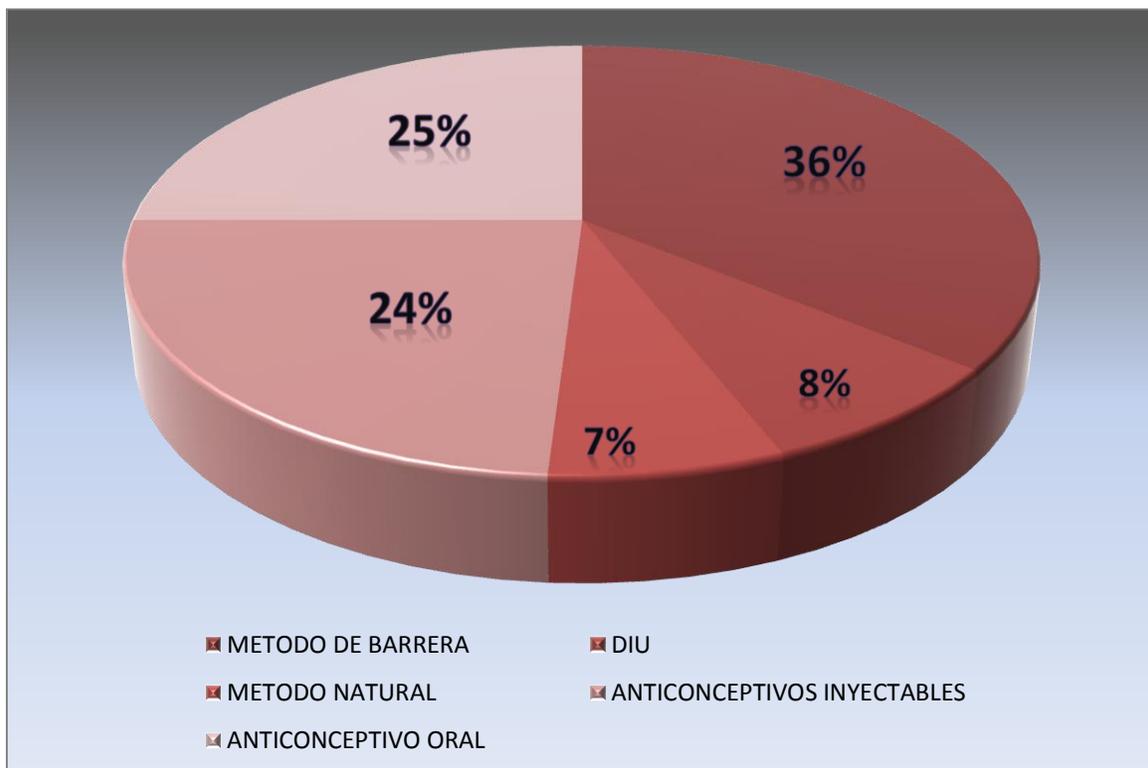
INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS:

La pregunta N° 15 corresponde al tipo de método de planificación familiar conoces, información obtenida de la respuesta de los adolescentes con vida sexual activa, que son usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Atiquizaya y Casa del Niño de Santa Ana, un 36% de los adolescentes encuestados respondió que el método de barrera, el 8% respondió que el DIU, el método natural responden que lo conocen solo un 7%, un 24% de los adolescentes respondió que conoce los anticonceptivos inyectables, y el 25%

de los adolescentes en estudio refiere que conoce los anticonceptivos orales. Siendo el 100% de la muestra.

Se demuestra en el estudio, con el 100% de la muestra total, que todos los adolescentes participantes conocen la existencia de métodos de planificación familiar, además se comprueba que el 100% de los sujetos de la muestra conocen al menos dos métodos de planificación. Así como se debe tomar en cuenta que los métodos que más se conocen es el método de barrera y en orden decreciente los anticonceptivos orales y las inyecciones.

PREGUNTA N° 15: GRAFICA N° 15: ¿QUÉ TIPO DE MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR CONOCES?



FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017

PREGUNTA N° 16: ¿CÓMO CALIFICAS TUS CONOCIMIENTOS SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR?

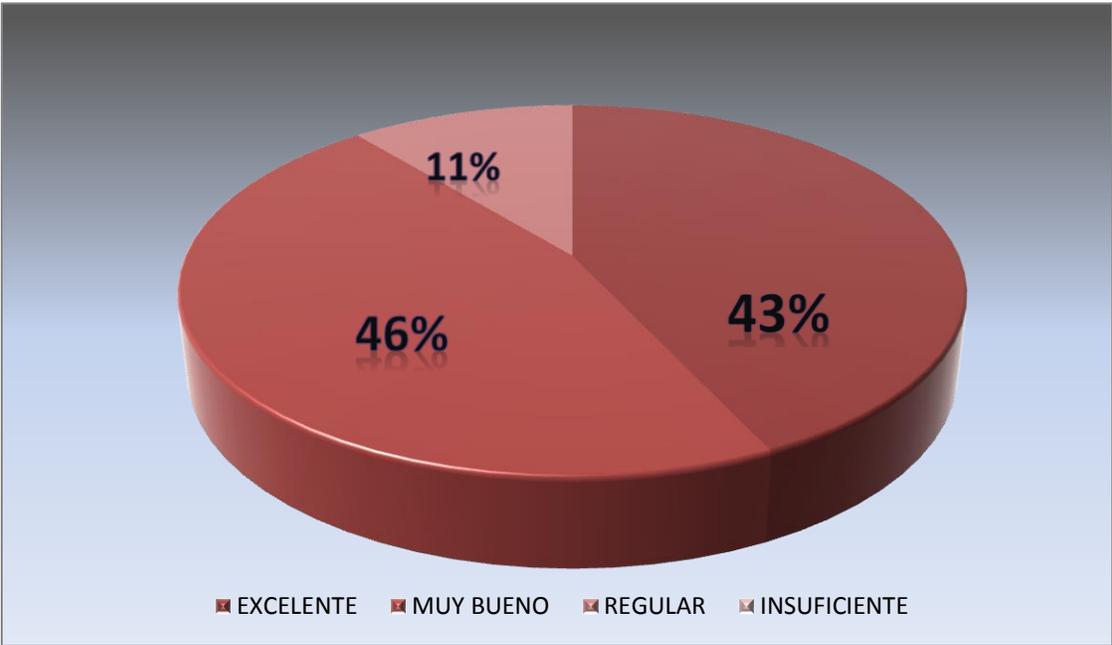
<i>CALIFICAS TUS CONOCIMIENTOS SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.</i>			
CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
EXCELENTE	43	43,0	43,0
MUY BUENO	46	46,0	89,0
REGULAR	11	11,0	100,0
INSUFICIENTE	0	0,0	0,0
TOTAL	100	100,0	

FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS:

La pregunta N° 16 corresponde a cómo califica tus conocimientos sobre método de planificación conoces información obtenida de la encuesta de los adolescentes con vida sexual activa, que son usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Atiquizaya y Casa del Niño de Santa Ana, un 43% de los adolescentes encuestados respondió que su conocimiento es excelente y el 46% refiere que es muy bueno, solamente un 11% de los adolescentes con vida sexual activa refiere que sus conocimientos sobre planificación familiar es regular.

PREGUNTA N° 16. GRAFICA N° 16: ¿CÓMO CALIFICAS TUS CONOCIMIENTOS SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR?



FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

PREGUNTA N° 17: ¿CÓMO OBTUVO USTED LOS CONOCIMIENTOS SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR?

DE DONDE OBTUVO EL CONOCIMIENTO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR.			
CONOCIMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
PADRES	10	10,0	10,0
CENTRO EDUCATIVO	25	25,0	35,0
CENTROS DE SALUD	5	5,0	40,0
RELIGIÓN	0	0,0	40,0
MEDIOS DE COMUNICACIÓN	10	10,0	50,0
AMIGOS	32	32,0	82,0
FAMILIAR	7	7,0	89,0
NINGUNO	11	11	100,0
TOTAL	100,0	100,0	

FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

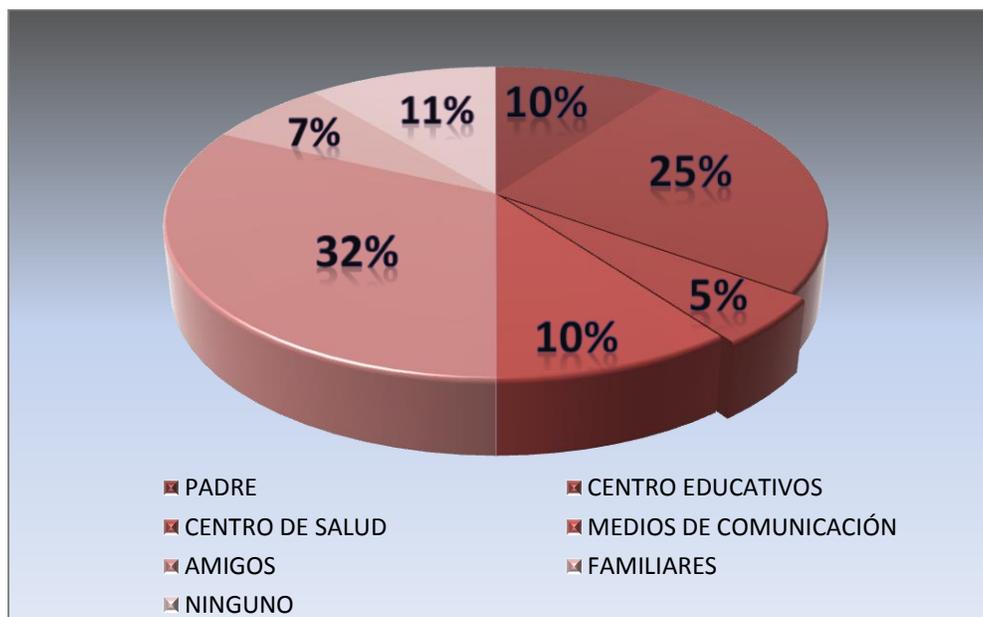
INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS:

La pregunta N° 17 corresponde a donde obtuvo los conocimientos sobre métodos de planificación familiar, información obtenida de la encuesta de los adolescentes con vida sexual activa, que son usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Atiquizaya y Casa del Niño de Santa Ana, donde los adolescentes en estudio contestaron que solo un 10% de ellos recibieron el conocimiento de los métodos de planificación familiar de los padres, un 25% lo obtuvieron en los centros educativos, se nota la poca información que se obtiene de los centros de salud ya que solo un 5% de los adolescentes recibieron la información en esos establecimientos,

se nota que las instituciones religiosas no abordan el tema de los métodos anticonceptivos ya que el porcentaje de información que recibieron fue del 0%, de los medios de comunicación un 10% de los adolescentes recibió la información sobre métodos de planificación, los amigos es de quien obtuvieron el conocimiento con un 32% siendo este el mayor porcentaje, solo un 7% lo obtuvieron de la familia y el 11% refiere no haber obtenido de ninguna de las opciones anteriores. Haciendo el total del 100% de los sujetos en estudio.

El resultado demuestra que de los padres y la familia el adolescente muy poco recibe conocimiento, las instituciones de salud prácticamente no están ejerciendo la responsabilidad que le compete haciendo notar que mejor educación está ejerciendo un mejor rol y los medios de comunicación que antes era el promotor de esta información muy poco están enfocando sus temas a dar información sobre esto.

PREGUNTA N° 17 GRAFICA N° 17: ¿CÓMO OBTUVO USTED LOS CONOCIMIENTOS SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR?



FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

PREGUNTA N° 22: ¿CONSIDERA USTED QUE EXISTEN RAZONES QUE HACE QUE LOS ADOLESCENTES NO UTILICEN MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR A PESAR DE LA EXISTENCIA DE DICHS MÉTODOS EN LOS CENTROS DE SALUD?

EXISTEN RAZONES PARA LA NO UTILIZACIÓN DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.			
RAZONES	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
SI	42	42,0	42,0
NO	58	58,0	100,0
TOTAL	100,0	100,0	

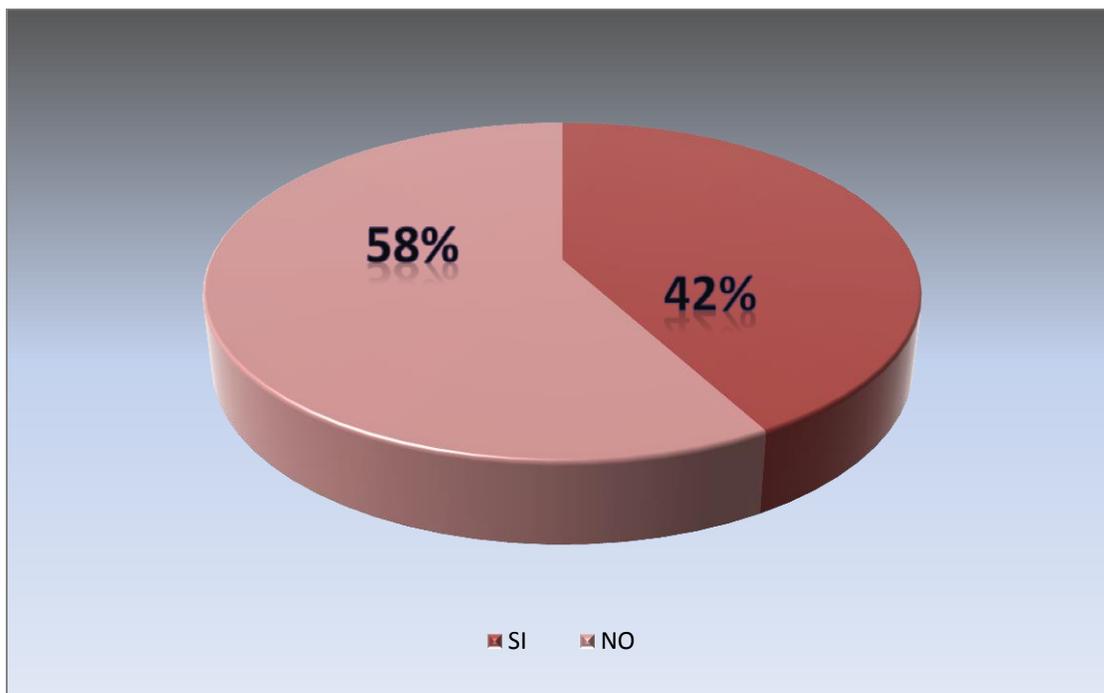
FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS:

La pregunta N° 22 corresponde a que existen razones para la no utilización de métodos de planificación familiar, información obtenida de la encuesta de los adolescentes con vida sexual activa, que son usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Atiquizaya y Casa del Niño de Santa Ana, a esta pregunta un 42% considera que si existen razones para no utilizar métodos anticonceptivos y un 58% considera que no hay razón para el uso de estos métodos.

A pesar que los resultados no son representativos para decir que si existen razones los adolescentes en un 77% respondieron la siguiente pregunta sobre cuales creen que sean estas razones.

PREGUNTA N° 22: GRAFICA N° 22: ¿CONSIDERA USTED QUE EXISTEN RAZONES QUE HACE QUE LOS ADOLESCENTES NO UTILICEN MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR A PESAR DE LA EXISTENCIA DE DICHS MÉTODOS EN LOS CENTROS DE SALUD?



FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

PREGUNTA N° 23: ¿CUÁL CONSIDERA EL FACTOR MÁS IMPORTANTE PARA NO UTILIZAR MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS?

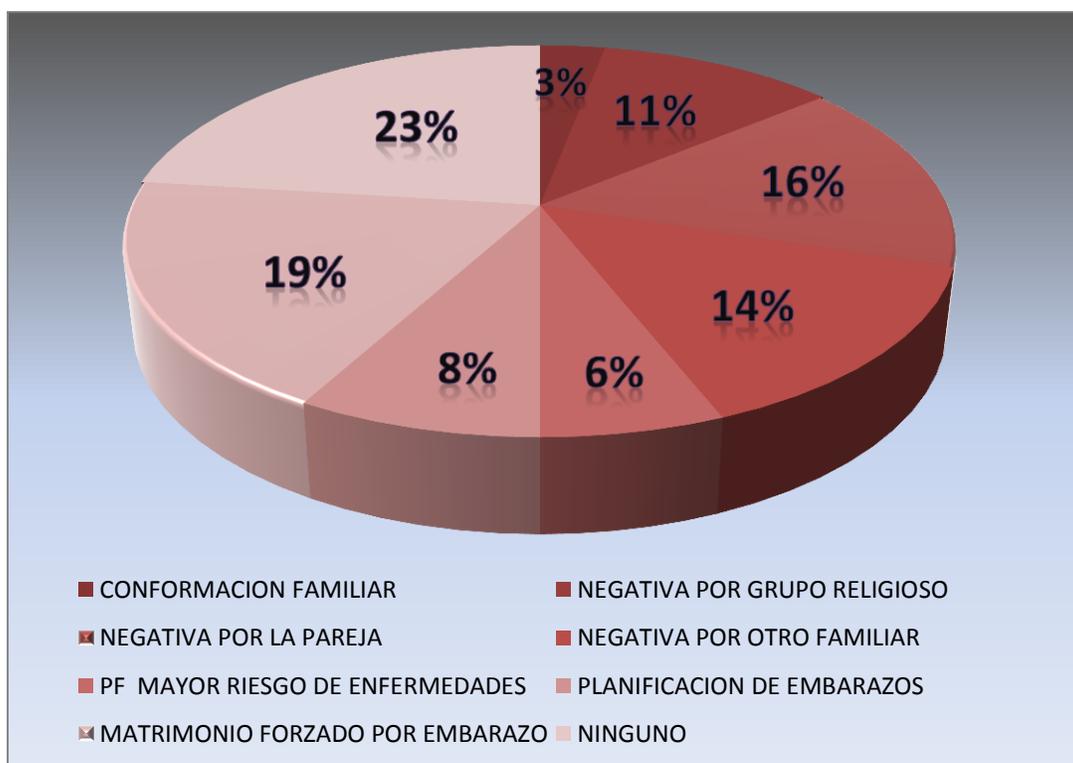
<i>EL FACTOR MÁS IMPORTANTE.</i>			
FACTORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
CONFORMACIÓN FAMILIAR EN GRUPO NUMEROSO	3	3,0	3,0
INFLUENCIA POR GRUPO RELIGIOSO	11	11,0	14,0
NEGATIVA POR LA PAREJA	16	16,0	30,0
NEGATIVA POR OTRO FAMILIAR	14	14,0	44,0
OCASIONAN MAYOR RIESGO DE ENFERMEDADES	6	6,0	50,0
PLANIFICACIÓN DE EMBARAZOS	8	8,0	58,0
MATRIMONIO FORZADO DEBIDO A UN EMBARAZO	19	19,0	77,0
NINGUNO	23	23,0	100,0
TOTAL	100	100,0	

FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS:

La pregunta N° 23 corresponde cual es el factor más importante para la no utilización de métodos de planificación familiar, información obtenida de la encuesta de los adolescentes con vida sexual activa, que son usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Atiquizaya y Casa del Niño de Santa Ana, donde un 19% refiere que es para llegar a un matrimonio forzado debido a un embarazo, 16% negativa de la pareja, 14% negativa por otro miembro de la familia, 11% opina que por influencia religiosa, 8% opina que porque quieren un embarazo, 6% que es porque ocasionan mayor riesgo de enfermedades, 3% conformación familiar en grupo numeroso, y un 23% refiere que no hay un factor que incida en el no uso de métodos anticonceptivos.

PREGUNTA N° 23: GRAFICA N° 23: ¿CUÁL CONSIDERA EL FACTOR MÁS IMPORTANTE PARA LA NO UTILIZACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS?



FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

PREGUNTA N° 24: ¿QUE INFORMACIÓN RECIBES DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN SOBRE LA CONDUCTA SEXUAL?

INFORMACIÓN QUE RECIBES DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN SOBRE LA CONDUCTA SEXUAL.			
INFORMACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
EMBARAZO EN ADOLESCENTES	22	22,0	22,0
CONTROL Y PREVENCIÓN DE ITS	33	33,0	55,0
PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y RELACIONES SEXUALES DE RIESGO	28	28,0	83,0
DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LA MUJER ADOLESCENTE	7	7,0	90,0
IMPORTANCIA DEL CONTROL PRENATAL COMPLETO Y PRECOZ	5	5,0	95,0
VIOLENCIA DE GENERO	5	5,0	100,0
TOTAL	100,0	100,0	

FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATIQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS:

La pregunta N° 24 corresponde a la información que reciben los adolescentes de los medios de comunicación sobre la conducta sexual, que son usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Atiquizaya y Casa del Niño de Santa Ana, un 22 % reciben información con respecto a la prevención de embarazos durante la adolescencia, un 33% control y prevención de enfermedades de transmisión sexual, un 28 % con respecto a la planificación familiar y así mismo evitar relaciones sexuales de riesgo, un 7% en los derechos sexuales y reproductivos de la mujer adolescentes , un 5 % la importancia de controles del prenatal completo y precoz mientras que el 5% restante de los adolescente hace énfasis en la violencia de genero. , haciendo un total del 100% de la muestra en estudio.

PREGUNTA N° 24: GRAFICA N° 24: ¿QUE INFORMACIÓN RECIBES DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN SOBRE LA CONDUCTA SEXUAL?



FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

5.2 OBJETIVO 2: DETERMINAR LA EDAD DE INICIO DE ACTIVIDAD SEXUAL EN ADOLESCENTES.

PREGUNTA N° 9: COMPORTAMIENTO SEXUAL: TABLA N° 9-1 EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES

EDAD INICIO DE RELACIONES SEXUALES			
EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
12	7	7,0	7,0
13	14	14,0	21,0
14	28	28,0	49,0
15	24	24,0	73,0
16	16	16,0	89,0
17	5	5,0	94,0
18	3	3,0	97,0
19	3	3,0	100,0
TOTAL	100	100,0	

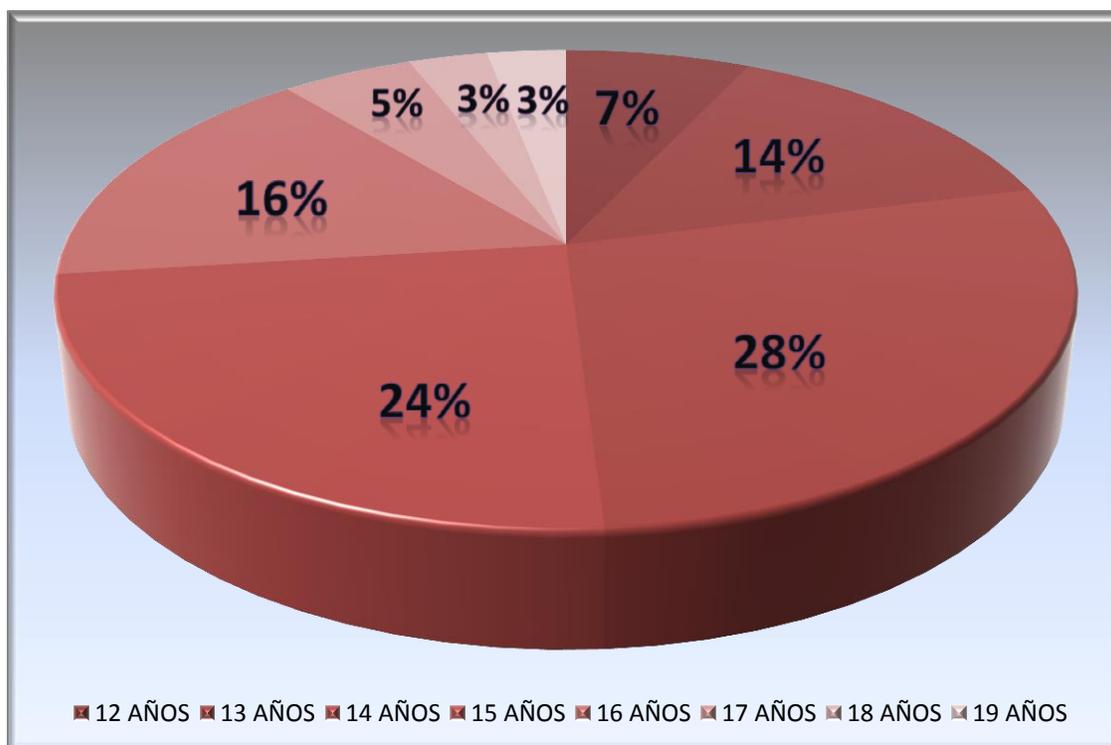
FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS:

La pregunta N° 9 tabla N° 9-1 corresponde a la edad de inicio de relaciones sexuales información obtenida de la encuesta de los adolescentes con vida sexual activa, que son usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Atiquizaya y Casa del Niño de Santa Ana, donde la menor edad de inicio de relaciones sexuales que encontramos en nuestra muestra de estudio es a la edad de 12 años de los cuales representa un 7% de la población en estudio, a la edad de 13 año un 14% de los adolescentes ya había iniciado relaciones

sexuales, a la edad de 14 años un 28% inicia las relaciones sexuales, a los 15 años de edad un 24% inicia las relaciones sexuales, a la edad de 16 años un 16% inicio las relaciones sexuales, en la edad de 17 años un 5% de los adolescentes refieren inicio a esta edad de relaciones sexuales, a los 18 un 3% y 19 años un 3% en ambas edades inicio las relaciones sexuales, haciendo el total del 100% de la muestra en estudio. Según resultado obtenido en la investigación se demuestra que la edad promedio de inicio de actividad sexual de los adolescentes, está comprendida entre 14 a 15 años lo que corresponde a un 52% del total de la muestra y estas edades le corresponden a la etapa de adolescencia mediana. Además demuestra que los adolescentes están iniciando vida sexual a temprana edad.

PREGUNTA N° 9: COMPORTAMIENTO SEXUAL: TABLA N° 9-1: GRAFICA N° 9-1: EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES.



FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

PREGUNTA N° 9: COMPORTAMIENTO SEXUAL: TABLA N° 9-2: EDAD DE TU PRIMERA PAREJA SEXUAL.

EDAD DE TU PRIMERA PAREJA SEXUAL.			
EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
13	2	2,0	2,0
14	8	8,0	10,0
15	6	6,0	16,0
16	14	14,0	30,0
17	13	13,0	43,0
18	13	13,0	56,0
19	17	17,0	73,0
20	7	7,0	80,0
21	4	4,0	84,0
22	5	5,0	89,0
23	4	4,0	93,0
25	4	4,0	97,0
28	1	1,0	98,0
30	2	2,0	100,0
TOTAL	100	100,0	

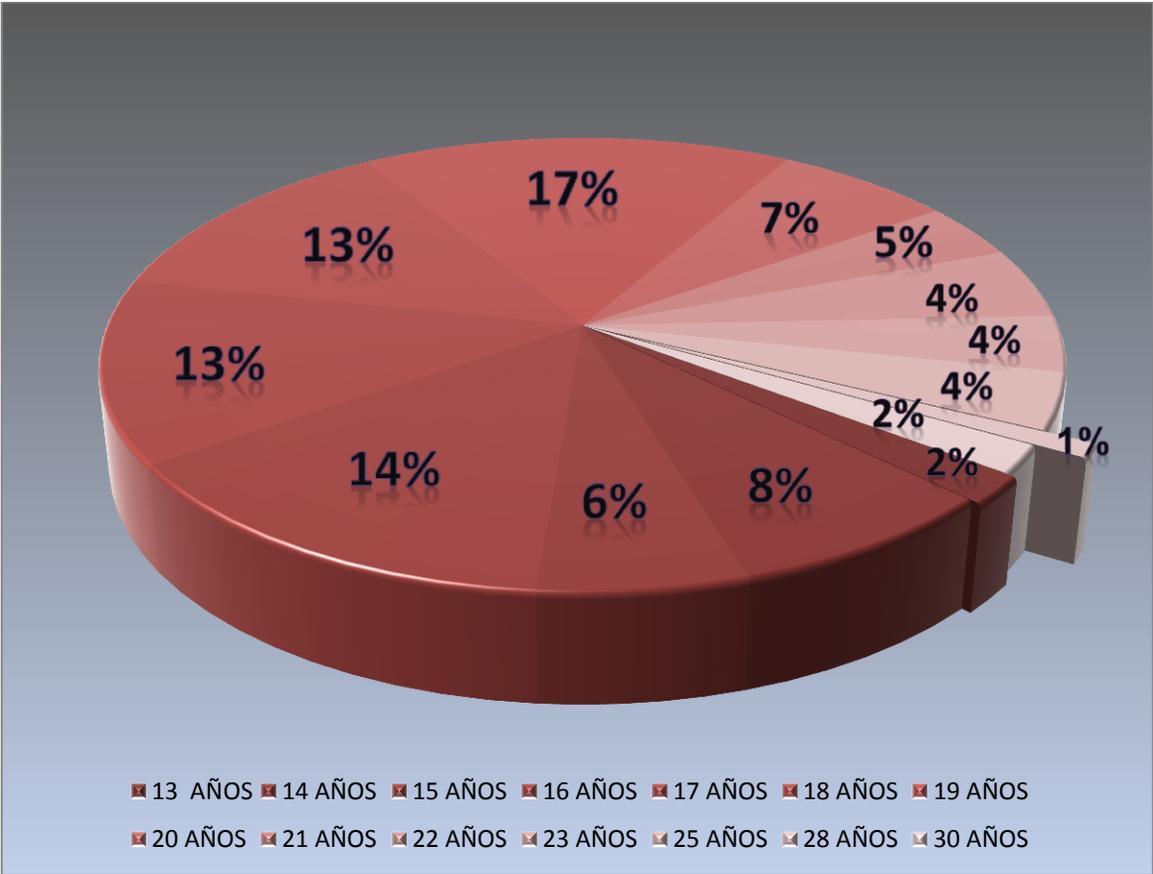
FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS:

La tabla N° 9-2 corresponde a la edad de la primera pareja sexual información obtenida de la encuesta de los adolescentes con vida sexual activa, que son usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Atiquizaya y Casa del Niño de Santa Ana, donde la edad de las parejas con quien iniciaron vida sexual activa esta entre los 13 y 30 años, la parejas de 13 años de edad con quien iniciaron la vida sexual activa solo representa un 2%, la parejas de 14 años representa el 8%, el 6% representan a las parejas con edad de 15 años, de 16 años se nota que es más representativo ya que un 14% de las parejas se encontraban en esa edad, las parejas de 17 años que fueron la primer pareja de los adolescentes en estudio representan 13%, así como un 13% representan las

parejas de 18 años, el mayor porcentaje es de 17% se da en las parejas que tenían 19 años, parejas de 20 años solo representan un 7%, de 21 años de edad solo son un 4%, similar es en el caso de las parejas de 22 años que son el 5%, así como 23 años son el 4%, de 24 años las parejas corresponden a un 4%, las parejas de 28 solo corresponden a un 1%, y 2% a aquellas parejas de 30 años. Los datos obtenidos de las encuestas demuestran que la edad promedio de la pareja para su primera relación sexual está comprendida entre las edades de 16 a 19 años representando el 57%. Demostrando que el inicio de relación sexual se da con parejas en edades comprendidas entre el periodo de la adolescencia.

PREGUNTA N° 9: COMPORTAMIENTO SEXUAL: TABLA N° 9-2: GRAFICA N° 9-2: EDAD QUE TENÍA QUIEN FUE TU PRIMERA PAREJA SEXUAL.



FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

PREGUNTA N° 9: COMPORTAMIENTO SEXUAL: TABLA N° 9-3 NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES.

NUMERO DE PAREJAS SEXUALES.			
NUMERO DE PAREJAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
UNA	80	80,0	80,0
DOS	16	16,0	96,0
TRES	4	4,0	100,0
TOTAL	100	100,0	

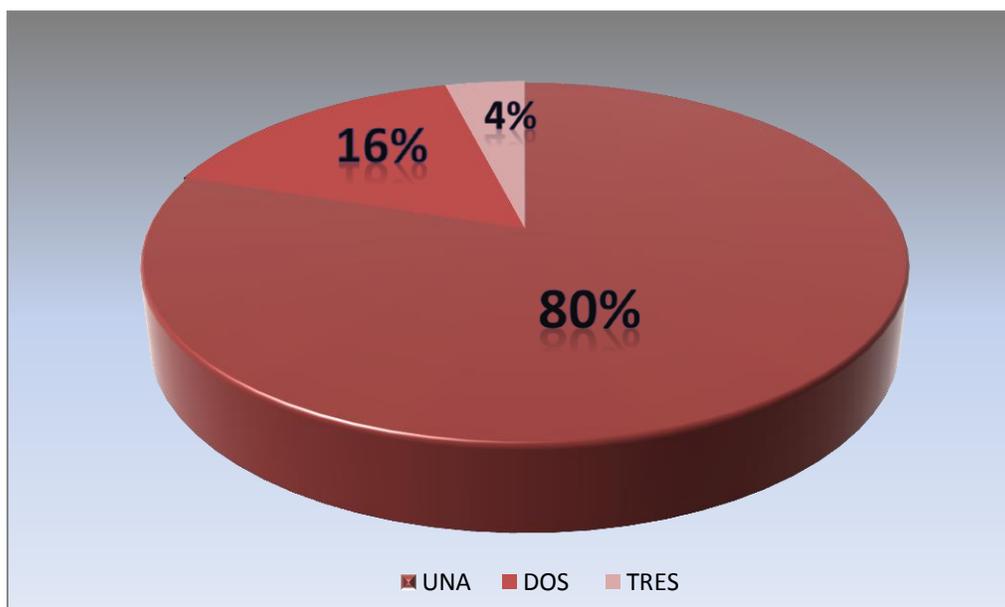
FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS:

La tabla N° 9-3 Corresponde a la pregunta número de parejas sexuales la cual, se refiere a con cuantas personas a la fecha ha tenido relaciones sexuales información obtenida de la encuesta de los adolescentes con vida sexual activa, que son usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Atiquizaya y Casa del Niño de Santa Ana, donde se puede observar que un 80% de los adolescentes en estudio solo ha tenido relaciones sexuales con 1 persona, un 16% de la muestra ya tuvo 2 parejas sexuales, y solamente 4% ha tenido 3 personas con la que ha habido encuentros sexuales, representando así el 100% de la muestra en estudio.

Los resultados demuestran que el 80% del total de adolescentes que fueron parte de la investigación solamente ha tenido 1 pareja sexual. Ante este resultado hay que hacer notar que esto se puede deber al poco tiempo que tienen de haber iniciado relaciones sexuales y probablemente en un par de años estos pueden llegar a ser parte del otro 20% que ya tuvieron más de una pareja, fomentándose así la promiscuidad.

PREGUNTA N° 9: COMPORTAMIENTO SEXUAL: TABLA N° 9-3: GRAFICA N° 9-3: NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES.



FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

PREGUNTA N° 10: ¿TIPOS DE PAREJA SEXUAL?.

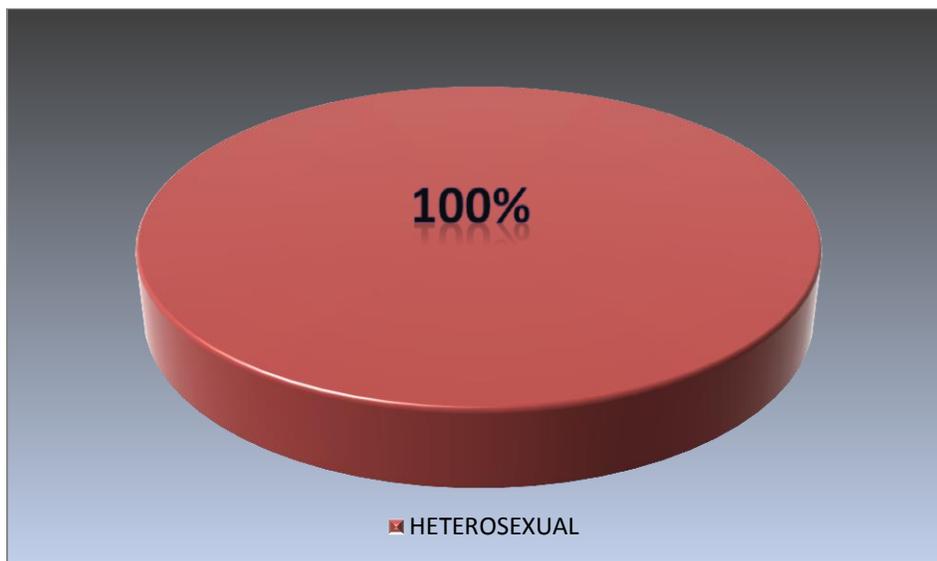
TIPOS DE PAREJAS SEXUALES.			
TIPO DE PAREJA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
HETEROSEXUAL	100	100,0	100,0
BISEXUAL	0	0,0	0,0
HOMOSEXUAL	0	0,0	0,0
TOTAL	100	100,0	

FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS:

La pregunta N° 10 corresponde a la pregunta tipos de parejas sexuales información obtenida de la encuesta de los adolescentes con vida sexual activa, que son usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Atiquizaya y Casa del Niño de Santa Ana, donde se puede observar que el 100% de los adolescentes en estudio han tenido solo relaciones heterosexuales.

PREGUNTA N° 10: GRAFICA N° 10: ¿TIPOS DE PAREJA SEXUAL?



FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

PREGUNTA N° 11: ¿QUÉ NÚMERO DE PERSONAS ADEMÁS DE TU PERSONA HAN PARTICIPADO DURANTE UN ACTO SEXUAL?

NÚMERO DE PERSONAS QUE HAN PARTICIPADO EN LAS RELACIONES SEXUALES.			
NUMERO DE PERSONA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
UNA	98	98,0	98,0
DOS	2	2,0	100,0
TRES	0	0,0	0,0
TOTAL	100	100,0	

FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS:

La pregunta N° 11 corresponde a la pregunta número de personas además de tu persona han participado durante un acto sexual información obtenida de la encuesta de los adolescentes con vida sexual activa, que son usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Atiquizaya y Casa del Niño de Santa Ana, donde los adolescentes en estudio contestaron que solo ha participado con él en el encuentro sexual una persona esta respuesta la da el 98%, un 2% de los encuestados refiere que han participado con él 2 personas más en el encuentro sexual, presentando así el 100% de la muestra en estudio.

PREGUNTA N° 11: GRAFICA N° 11: ¿QUÉ NÚMERO DE PERSONAS ADEMÁS DE TU PERSONA HAN PARTICIPADO DURANTE UN ACTO SEXUAL?



FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017

PREGUNTA N° 12 ¿HAS SIDO VÍCTIMA DE ABUSO SEXUAL? : TABLA N° 12-1 VÍCTIMA DE ABUSO SEXUAL.

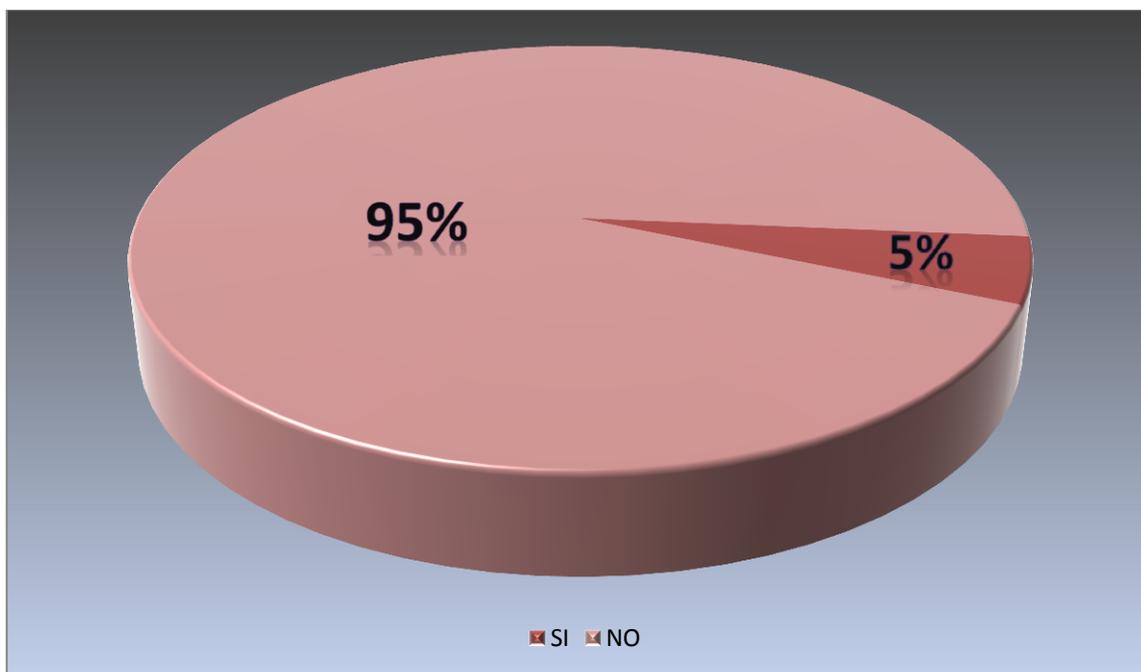
HA SIDO VICTIMA DE ABUSO SEXUAL.			
ABUSO SEXUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
SI	5	5,0	5,0
NO	95	95,0	100,0
TOTAL	100	100,0	

FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS:

La pregunta N° 12 tabla N° 12-1 corresponde a la pregunta ha sido víctima de abuso sexual información obtenida de la encuesta de los adolescentes con vida sexual activa, que son usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Atiquizaya y Casa del Niño, donde se puede observar que un 5% de los adolescentes en estudio refiere haber sido víctima de abuso sexual, y un 95% de la muestra no ha sido víctima de abuso sexual, representando así el 100% de la muestra en estudio. Según los resultados obtenidos de las encuestas se demuestra que el abuso sexual no es un factor que determine el inicio de relación sexual.

PREGUNTA N° 12: ¿HAS SIDO VÍCTIMA DE ABUSO SEXUAL? : TABLA N° 12-1: GRAFICA N° 12-1: VÍCTIMA DE ABUSO SEXUAL.



FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATIQIZAYA Y SANTA ANA 2017.

PREGUNTA N°12: ¿HAS SIDO VÍCTIMA DE ABUSO SEXUAL?: TABLA N° 12-2

***SI LA RESPUESTA ES SÍ CONTESTE LOS SIGUIENTES LITERALES:**

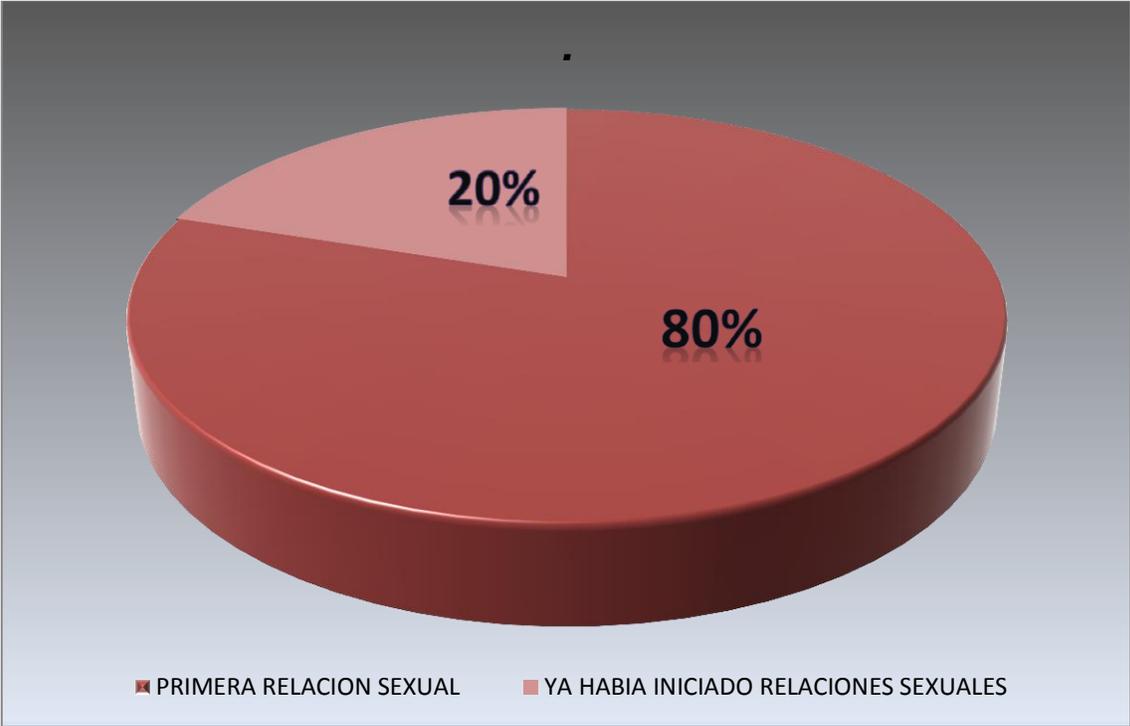
VICTIMA DE ABUSO SEXUAL.			
ABUSO SEXUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
PRIMERA RELACIÓN SEXUAL	4	80,0	80,0
YA HABÍA INICIADO RELACIONES SEXUALES	1	20,0	100,0
TOTAL	100	100,0	

FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATIQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS:

La pregunta N° 12 tabla N° 12-2 corresponde a la pregunta de los adolescentes que afirmaron que han sido víctimas de violación información obtenida de la encuesta de los adolescentes con vida sexual activa, que son usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Atiquizaya y Casa del Niño de Santa Ana, donde los adolescentes que han sido violados, el 80% contestaron que fue la primera relación sexual, y un 20% ya habían iniciado actividad sexual.

PREGUNTA N° 12: ¿HAS SIDO VÍCTIMA DE ABUSO SEXUAL?: TABLA N° 12-2: GRAFICA N° 12-2: VICTIMA DE ABUSO SEXUAL.



FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

PREGUNTA N° 12: ¿HAS SIDO VÍCTIMA DE ABUSO SEXUAL? : TABLA N° 12-3 VÍCTIMA DE ABUSO SEXUAL.

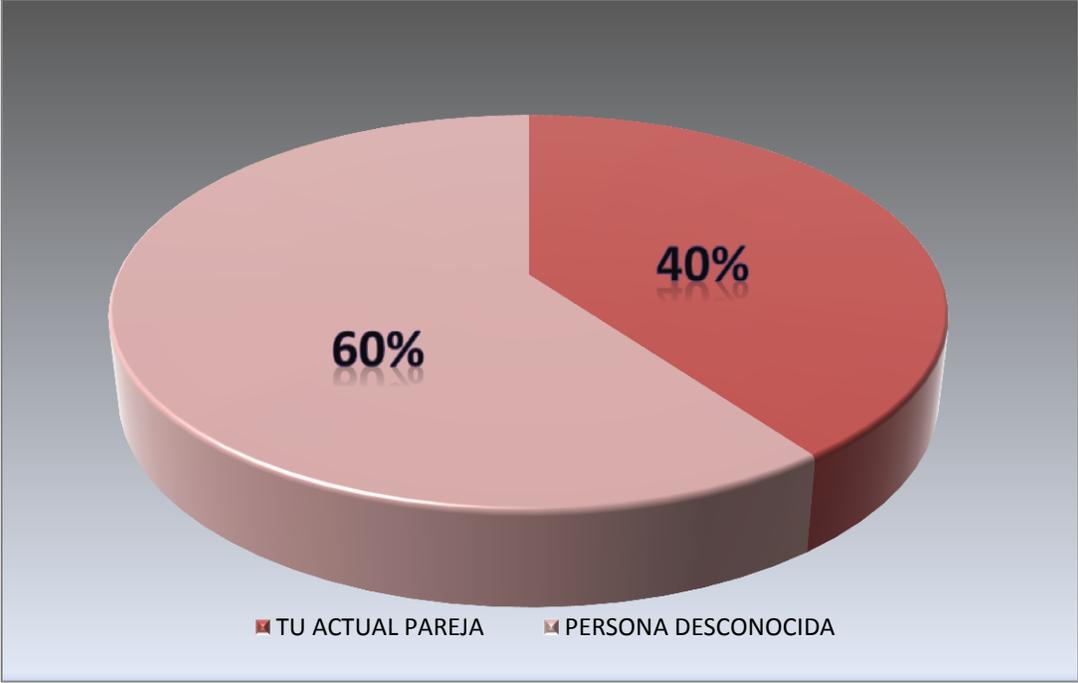
VICTIMA DE ABUSO SEXUAL.			
ABUSO SEXUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
PERSONA CONOCIDA	0	0,0	0,0
ES TU ACTUAL PAREJA	2	40,0	40,0
PERSONA DESCONOCIDA	3	60,0	100,0
TOTAL	100	100,0	

FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS:

La pregunta N° 12 tabla N° 12-3 corresponde a la pregunta de los adolescentes que afirmaron que han sido víctimas de abuso sexual información obtenida de la encuesta de los adolescentes con vida sexual activa, que son usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Atiquizaya y Casa del Niño de Santa Ana, donde los adolescentes que han sido abusados sexualmente, el 40% contestaron que es su actual pareja, y un 60% contestaron que eran personas desconocidas.

PREGUNTA N° 12: ¿HAS SIDO VÍCTIMA DE ABUSO SEXUAL? : TABLA N° 12-3: GRAFICA N° 12-3: VÍCTIMA DE ABUSO SEXUAL.



FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

PREGUNTA N° 12: ¿HAS SIDO VÍCTIMA DE ABUSO SEXUAL? : TABLA N° 12- 4: ACTUALMENTE CONTINÚA SIENDO ABUSADA SEXUALMENTE.

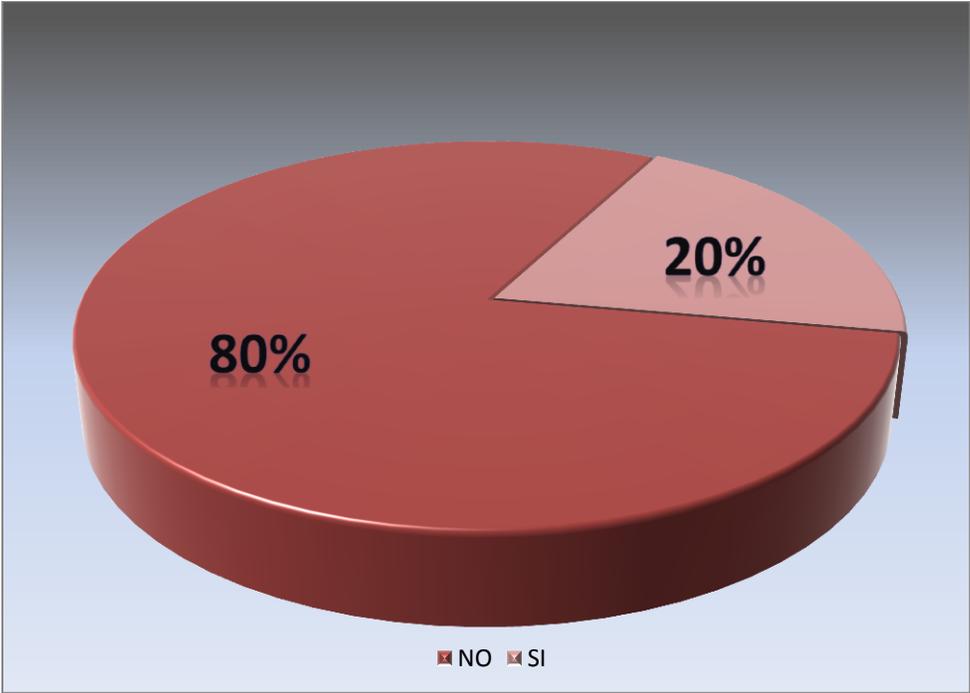
ACTUALMENTE ES VICTIMA DE ABUSO SEXUAL.			
ABUSO SEXUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
SI	1	20,0	20,0
NO	4	80,0	100,0
TOTAL	100	100,0	

FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATIQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS:

La pregunta N° 12 tabla N° 12-4 corresponde a la pregunta actualmente continúa siendo abusada sexualmente información obtenida de la encuesta de los adolescentes con vida sexual activa, que son usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Atiquizaya y Casa del Niño de Santa Ana, donde se puede observar que un 20% del 5% total de la muestra de los adolescentes que han sido víctimas de abuso sexual aún continúa siendo abusado sexualmente, y un 80% de los adolescentes que fueron abusados sexualmente ya no continúan siendo víctimas. Según los resultados obtenidos de las encuestas se demuestra que el abuso sexual no es un factor que determine el inicio de relación sexual.

PREGUNTA N° 12: ¿HAS SIDO VÍCTIMA DE ABUSO SEXUAL? : TABLA N° 12- 4: GRAFICA N° 12- 4: ACTUALMENTE CONTINÚA SIENDO ABUSADA SEXUALMENTE.



FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

PREGUNTA N° 13: ¿CUÁNDO CONSIDERAS QUE ES OPORTUNO INICIAR UNA VIDA SEXUAL ACTIVA?

CUANDO ES OPORTUNO INICIAR UNA VIDA SEXUAL ACTIVA.			
INICIO VIDA SEXUAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
CUANDO YO QUIERA	15	15,0	15,0
NOVIAZGO	24	24,0	39,0
DESPUÉS DE CONSTITUIR ALGO SERIO	34	34,0	73,0
AMBOS QUIERAN	19	19,0	92,0
NO OPINA	8	8,0	100,
TOTAL	100	100,0	

FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

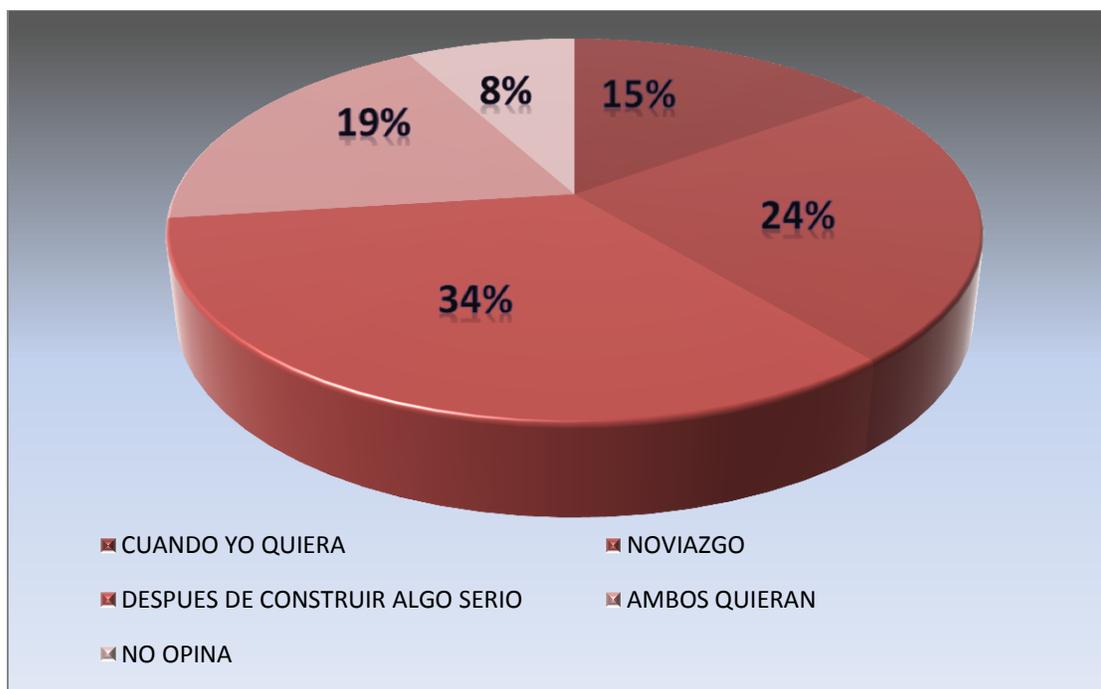
INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS:

La pregunta N° 13 corresponde a la pregunta cuándo es oportuno iniciar una vida sexual activa información obtenida de la encuesta de los adolescentes con vida sexual activa, que son usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Atiquizaya y Casa del Niño de Santa Ana, donde se puede observar que un 15% de los adolescentes contesta al literal cuando yo quiera de la pregunta de cuándo se debe iniciar vida sexual activa, el 24% refiere que en el

Noviazgo, el 34% opina que después de constituir algo serio, el 19% de los adolescentes en estudio opinan que se debe iniciar relaciones sexuales cuando ambos quieran y solo un 8% del total de la muestra no opinan. Representando estos datos al total del 100% de la muestra en estudio.

Se puede analizar que los adolescentes en estudio, solo un 34% de la muestra consideran que se debe formar algo serio para inicio de Relaciones sexuales, entonces el 66% de los adolescentes no considera que sea necesario constituir un hogar para el inicio de relaciones sexual.

PREGUNTA N° 13: GRAFICA N° 13: ¿CUÁNDO CONSIDERAS QUE ES OPORTUNO INICIAR UNA VIDA SEXUAL ACTIVA?



FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

PREGUNTA N° 14: ¿CUÁL SERÍA LA RAZÓN FUNDAMENTAL POR LA CUAL HAS TENIDO, TIENES O TENDRÁS RELACIONES SEXUALES?

RAZÓN FUNDAMENTAL POR LA CUAL HAS TENIDO, TIENES O TENDRÁS RELACIONES SEXUALES.			
RAZÓN FUNDAMENTAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
PLACER	7	7,0	7,0
LA MAYORÍA DE LOS JÓVENES LO HACEN.	2	2,0	9,0
POR NO PERDER A TU PAREJA	12	12,0	21,0
POR CURIOSIDAD	24	24,0	45,0
POR AMOR A LA PAREJA	44	44,0	89,0
SE DA LA OPORTUNIDAD	11	11,0	100,0
TOTAL	100	100,0	

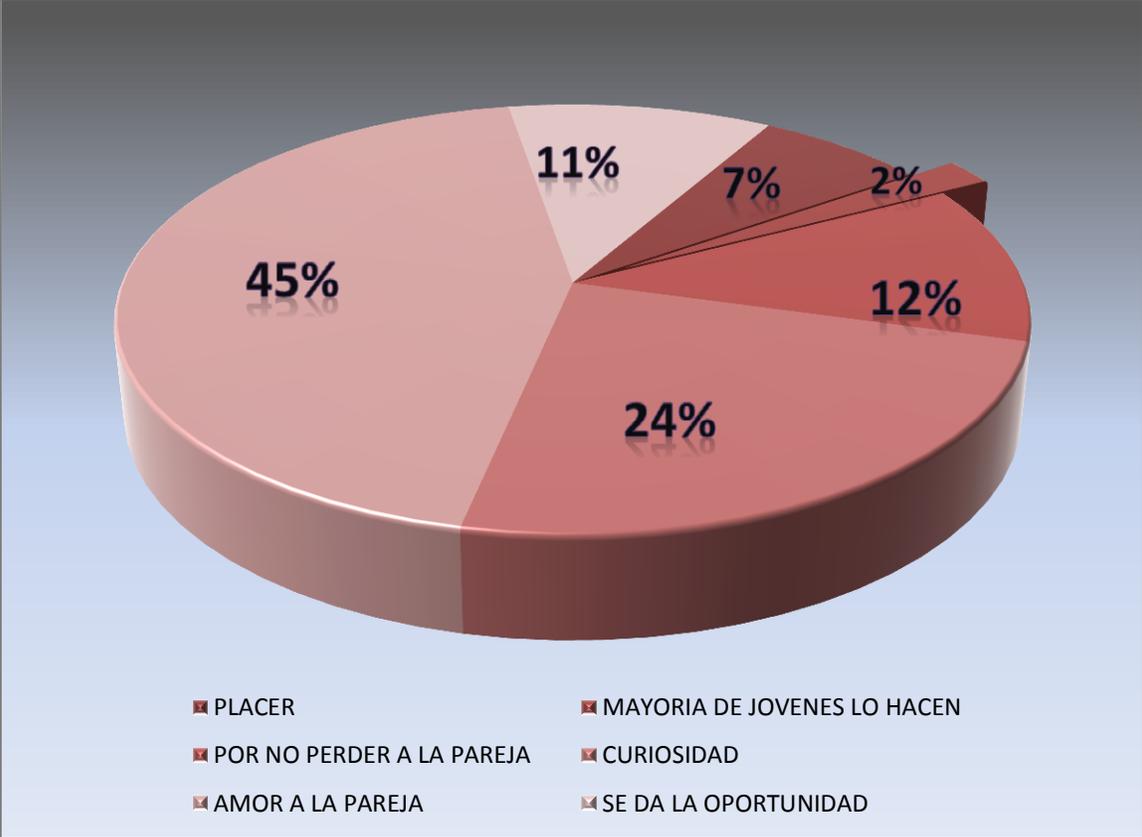
FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS:

La pregunta N° 14 sobre la razón fundamental por la cual has tenido, tienes o tendrás relaciones sexuales información obtenida de la encuesta de los adolescentes con vida sexual activa, que son usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Atiquizaya y Casa del Niño de Santa Ana, donde un 7% de los adolescentes refiere que es por placer, un 2% opina que es porque La mayoría de los jóvenes lo hacen, 12% refieren que la razón fundamental es por

no perder a la pareja, un 24% opina que es por curiosidad, el 44% de la población en estudio refiere que la razón principal es por amor a la pareja, y un 11% la razón es porque se da la oportunidad. Representando estos datos al total del 100% de la muestra en estudio. Como resultado del estudio se demuestra que los adolescentes refieren que el factor más importante por lo que tienen relaciones sexuales es para demostrar amor a la pareja, así como muchos refieren que lo hacen por curiosidad y por no perder a la pareja, esos factores demuestran la inmadurez del pensamiento de ellos.

PREGUNTA N° 14: GRAFICA N° 14: ¿CUÁL SERÍA LA RAZÓN FUNDAMENTAL POR LA CUAL HAS TENIDO, TIENES O TENDRÁS RELACIONES SEXUALES?



FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017

**5.3 OBJETIVO 3: CONOCER EL GENERO QUE MÁS FRECUENTEMENTE
HACE USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.**

**TABLA DE CONTINGENCIA N° 1: GÉNERO DE ADOLESCENTES CON
MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE USA ACTUALMENTE.**

GENERO	MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE UTILIZA ACTUALMENTE								
	MÉTODO DE BARRERA		PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS		INYECCIÓN		NINGUNO		TOTAL
MASCULINO	19	61%	0	0%	0	0%	12	39%	31
FEMENINO	6	9%	11	16%	29	42%	23	33%	69
TOTAL	25		11		29		35		100

FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:

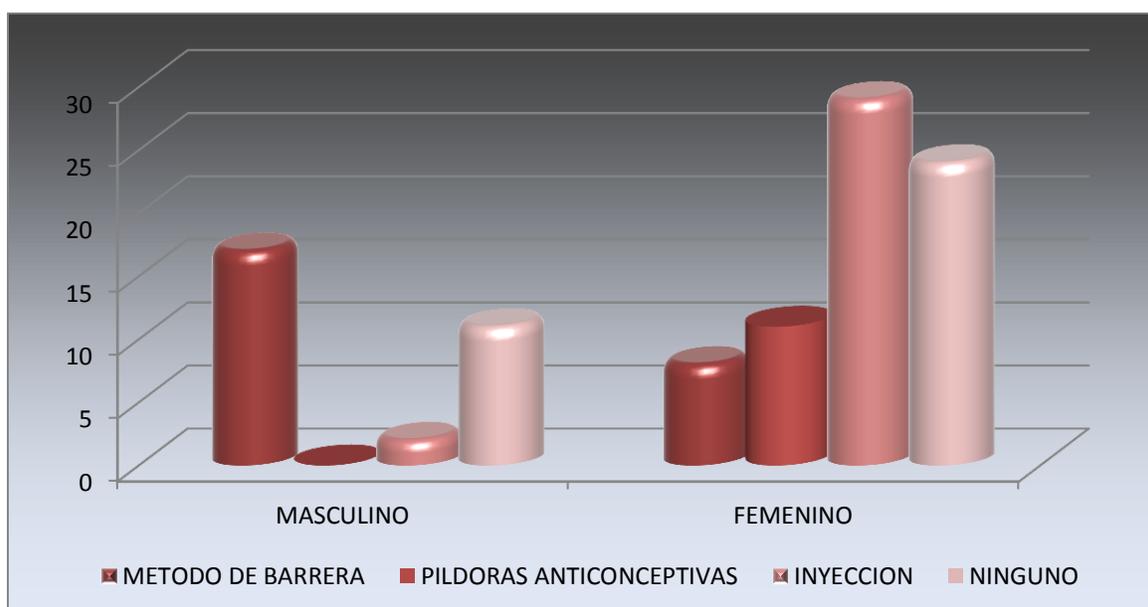
Análisis comparativo entre genero del adolescentes con método de planificación familiar que utiliza actualmente, de los resultados obtenidos de la encuesta de los adolescentes con vida sexual activa, que son usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Atiquizaya y Casa del Niño de Santa Ana.

Los adolescentes del género masculino con un 31% del total de la muestra, de la cual un 61% utiliza el método de barrera y un 39% respondió que no utiliza métodos de planificación y el género femenino con un 69% del total de la

Muestra, de la cual un 42% utiliza la inyección como método de planificación familiar, un 16% las píldoras anticonceptivas, 9% el método de barrera y un 33% no utiliza método de planificación familiar.

Según los resultados obtenidos en este estudio se demuestra que el método de barrera es el que utilizan los adolescentes del género masculino y del género femenino el que más se utiliza es la inyección como método de planificación familiar. Además se observa en este estudio que los adolescentes del género femenino son los que más utilizan métodos de planificación familiar, con un 67% del 69% de la totalidad de la muestra de adolescentes femeninos y el género masculino con un 61% del 31% de la totalidad de la muestra.

TABLA DE CONTINGENCIA N° 1: GRAFICA N° 1: GÉNERO DE ADOLESCENTES CON MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE USA ACTUALMENTE.



FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

5.4 OBJETIVO 4: INVESTIGAR EL MÉTODO ANTICONCEPTIVO MÁS UTILIZADO EN ADOLESCENTES CON VIDA SEXUAL ACTIVA.

PREGUNTA N° 18: ¿HAS UTILIZADO UNO O MÁS DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR?

HAS UTILIZADO UNO O MÁS DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACION FAMILIA.			
USO DE UNO O MAS MÉTODOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
SI	68	68,0	68,0
NO	32	32,0	100,0
TOTAL	100,0	100,0	

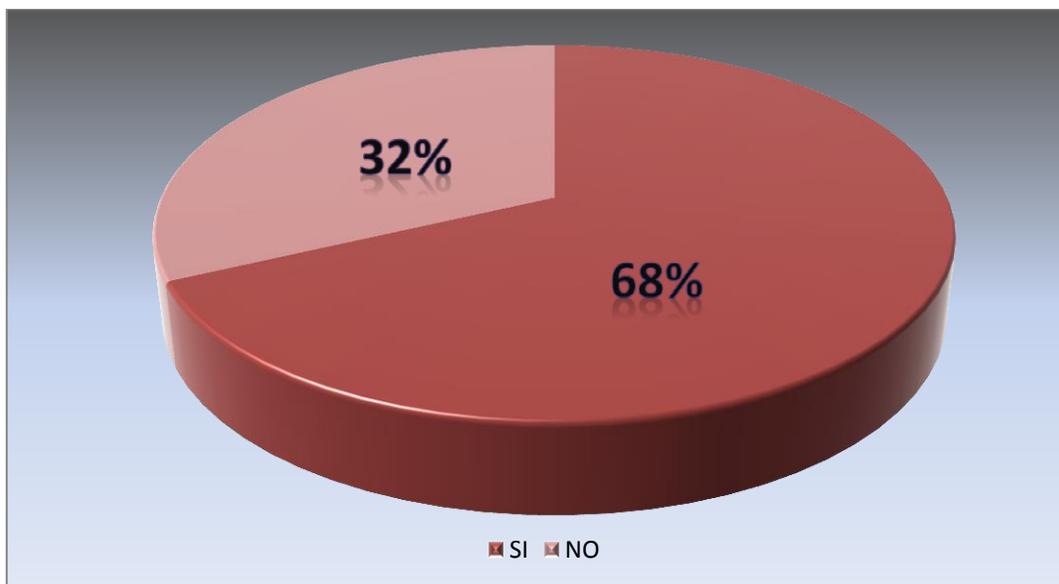
FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATIQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:

La pregunta N° 18 corresponde, has utilizado uno o más de los métodos de planificación familia información obtenida de la encuesta de los adolescentes con vida sexual activa, que son usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Atiquizaya y Casa del Niño de Santa Ana, donde los adolescentes en estudio contestaron que solo un 68% de ellos han utilizado métodos de planificación familiar, y 32% de los adolescentes del estudio refieren no haber utilizado métodos de planificación familiar, haciendo un total del 100% de la muestra en estudio.

La tabla anterior demuestra que un tercio de la población en estudio tiene relaciones sexuales, pero no utiliza método de planificación, por lo tanto están expuestos a embarazos a temprana edad y a enfermedades de transmisión sexual.

PREGUNTA N° 18: GRAFICA N° 18: ¿HAS UTILIZADO UNO O MÁS DE LOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR?



FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

PREGUNTA N° 19 ¿A QUÉ EDAD UTILIZO POR PRIMERA VEZ UN MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR?

EDAD A LA QUE UTILIZO POR PRIMERA VEZ MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.				
EDAD		FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
10-13 AÑOS		5	5,0	5,0
14-16 AÑOS		39	39,0	44,0
17-19 AÑOS		24	24,0	68,0
NUNCA	10-13 AÑOS	3	3,0	71,0
NUNCA	14-16 AÑOS	10	10,0	81,0
NUNCA	17-19 AÑOS	19	19,0	100,0
TOTAL		100,0	100,0	

FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

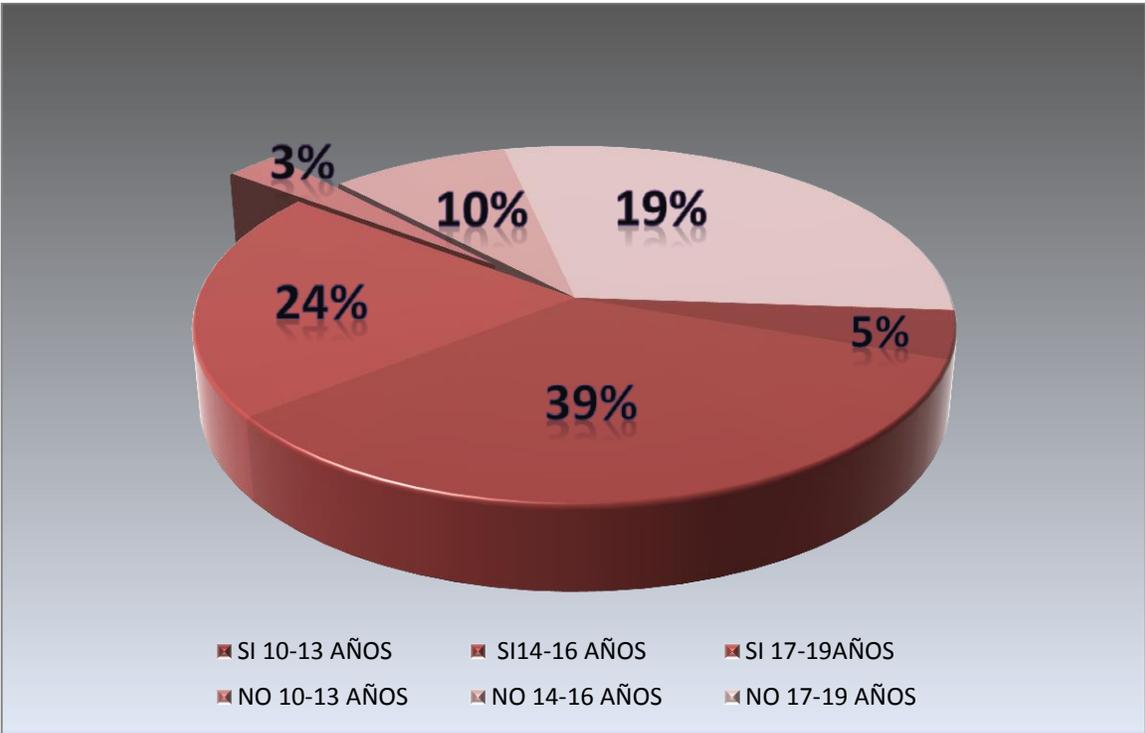
INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:

La pregunta N° 19 corresponde a la edad a la que utilizo por primera vez método de planificación familiar, información obtenida de la encuesta de los adolescentes con vida sexual activa, que son usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Atiquizaya y Casa del Niño Santa Ana, donde los adolescentes en edad temprana que son parte del estudio representan un 5% de la muestra que han utilizado métodos de planificación familiar, 32% de los adolescentes en edad mediana han utilizados métodos de planificación familiar, y

los adolescentes en edad tardía representan el 24%, así como hay un 32% de los adolescentes que nunca han utilizado métodos de planificación, haciendo un total del 100% de la muestra en estudio.

Esta tabla solamente integra la información de cuantos utilizaron métodos de planificación familiar y de los que no utilizaron hay un 32% del total, el cual se divide con un 19% en adolescencia tardía que es el porcentaje mayor, 10% en adolescencia mediana y 3% de son adolescencia temprana.

PREGUNTA N° 19: GRAFICA N° 19: ¿A QUÉ EDAD UTILIZO POR PRIMERA VEZ UN MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR?



FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

PREGUNTA N° 20 ¿CUÁLES MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR HAS UTILIZADO?

MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE HAS UTILIZADO.			
MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
MÉTODO DE BARRERA	26	26,0	26,0
DIU	0	0,0	26,0
MÉTODO NATURAL	6	6,0	32,0
INYECCIÓN	16	16,0	48,0
ANTICONCEPTIVOS ORALES	16	16,0	64,0
NINGUNO	32	32,0	96,0
MÁS DE UN MÉTODO	4	4,0	100,0
TOTAL	100,0	100,0	

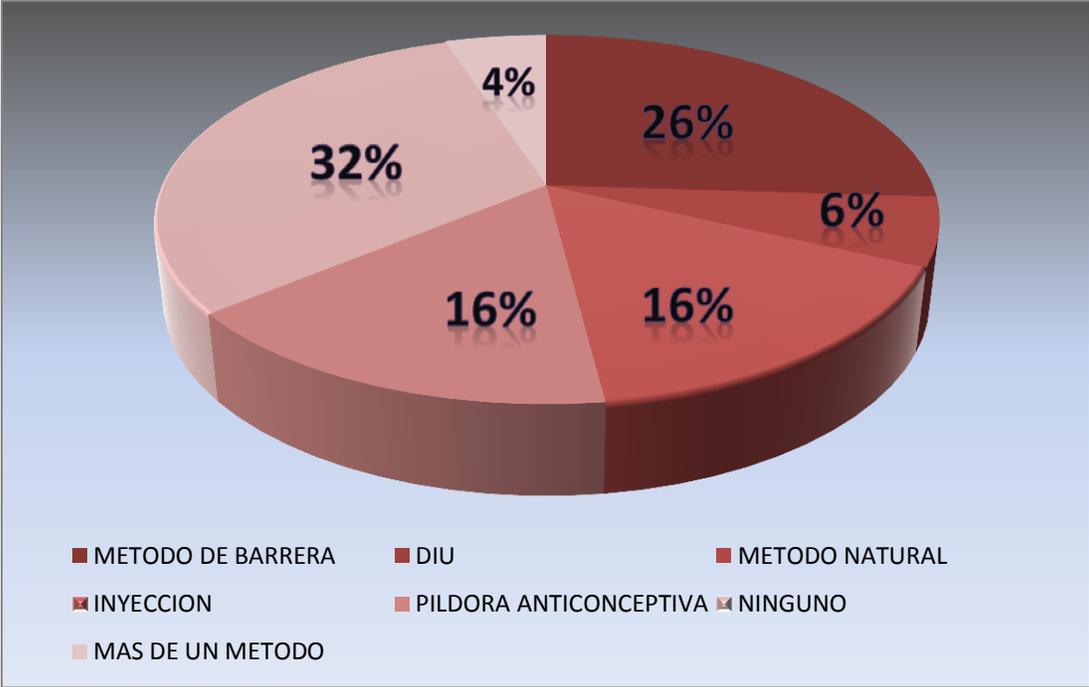
FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:

La pregunta N° 20 corresponde a métodos de planificación familiar que has utilizado, información obtenida de la encuesta de los adolescentes con vida sexual activa, que son usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Atiquizaya y Casa del Niño Santa Ana, 26% de los encuestados respondió que ha utilizado el método de barrera, el 0% de las personas encuestadas ha utilizado el

DIU , el 6% de los adolescentes refiere haber utilizado el método natural, un 16% de la población ha utilizado inyectables como método anticonceptivo, así como un 16% ha utilizado la píldora anticonceptiva, el porcentaje más alto de las respuesta de los adolescente un 32% se refiere a que no ha utilizado ningún método , y un 4% refiere a ver utilizado más de uno de estos métodos. Representando el 100% de los adolescentes en estudio. El método de planificación familiar de barrera es el método más utilizado los adolescentes refieren que las ventajas son que es más fácil obtenerlo y que permite poderlo llevar consigo, la inyección le sigue en frecuencia junto con los anticonceptivos orales, las adolescentes refieren que la ventaja de la inyección es que utilizan la del mes o la de 3 meses y eso le resta preocupación de un embarazo.

PREGUNTA N° 20: GRAFICA N° 20: ¿CUÁLES MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR HAS UTILIZADO?



FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

PREGUNTA N° 21: ¿QUÉ MÉTODO DE PLANIFICACIÓN UTILIZAS ACTUALMENTE.

MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE UTILIZA ACTUALMENTE.			
MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.	FRECUENCIA	PORCENTAJE	PORCENTAJE ACUMULADO
MÉTODO DE BARRERA	25	25,0	25,0
DIU	0	0,0	25,0
MÉTODO NATURAL	0	0,0	25,0
PÍLDORAS ANTICONCEPTIVAS	11	11,0	36,0
INYECCIÓN	29	29,0	65,0
NINGUNO	35	35,0	100,0
TOTAL	100,0	100,0	

FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

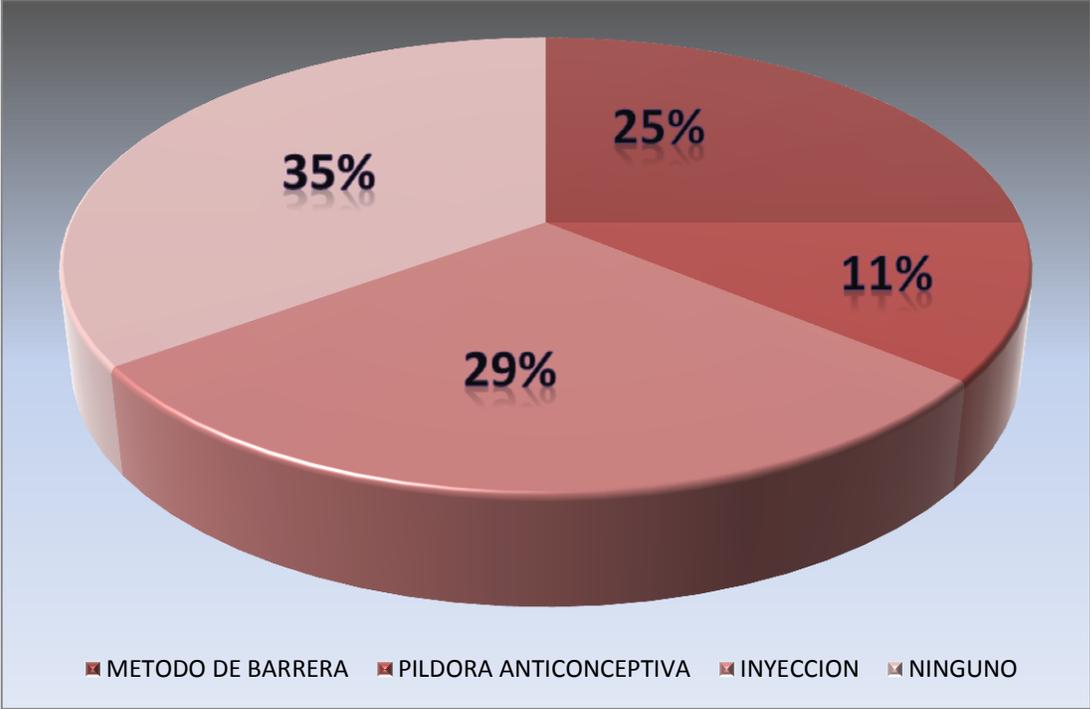
INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:

La pregunta N° 21 corresponde a método de planificación familiar que utiliza actualmente, información obtenida de la encuesta de los adolescentes con vida sexual activa, que son usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Atiquizaya y Casa del Niño de Santa Ana, 25% de la muestra de estudio respondió que el método de planificación que utiliza actualmente es el

método de barrera, así como refirió la población en estudio que no utilizan el DIU y el método natural representando el 0%, el 11% contestó utilizar píldoras anticonceptivas, el 29% de la población en estudio refiere utilizar la inyección, y un porcentaje del 35% refiere no utilizar ningún método anticonceptivo actualmente, Representando el 100% de la muestra del estudio.

Se puede concluir que un 65% de la población de la investigación está utilizando método de planificación familiar actualmente, lo que evidencia la responsabilidad adquirida para evitar embarazos no deseados o enfermedades de transmisión sexual, pero hay que hacer evidente que un 35% de estos actualmente no está utilizando método de planificación familiar

PREGUNTA N° 21: GRAFICA N° 21: ¿QUÉ MÉTODO DE PLANIFICACIÓN UTILIZAS ACTUALMENTE.



FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATIQIZAYA Y SANTA ANA 2017.

TABLAS DE CONTINGENCIA

TABLA DE CONTINGENCIA N° 2: EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES EN ADOLESCENTES CON ESTADO CIVIL DE LOS PADRES.

IRS	<i>ESTADO CIVIL DE LOS PADRES.</i>								
Edad	Casado	Acompañado	Divorciado	Separado	Soltero	Extranjero	TOTAL	FAMILIA FUNCIONAL	FAMILIA DISFUNCIONAL
12	1	0	1	1	2	2	7	14%	86%
13	4	0	2	6	0	2	14	29%	71%
14	8	4	2	7	1	6	28	43%	57%
15	7	3	0	5	4	5	24	42%	58%
16	6	4	2	2	2	0	16	63%	37%
17	3	1	0	0	0	1	5	80%	20%
18	0	0	0	2	0	1	3	0%	100%
19	2	1	0	0	0	0	3	100%	0%
TOTAL	31	13	7	23	9	17	100		
%	31%	13%	7%	23%	9%	17%	100%		

FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATIQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

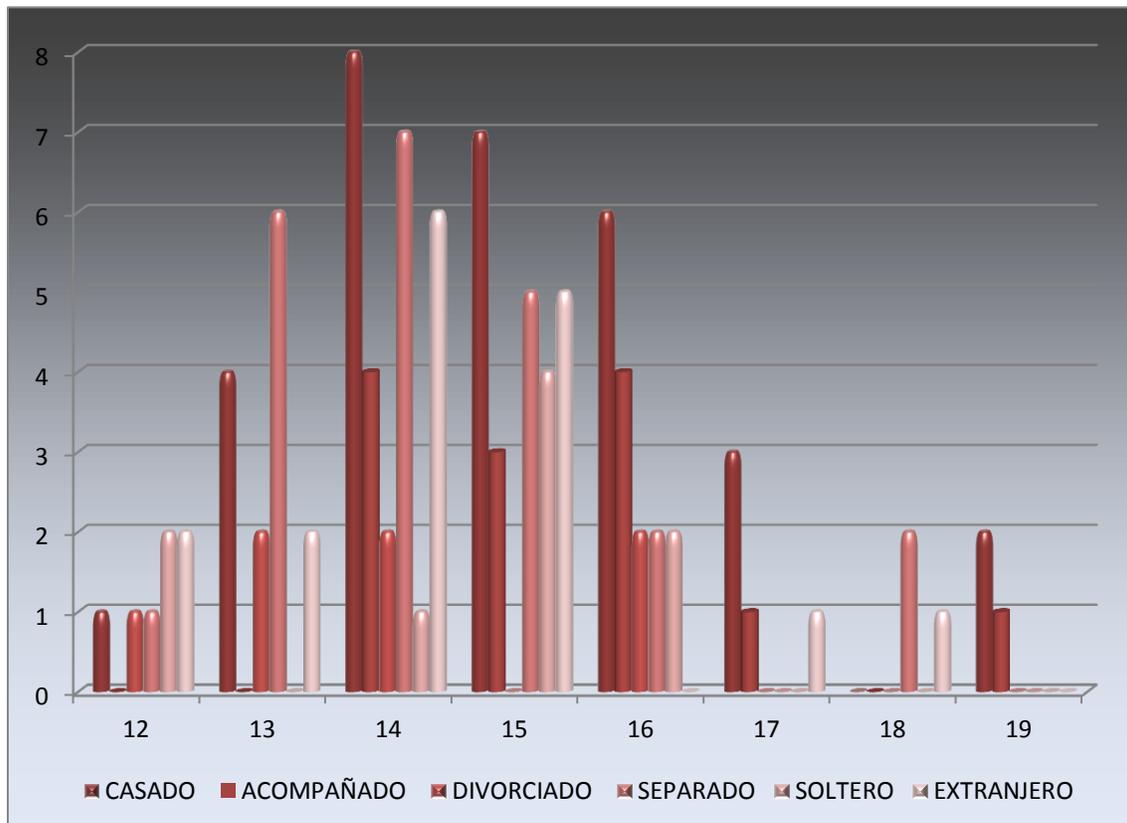
INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS:

Análisis comparativo entre la edad del adolescente y el estado civil de los padres, en los resultados obtenidos de la encuesta de los adolescentes con vida sexual activa, que son usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Atiquizaya y Casa del Niño de Santa Ana, se puede analizar que el 44% de los adolescentes que iniciaron vida sexual activa son de padres casados o acompañados (familia funcional), el 66% proviene de familias disfuncionales, así como se puede observar que entre los 12 y 15 años tiene influencia el hecho de ser de una familia funcional o disfuncional, donde los adolescente que provienen de familia disfuncionales inician a más temprana edad las relaciones sexuales que los de familias funcionales y el mayor porcentaje de los adolescentes que comprenden las edades entre los 16 y 19 años que son parte del estudio el inicio de relaciones sexuales se da en familias funcionales y un menor porcentaje en adolescentes de familias disfuncionales.

Según los resultados obtenidos en este estudio se demuestra que hay factores que influyen en el inicio de relaciones sexuales en los adolescentes uno de estos factores es el estado civil de los padres, ya que en las familias funcionales el adolescente inicia a mayor edad.

En el estudio también se demuestra que hay un mayor porcentaje de adolescentes que son de familias disfuncionales y que iniciaron relaciones sexuales a menor edad.

TABLA DE CONTINGENCIA N° 2: GRAFICA N°2: EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES EN ADOLESCENTES CON ESTADO CIVIL DE LOS PADRES.



FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

TABLA DE CONTINGENCIA N° 3: EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES CON EL GÉNERO DEL ADOLESCENTES.

IRS	GENERO DEL ADOLESCENTE.		
	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
12	6	1	7
13	7	7	14
14	10	18	28
15	5	19	24
16	1	15	16
17	2	3	5
18	0	3	3
19	0	3	3
TOTAL	31	69	100

FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:

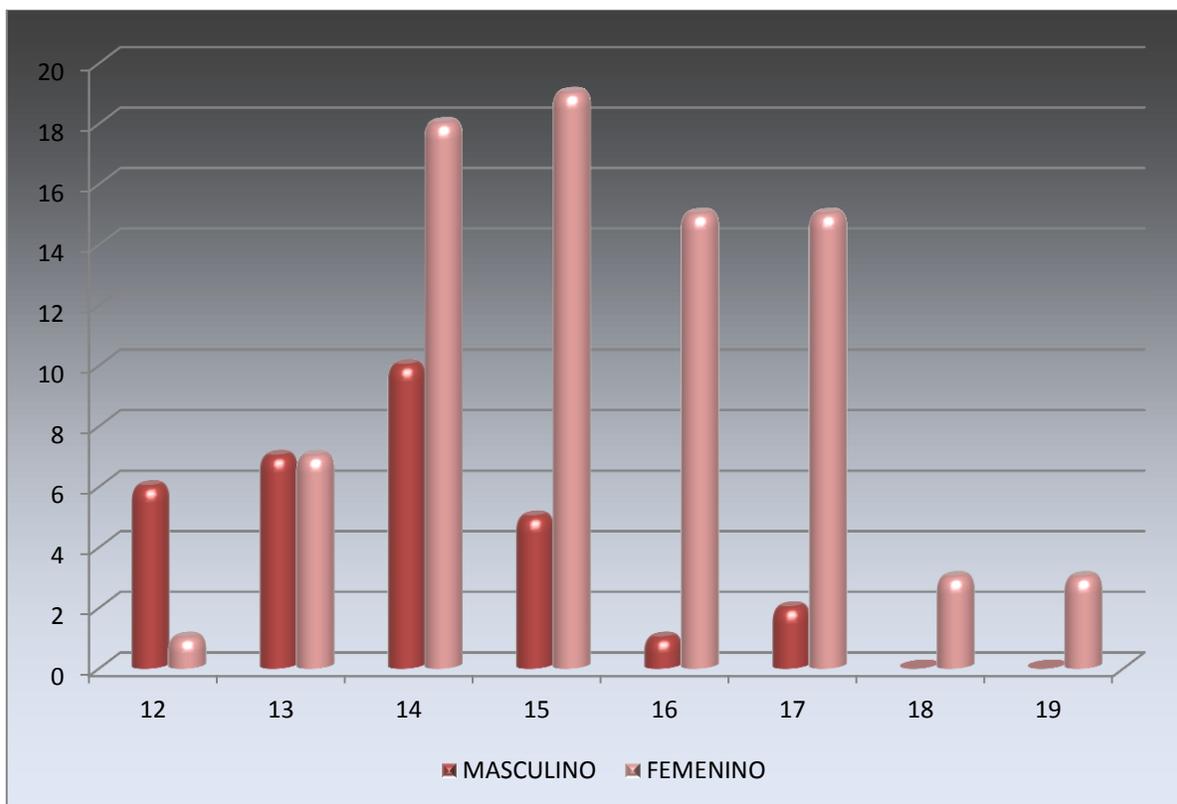
Análisis comparativo entre la edad de inicio de relaciones sexuales con el género del adolescente de los resultados obtenidos de la encuesta de los adolescentes con vida sexual activa, que son usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Atiquizaya y Casa del Niño de Santa Ana.

En este estudio se demuestra que a más temprana edad el adolescente del género masculino ya inicio relaciones sexuales.

Según los resultados obtenidos en este estudio se demuestra que hay factores que influyen en el inicio de relaciones sexuales en los adolescentes del estudio, el género masculino representa el 31% del 100% de la muestra, estos a la edad de 17 años el 100% había iniciado relaciones sexuales.

Esta muestra no permite hacer más análisis comparativos por la razón que no es equitativa la muestra entre los adolescentes de ambos géneros.

TABLA DE CONTINGENCIA N° 3: GRAFICA N° 3: EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES CON EL GÉNERO DEL ADOLESCENTES.



FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

TABLA DE CONTINGENCIA N° 4 EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES EN ADOLESCENTES CON NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES.

<i>IRS</i>	<i>NUMERO PAREJAS SEXUALES</i>			
	EDAD	UNA	DOS	TRES
12	7	0	0	7
13	9	5	0	14
14	22	5	1	28
15	16	5	3	24
16	15	1	0	16
17	5	0	0	5
18	3	0	0	3
19	3	0	0	3
TOTAL	80	16	4	100

FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

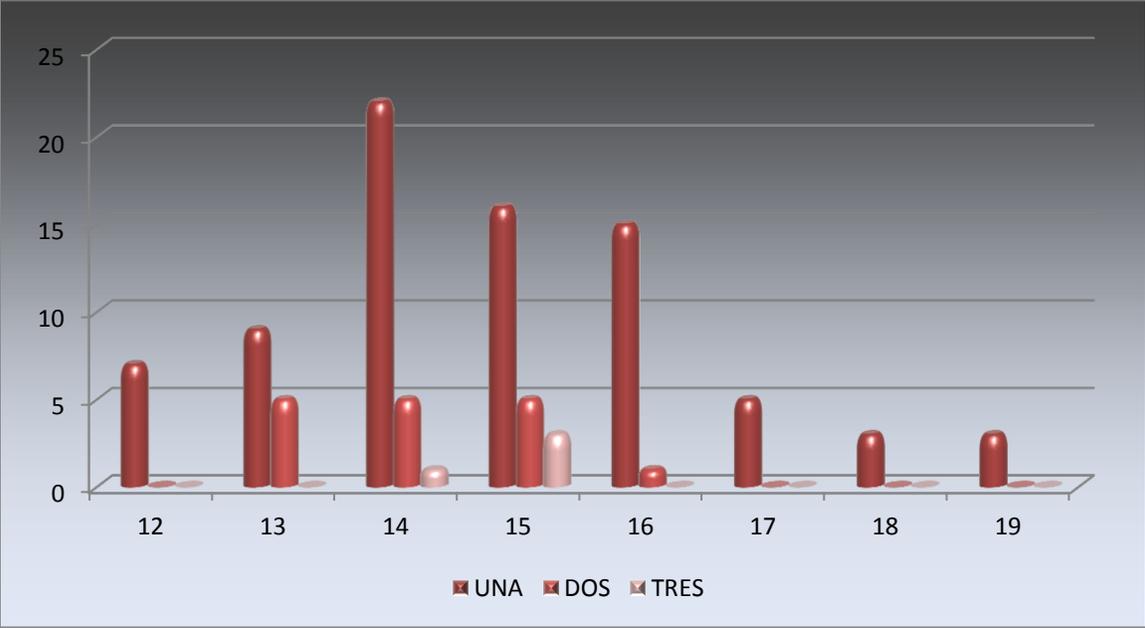
INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:

Análisis comparativo entre la edad de inicio de relaciones sexuales en adolescentes con número de parejas sexuales de los resultados obtenidos de la encuesta de los adolescentes con vida sexual activa, que son usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Atiquizaya y Casa del Niño de Santa Ana.

Los adolescentes que han tenido más de una pareja sexual están comprendidos entre las edades de inicio de relación sexual entre los 13 y 16 años y los que iniciaron relaciones sexuales entre 17 y 19 años solamente han tenido una pareja sexual.

Según los resultados obtenidos en este estudio se demuestra que factores como la edad de inicio de las relaciones sexuales influyen en el número de parejas Sexuales que ha tenido el adolescente, los que a más temprana edad iniciaron relaciones sexuales son los que han tenido más de una pareja sexual y los adolescentes que iniciaron relaciones sexuales en la adolescencia tardía han tenido una pareja sexual.

TABLA DE CONTINGENCIA N° 4: GRAFICA N° 4: EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES EN ADOLESCENTES CON NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES.



FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATIQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

TABLA DE CONTINGENCIA N° 5: GENERO DEL ADOLESCENTE CON NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES.

GENERO	NUMERO PAREJAS						
	UNA		DOS		TRES		TOTAL
MASCULINO	19	61%	10	32%	2	7%	31%
FEMENINO	61	88%	6	9%	2	3%	69%
TOTAL	80		16		4		100%

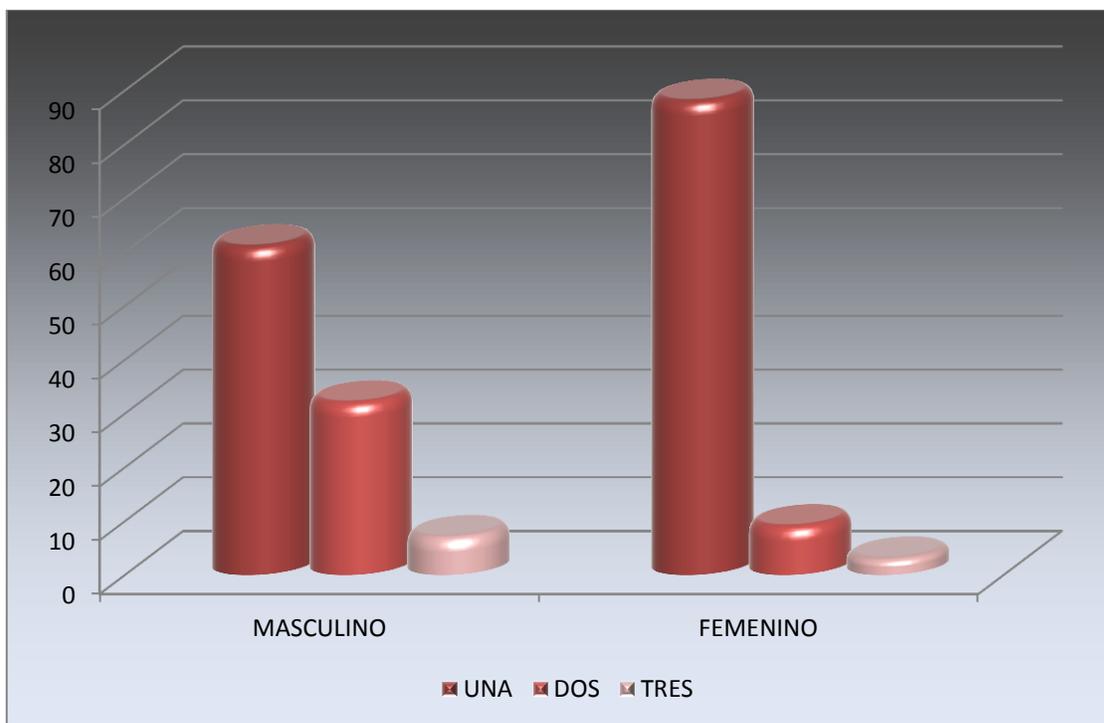
FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATIQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:

Análisis comparativo entre genero del adolescentes con número de parejas sexuales de los resultados obtenidos de la encuesta de los adolescentes con vida sexual activa, que son usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Atiquizaya y Casa del Niño de Santa Ana. Los adolescentes del género masculino con un 31% del total de la muestra, de la cual un 61% ha tenido solo una pareja y un 39% ha tenido más de una pareja sexual y el género femenino con un 69% del total de la muestra, de la cual un 88% solo ha tenido una pareja sexual y un 12% ha tenido más de una pareja sexual.

Según los resultados obtenidos en este estudio se demuestra que factores como el género del adolescente influyen en el número de parejas sexuales que ha tenido el adolescente, donde un 39% del género masculino ha tenido más de una pareja sexual siendo esta muestra del 31% del total de los individuos en estudio que representa menos de un tercio de la muestra total.

TABLA DE CONTINGENCIA N° 5: GRAFICA N°5: GENERO DEL ADOLESCENTE CON NÚMERO DE PAREJAS SEXUALES.



FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

TABLA DE CONTINGENCIA N° 6: EDAD DE ADOLESCENTES CON MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE CONOCE.

EDAD	MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE CONOCE					
	MÉTODO DE BARRERA	DIU	MÉTODO NATURAL	INYECTABLES	ACO	TOTAL
12	3	0	0	1	1	5
13	1	0	0	3	2	6
14	3	0	0	5	4	12
15	6	0	1	3	3	13
16	7	0	2	6	5	20
17	10	1	0	3	3	17
18	6	2	0	5	4	17
19	3	0	0	2	5	10
TOTAL	48	8	8	28	26	100

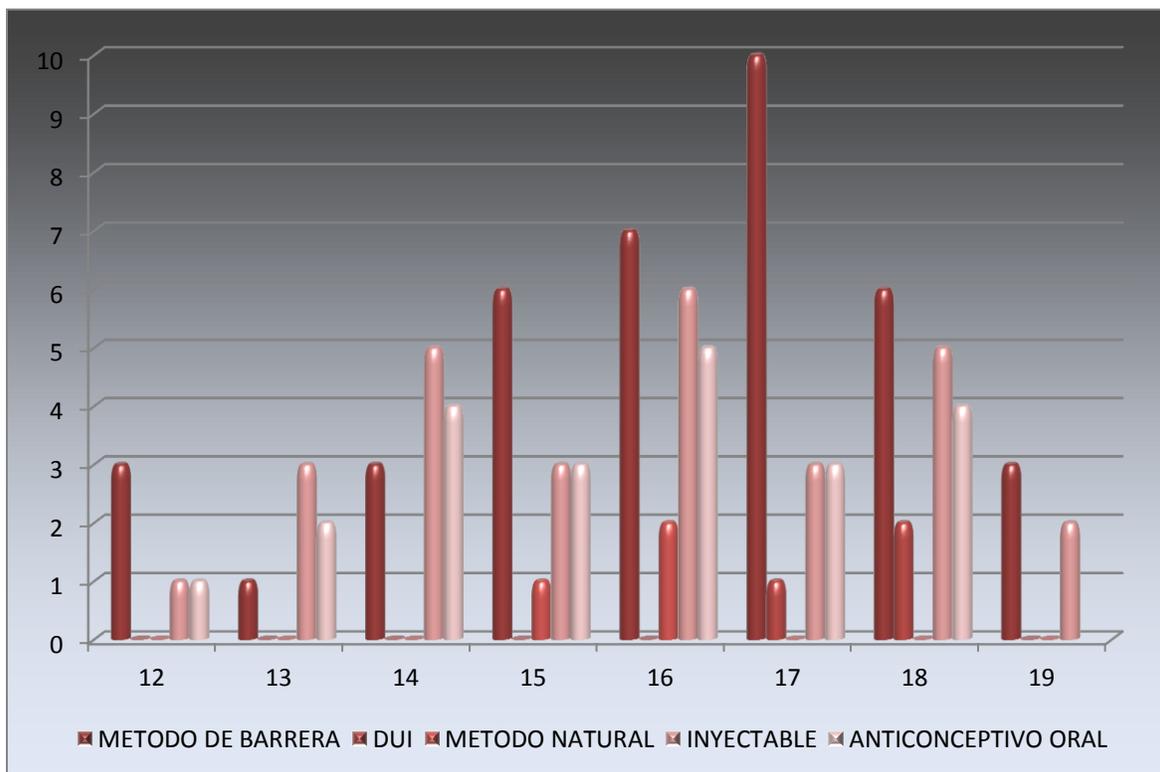
FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:

Análisis comparativo entre edad de adolescentes con método de planificación familiar que conoce de los resultados obtenidos de la encuesta de los adolescentes con vida sexual activa, que son usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Atiquizaya y Casa del Niño de Santa Ana.

Según los resultados obtenidos en este estudio se demuestra que independientemente de la edad todos los adolescentes del estudio conocen más de un método de planificación familiar, por lo que la edad no es un factor que intervenga en el uso de métodos anticonceptivo, ya que existe conocimiento sobre métodos de planificación familiar por el 100% de la muestra en estudio.

TABLA DE CONTINGENCIA N° 6: GRAFICA N° 6: EDAD DE ADOLESCENTES CON MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE CONOCE.



FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

TABLA DE CONTINGENCIA N° 7: RELIGIÓN DEL ADOLESCENTE CON MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE UTILIZA ACTUALMENTE.

RELIGIÓN	MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE UTILIZA ACTUALMENTE				
	MÉTODO DE BARRERA	ACO	INYECCIÓN	NINGUNO	TOTAL
CATÓLICO	17	8	12	8	45
EVANGÉLICO	4	2	9	19	34
MORMÓN	0	0	1	2	3
NINGUNA	4	1	7	6	18
TOTAL	25	11	29	35	100

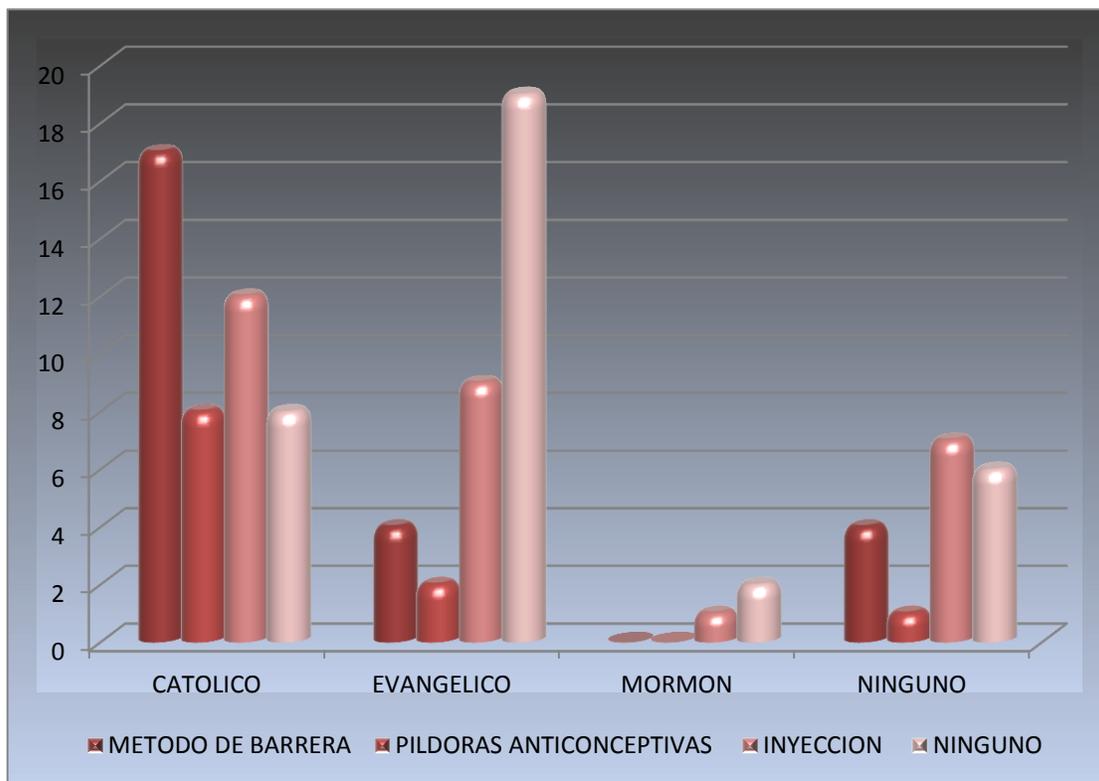
FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:

Análisis comparativo entre religión de adolescentes con método de planificación familiar que utiliza actualmente de los resultados obtenidos de la encuesta de los adolescentes con vida sexual activa, que son usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Atiquizaya y Casa del Niño de Santa Ana.

Según los resultados obtenidos en este estudio se demuestra que factores como la religión no tiene incidencia en los adolescentes en estudio para el tipo y utilización de métodos de planificación familiar.

TABLA DE CONTINGENCIA N° 7: GRAFICA N° 7: RELIGIÓN DEL ADOLESCENTE CON MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE UTILIZA ACTUALMENTE.



FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

TABLA DE CONTINGENCIA N° 8: ESTADO CIVIL DE ADOLESCENTES CON MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE UTILIZA ACTUALMENTE.

ESTADO CIVIL	MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE UTILIZA ACTUALMENTE								
	MÉTODO DE BARRERA		ACO		INYECCIÓN		NINGUNO		TOTAL
SOLTERO	24	32%	9	12%	21	28%	22	29%	76%
ACOMPAÑADO	0	0%	2	9%	6	29%	13	62%	21%
CASADO	1	33%	0	0%	2	67%	0	0%	3%
TOTAL	25		11		29		35		100%

FUENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:

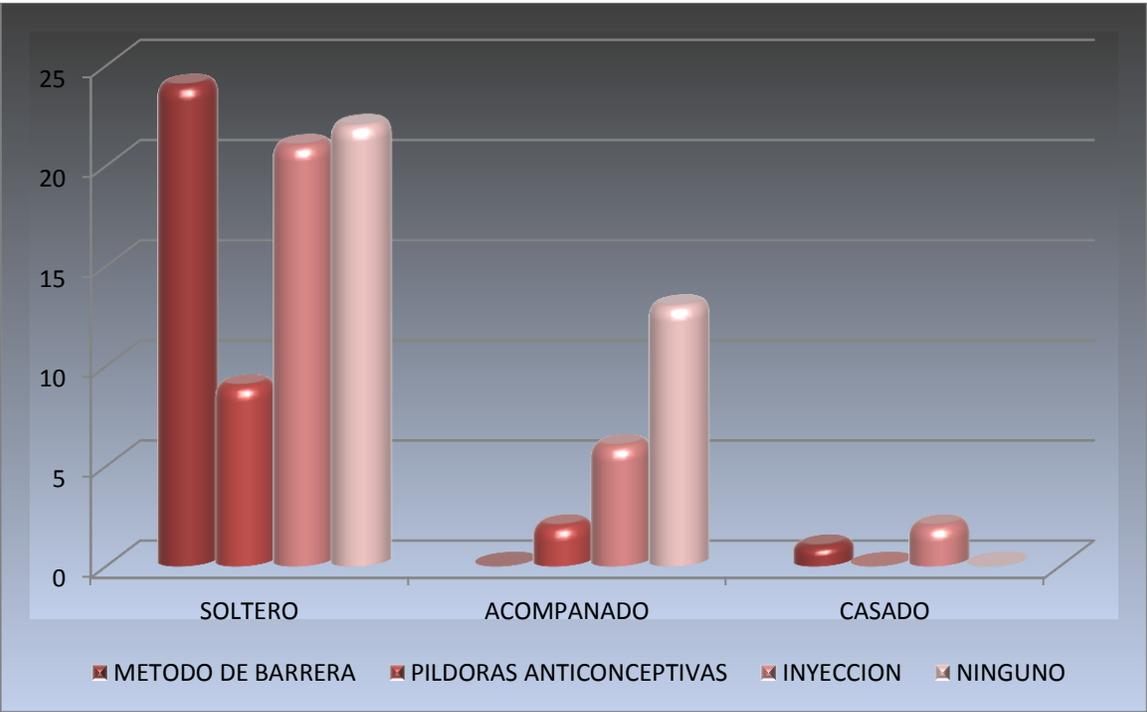
Análisis comparativo entre estado civil de adolescentes con método de planificación familiar que utiliza actualmente los resultados obtenidos de la encuesta de los adolescentes con vida sexual activa, que son usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Atiquizaya y Casa del Niño de Santa Ana. Los adolescentes solteros de la muestra en estudio que representan el 76%, se observa que 71% utilizan métodos de planificación familiar, y un 29% del total de adolescentes solteros no utilizan método de planificación familiar.

Los adolescentes que se encuentran acompañados, el cual representa del total de la muestra en estudio el 21%, donde un 38% de los adolescentes acompañados utiliza método de planificación y un 62% no utilizan método de

Planificación familiar. De los adolescentes en estudio que se encuentran casados que representan el 3% del total de la muestra en estudio, el 100% de ellos utiliza

método de planificación familiar. Según los resultados obtenidos en este estudio se demuestra que factores como el estado civil es un factor determinante en el uso de método de planificación familiar, donde los adolescentes con estado civil solteros son los que más utilizan métodos de planificación familiar. Los adolescentes con estado civil acompañados el porcentaje que no utilizan métodos de planificación es mayor a los adolescentes que lo utilizan. De los adolescentes casados a pesar que la muestra no es representativa de estos el 100% utilizan métodos de planificación.

TABLA DE CONTINGENCIA N° 8: ESTADO CIVIL DE ADOLESCENTES CON MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE UTILIZA ACTUALMENTE.



UENTE: ENCUESTA ADOLESCENTES DE ATQUIZAYA Y SANTA ANA 2017.

CAPITULO VI

6.0 CONCLUSIONES

- ✚ Los factores que influyen en el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes con vida sexual activa son diversos que abarcan desde factores individuales, socio culturales, hasta psico conductuales, ninguno de estos factores por si solo puede influir directamente en el uso y conocimiento de métodos anticonceptivos.
- ✚ Los factores que tiene una mayor intervención en el conocimiento de métodos anticonceptivos son el nivel de escolaridad, la integración familiar, pero esto no garantiza que el adolescente hará uso de los métodos anticonceptivos.
- ✚ El uso de métodos anticonceptivos es afectado por factores que están arraigados en los adolescentes producto de conductas, creencias y costumbres donde las instituciones intervinientes no están actuando oportunamente, permitiendo así que no se genere, un cambio en la mayor utilización de estos.
- ✚ El nivel de conocimiento que presentan los adolescentes con vida sexual activa usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Atiquizaya y Casa del Niño de Santa Ana en relación a los métodos anticonceptivos es de un 100 % de la muestra. Sin embargo este conocimiento no garantiza la utilización de estos

- ✚ Al iniciar el adolescente vida sexual activa implica diversos riesgos desde embarazos no deseados hasta enfermedades de transmisión sexual según el estudio se demostró que la edad promedio para iniciar una vida sexual activa se genera en las edades comprendidas entre los 13 a 17 años con un promedio de edad de 14 y 15 años.
- ✚ Los adolescentes usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Atiquizaya y Casa del Niño de Santa Ana inician su vida sexual activa por razones erróneas en las cuales consideran que es importante demostrarles a su pareja su afectividad mediante el acto sexual o incluso es una edad de adquisición de nuevas experiencias como es el despertar sexual.
- ✚ Los adolescentes que fueron parte de este estudio el 100% conoce la existencia de métodos anticonceptivos pero en un alto porcentaje reciben la información mayormente por entes no aptos para generar una buena información.
- ✚ El método anticonceptivo más utilizado por los adolescentes con vida sexual activa usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Atiquizaya y Casa del Niño de Santa Ana es el método de barrera por las ventajas de mayor accesibilidad económica, adquisición y de almacenaje sin embargo no conocen la forma correcta de utilización.

- ✚ Según el estudio realizado en los adolescentes usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Atiquizaya y Casa del Niño de Santa Ana con vida sexual activa se demuestra que el género que mayormente hace uso de métodos de planificación familiar es el género femenino.

- ✚ El método anticonceptivo más utilizado por las adolescentes usuarios de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Atiquizaya y Casa del Niño de Santa Ana con vida sexual activa es la Inyección, por la accesibilidad de esta en los centros de salud y por considerar que es más efectiva

CAPITULO VII

7.0 RECOMENDACIONES.

- ✚ Crear programas que ayuden a intervenir para generar cambios en aquellos factores que pueden ser modificados y que están arraigados en el área socio conductual como son las costumbres y las creencias.

- ✚ Fomentar programas que ayuden a capacitar a los padres para el abordaje de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes con la finalidad de educar y fomentar responsabilidad sobre el inicio de relaciones sexuales en la prevención de embarazo y enfermedades de transmisión sexual.

- ✚ Hacer que las instituciones intervinientes tales como los servicios de salud, educación, organizaciones religiosas y todas aquellas instituciones que trabajan con adolescentes y niños ejerzan el rol que les corresponde y no que se queden como simple espectadores o creadores nada más elaborando documentos estadísticos mientras los jóvenes van perdiendo la adolescencia para volverse adultos por las responsabilidades adquiridas.

- ✚ Brindar asesoría a los adolescentes sobre el conocimiento y uso correcto de métodos anticonceptivos.

CAPITULO VIII

8.0 BIBLIOGRAFÍA.

- ✚ Embarazo en adolescentes. Plan para la prevención del embarazo en adolescentes ministerio de salud [Internet]. El Salvador Proyección DIGESTY, MINSAL 2015; [Citado el 20 de Febrero de 2017]; disponible desde:
http://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/telesalud_2016_presentaciones/presentacion22042016/Plan-prevencion-Embarazo-Adolescentes-EI-Salvador-2016.pdf

- ✚ Organización mundial de la salud, Organización Panamericana de la Salud, Plan Estratégico Regional de Prevención del Embarazo Adolescente para Centroamérica y República Dominicana [Internet]. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud [Citado el 25 de Enero de 2017]; disponible desde:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9785%3A2014-v-reunion-comisca-mecanismos-igualdad-genero-prevenir-embarazo-adolescente&catid=3450%3Anews&Itemid=2468&lang=es

- ✚ Anameli Monroy de Velasco, salud y sexualidad en la adolescencia y juventud [Libro]. Primera edición 2002; Capitulo 3, Página 11 – 24

- ✚ Factores que influyen en el uso de métodos anticonceptivos modernos en la población panameña sexualmente activa entre los 15-59 años de edad en el año 2009 [Internet]. septiembre-diciembre 2014; [Citado el 10 de Febrero de 2017]; disponible desde:
<http://usma.ac.pa/wp-content/uploads/2014/05/jenkins-revista-ipc-2-5.pdf>

- ✚ OBSTETRICIA DE WILLIAMS, ANTICONCEPCIÓN [Libro].EDICIÓN 23; CAPITULO 32,PAGINAS 673-697

- ✚ Organización Panamericana de la Salud, Perfil de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes y jóvenes de América Latina y el Caribe: Revisión bibliográfica, 1988-1998[Internet] 2000 Organización Panamericana de la Salud; [Citado el 02 de Febrero de 2017]; disponible desde:
<http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil-salud-sexual-adolescentes- LAC--bilbiografia--1988-1998.pdf>

CAPITULO IX

9.0 ANEXOS.

ASENTIMIENTO INFORMADO

Usted o un menor de edad a su cargo ha sido invitado(a) a participar en la investigación que lleva por título:

- “Factores que Influyen en el Conocimiento y Uso de Métodos Anticonceptivos en Adolescentes con Vida Sexual Activa en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia de Atiquizaya, Unidad Comunitaria de Salud Familiar Intermedia Casa del Niño Santa Ana, de Septiembre 2016 a Febrero 2017.”

El objetivo de esta investigación es:

- Identificar los factores que influyen en el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes con vida sexual activa.

Usted ha sido seleccionado(a) ya que la investigación incluye adolescentes de 10 a 19 años que han iniciado relaciones sexuales.

Las investigadoras responsables de este estudio son: Cybel Angélica Carías Toledo y Stephanie Jazmín Escobar Castro, estudiantes de la Facultad Multidisciplinaria de Occidente de la Universidad de El Salvador, para optar al Título de Doctor en Medicina.

Para decidir participar en esta investigación, es importante que considere la siguiente información, siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro:

Su participación consistirá en responder una entrevista semi estructurada, en la cual, uno de los investigadores le hará preguntas en la que podrá responder a los literales que se le mencionan y en otras usted podrá expresar su opinión o

conocimiento. La entrevista tendrá una duración de alrededor de 15 minutos y abarcará varias preguntas sobre el tema anteriormente explicado.

Usted y/o el menor de edad a su cargo no recibirá ningún beneficio directo, ni recompensa alguna, por participar en este estudio. No obstante, su participación permitirá generar información para poder conocer los factores que puedan favorecer o afectar el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes y así las instituciones responsables o que intervienen los puedan conocer y poder generar mejoría en los programas de salud.

Su participación y/o autorización para que participe un menor de edad a su cargo son absolutamente voluntarias. El menor de edad a su cargo tendrá la libertad de contestar las preguntas que desee, como también de detener su participación en cualquier momento. Esto no implicará ningún perjuicio para usted. Tratándose de investigaciones en menores de edad, usted. Podrá estar presente al momento de su realización.

Todas sus opiniones serán confidenciales, y mantenidas en estricta reserva, no se hará uso de ningún instrumento que implique grabación. En las presentaciones y publicaciones de esta investigación, su nombre y/o el del menor de edad a su cargo no aparecerán por lo que no se pedirá identificación personal.

Usted tiene derecho a conocer los resultados de esta investigación. Para ello, se presentarán los resultados del estudio en cada Unidad Comunitaria de Salud Familiar participante, en la cual se coordinará fecha y hora con la dirección de la institución, así como se publicará en la hemeroteca virtual de la Universidad de El Salvador.

Agradecemos de antemano el haber aceptado participar en esta investigación.



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

TEMA: “FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CONOCIMIENTO Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES CON VIDA SEXUAL ACTIVA EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR INTERMEDIA DE ATIQUIZAYA, UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR INTERMEDIA CASA DEL NIÑO DE SANTA ANA, DE SEPTIEMBRE 2016 A FEBRERO 2017.”

OBJETIVO: Indagar sobre el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes con vida sexual activa

Agradecemos de antemano su colaboración en este estudio.

1- Datos personales.

- | | |
|-----------------------|-------------------------|
| 1. Edad:_____ | 5. Ocupación_____ |
| 2. Sexo_____ | 6. Religión_____ |
| 3. Estado civil _____ | 7. UCSFI_____ |
| 4. Escolaridad_____ | 8. Área geográfica_____ |

2- Estado civil de los padres:

- | | | | |
|---------------|-----|---------------------|-----|
| 1. Casado | () | 4. Separados | () |
| 2. Acompañado | () | 5. Soltero | () |
| 3. Divorciado | () | 6. En el extranjero | () |

3- Integración del grupo familiar.

- | | | | |
|-----------------------------|-----|-----------------------------------|-----|
| 1. Madre | () | 7. Ambos, hermanos,
abuelos | () |
| 2. Padre | () | 8. Madre, hermanos, | |
| 3. Ambos padres | () | 9. Padrastro | () |
| 4. Abuelos | () | 10. Padre, hermanos,
Madrastra | () |
| 5. Hermanos | () | | |
| 6. Madre, hermanos, abuelos | () | | |

4-¿Con quién vive actualmente?:

- | | | | |
|-------------|-----|---------------------|-----|
| 1. Padre | () | 6. Vive sola | () |
| 2. Madre | () | 7. Abuelos | () |
| 3. Ambos | () | 8. Madre, padrastro | () |
| 4. Hermanos | () | 9. Padre, madrastra | () |
| 5. Pareja | () | | |

5- ¿Cuáles son tus metas para el futuro?:

- | | | | |
|-------------------------|-----|--------------------------------------------|-----|
| 1. Trabajar | () | 6. Trabajar y estudiar | () |
| 2. Estudiar | () | 7. Trabajar, estudiar, carrera,
Familia | () |
| 3. Culminar una carrera | () | 8. Trabajar, carrera, familia | () |
| 4. Formar una familia | () | | |
| 5. No sabe | () | | |

6-¿Cómo te sientes contigo mismo? :

1. Te aceptas a ti mismo ()
2. No te aceptas ()
3. Note interesa () porque?_____

7- ¿Utiliza algún tipo de droga?:

1. Si ()
2. No ()

8-¿Cual o cuales drogas?:

1. Tabaco ()
2. Alcohol ()
3. Tabaco y alcohol ()
4. Marihuana ()
5. Cocaína ()
6. Otros ()
7. Ninguna ()

9-Comportamiento SEXUAL:

1. -Edad de inicio de relaciones sexuales_____
2. -Edad de tu primera pareja sexual _____
3. -Número de parejas sexuales_____

10- ¿Tipos de pareja sexual?:

1. Heterosexual ()
2. Bisexual ()
3. Homosexual ()

11- ¿Qué número de personas han participado en las relaciones sexuales que ha tenido?

- 1. Una persona ()
- 2. Dos personas ()
- 3. Tres personas ()

12-¿Has sido víctima de abuso sexual?:

- 1. si ()
- 2. no ()

***Si la respuesta es sí conteste los siguientes literales:**

- 1. Fue la primera relación sexual ()
- 2. Ya había iniciado relaciones sexuales ()

*

***Responsable de la violación sexual:**

- 1. Persona conocida ()
- 2. Es tu actual pareja ()
- 3. Persona desconocida ()

***Actualmente continúa siendo abusada:**

- 1. Si ()
- 2. No ()

13--¿Cuándo consideras que es oportuno iniciar una vida sexual activa?

- 1. Cuando yo quiera ()
- 2. En el noviazgo ()
- 3. Después de constituir algo serio()
- 4. Lo principal es que los dos quieran()
- 5. No opina ()

14-¿Cuál sería la razón fundamental por la cual has tenido, tienes o tendrás relaciones sexuales?

- | | |
|--------------------------------------------------|-----------------------------|
| 1. Por placer () | 5. Por amor la pareja () |
| 2. Porque la mayoría de los jóvenes lo hacen () | 6. Se da la oportunidad () |
| 3. Por no perder a tu pareja () | 7. Económico () |
| 4. Por curiosidad() | 8. Otros()_____ |

15- ¿Qué tipo de método de planificación familiar conoces?

1. R/_____

16-¿Cómo calificas tus conocimientos sobre métodos de planificación familiar?:

- | | |
|------------------|---------------------|
| 1. Excelente () | 3. Regular () |
| 2. Muy bueno () | 4. Insuficiente () |

17-¿Como obtuvo usted los conocimientos sobre métodos de Planificación Familiar?:

- | | |
|-----------------------------------------|-------------------------|
| 1. Padres () | 5. Centro educativo () |
| 2. Centros de salud () | 6. Familiares () |
| 3. Iglesia () | 7. Amigos () |
| 4. Medio de comunicación (radio tv) () | 8. Ninguno() |

18-¿Has utilizado uno o más de estos métodos?

1. Si
2. No
3. Si la respuesta es **NO** Porque?_____

19-¿A qué edad utilizo por primera vez un método de planificación familiar?

1. 10-13 años ()
2. 14-16 años ()
3. 17-19 años ()
4. Nunca ()

20-¿Cuáles métodos de planificación familiar has utilizado?

- | | |
|--------------------------|---------------------------------|
| 1. Método de barrera () | 5. Píldoras anticonceptivas () |
| 2. DIU () | 6. Ninguno () |
| 3. Método natural () | 7. Más de un método () |
| 4. Inyección () | |

21-¿Que método de planificación utilizas actualmente?

- | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|
| 1. Método de barrera ()
cual_____ | 3. Método natural ()
cual_____ |
| 2. Dispositivo intrauterino () | 4. Dispositivo intradérmico () |
| | 5. Píldoras anticonceptivas () |
| 6. Inyección () | |
| 7. Esterilización ()
cual_____ | |
| 8. Ninguno ___ | |
| 9. Otros_____ | |

22-¿Considera usted que existen razones que hace que los adolescentes no utilicen métodos de planificación familiar a pesar de la existencia de dichos métodos en los centros de salud?

1. Si ()
2. No ()

23-¿Cuál considera el factor más importante?

1. Tradición de conformación familiar en grupos numerosos ()
2. Negativa por parte de su grupo religioso ()
3. Negativa por parte de la pareja ()
4. Negativa por otro miembro de la familia ()
5. Cree que los métodos de planificación ocasionan mayor riesgo de enfermedades ()
6. Cree que se producen embarazos solo cuando estos se deseen ()
7. Necesidad de huir del grupo familiar por medio del matrimonio forzado debido a un embarazo ()
8. Ninguno()

24-¿Qué información recibes de los medios de comunicación sobre la conducta sexual?

1. Embarazo en adolescentes ()
2. Control y prevención de ITS ()
3. Planificación familiar y Relaciones Sexuales de Riesgo ()
4. Derechos Sexuales y Reproductivos de la mujer adolescente ()
5. Importancia del Control Prenatal Completo y Precoz ()
6. Violencia de Genero ()
7. Ninguna ()

9.3 PRESUPUESTO DE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN.

Rubro de Gastos	Cantidad en Dólares
Impresora Tinta Memoria USB.	\$356.00
Resma de papel Fotocopias Papel bond Lapiceros	\$60.00
Internet Empastados Impresiones Anillados Fólder	\$224.00
Gasto varios Alimentación Material bibliográfico	\$45.00
Defensa de tesis	\$180.00
Total	\$865.00

9.4 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

ACTIVIDADES \ MESES	SEPTIEMBRE				OCTUBRE.					NOVIEMBRE				DICIEMBRE					ENERO				FEBRERO			
	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4
Elección del tema problema	■																									
Reunión de asesor de tesis		■																								
Plan de trabajo			■																							
Introducción				■																						
Justificación					■																					
Planteamiento del problema						■	■																			
Antecedentes							■	■																		
Elaboración de objetivos								■																		
Revisión de perfil de investigación con asesor									■																	
Entrega del perfil de investigación										■	■															
Corrección de perfil de investigación											■	■														
Elaboración del marco teórico													■	■	■	■	■	■								
Referencias o bibliografía																		■								
Revisión de marco teórico con asesor																			■	■	■					
Diseño metodológico																					■	■				
Elaboración de instrumentos																						■				
Revisión por asesor																							■	■		

9.4 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	MARZO				ABRIL					MAYO				JUNIO					JULIO			
	MESES																					
	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4
Entrega de protocolo de investigación	■	■																				
Recolección de los datos			■	■	■	■	■	■	■													
Análisis de los datos										■	■	■	■	■	■	■						
Conclusiones																	■	■				
Recomendaciones																	■	■				
Anexos																	■	■				
Revisión por asesor																	■	■				
Presentación del informe de investigación																			■	■		