

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
UNIDAD CENTRAL  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE MEDICINA**



**Universidad de El Salvador**

*Hacia la libertad por la cultura*

**“FACTORES PSICOSOCIALES QUE AFECTAN LA TOMA DE DECISIONES SOBRE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, EN MUJERES 15 - 25 AÑOS, UNIDADES DE SALUD DE JUTIAPA, MUNICIPIO DE CABAÑAS, Y EL TRANSITO, SAN MARCOS, MUNICIPIO DE SAN SALVADOR, MAYO - JULIO DEL 2017”**

Informe Final Presentado por:

Tadeo Antonio Prado Mestizo  
William Alfredo Portillo Gámez

Para Optar al Título de:  
DOCTOR EN MEDICINA

Asesor:  
Dr. Benjamín Antonio Ramos Franco

San Salvador, Noviembre 2017.

## ÍNDICE

I Resumen .....	iii
II Introducción.....	1
III Objetivos.....	3
IV Marco teórico .....	4
a. Definición de sexualidad .....	4
b. Salud sexual .....	11
c. Desarrollo y sexualidad .....	12
d. Los derechos sexuales .....	13
e. La responsabilidad en los derechos sexuales .....	13
f. Roles sexuales de Genero .....	14
g. Orientacion afectivo sexual .....	19
V Hipótesis.....	21
VI Diseño Metodológico.....	22
a. Tipo de investigacion .....	22
b. Periodo de investigacion .....	22
c. Universo y muestra .....	22
d. Criterios de inclusion .....	23
e. Criterios de exclusion .....	23
f. Variables .....	23
g. Cruce de variables .....	23
h. Fuentes de informacion .....	24
i. Tecnicas para la obtencion de informacio .....	24
j. Mecanismo de confidencialidad .....	25
k. Procesamiento y analisis de la informacion. ....	25
l. Operacionalizacion de las variables .....	26
VII Resultados .....	31
VIII Discusión.....	58
IX Conclusiones.....	63
X Recomendaciones.....	65
XI Bibliografía.....	67
XII Anexos.....	68

## I. RESUMEN

La presente investigación que lleva como título “factores psicosociales que afectan la toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva, en mujeres 15 - 25 años, unidades de salud de Jutiapa, municipio de Cabañas, y ElTránsito, San Marcos, municipio de San Salvador, mayo - julio 2017, ha tenido como propósito Identificar los principales factores sociales, psicológicos, y culturales que afecta la toma de decisiones en salud sexual y reproductiva basados en la metodología de un estudio cualitativo de tipo descriptivo de corte transversal.

Los resultados que se encontraron fueron que el machismo es un factor influyente en las decisiones de las mujeres tanto así que los resultados encontrados mencionan que del 100% de mujeres un 15% de ellas mencionaron que alguna vez su pareja le había prohibido usar algún método anticonceptivo, además la gran falta de información en cuanto a salud sexual y reproductiva reflejada en las respuestas de las participantes de la investigación, indica que ello afecta de manera muy significativa el que las personas tomen decisiones en sexualidad. Además, se verifico la baja autoestima y los años de vida de las personas investigadas afecta ya que entre más bajos estén estos acápite más se observa decisiones que son influenciadas por la pareja.

Por lo tanto se evidencia que el grado de acceso a la educación sexual y salud reproductiva, la prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual, pueden influir de manera determinante en su conocimiento, actitudes y comportamientos sexuales y reproductivos.

## II. INTRODUCCION

Uno de los factores que influyen en que las personas tomen malas decisiones en cuanto a sexualidad se refiere es la falta de educación en salud sexual y reproductiva, el cual a su vez se ve influenciado por el sistema político religioso cultural de la sociedad que está muy enraizada en las generaciones presentes y cuyas consecuencias provocan un círculo vicioso en la sociedad que pudiendo ser resueltos con anticipación no se les toma la importancia debida.

La mujer en la adolescencia y adultez joven se ve enfrentada en los diferentes ámbitos de vida social, económico, político, educativo y salud, a tomar decisiones que son de importancia en su vida futura, por lo que se puede definir la problemática actual de las mujeres adolescentes y adultas jóvenes de las Unidades de Salud de Jutiapa, Municipio de Cabañas, y El Transito, San Marcos, municipio de San Salvador de la siguiente manera: ¿Cuáles son los factores psicosociales que afectan la toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva, en mujeres 15 - 25 años?

En El Salvador, para el año 2013, la población de 15 a 25 años representa un poco más de un tercio de la población clasificada como en edad fértil. Se puede decir, que no es sino hasta mediados de los años 70 que, en El Salvador, se reconoce la adolescencia como un periodo diferenciado de la niñez y de los adultos jóvenes, justamente después de la primera conferencia de la juventud a nivel mundial. Situación que da pie para que a finales de la década de los ochenta y principios de los noventa se incorporen las primeras políticas estrechas con la adolescencia y se comience a hablar de programas y conserjerías dirigidas específicamente a la población de adolescentes-jóvenes de El Salvador.

Existen determinantes sociales, económicas que influyen directa e indirectamente en los habitantes y que interfieren y/o deterioran la salud de los mismos generando condiciones físicas, y mentales desfavorables en los núcleos familiares, estos factores no son tomados en cuenta en el desarrollo de las acciones en salud y/o no son abordados en forma integral en los procesos de educación en salud sexual reproductiva

Un gran porcentaje de los adolescentes-jóvenes, que se encuentran en el rango de 15 a 25 años, también afrontan riesgos en su salud sexual y reproductiva, riesgos específicos debido a su biología, a la discriminación respecto al acceso a información y a los servicios, y a los límites que la sociedad impone a su comportamiento.

Es por ello que esta investigación es realizada al observar la necesidad de describir sobre cuáles son los principales factores psicológicos, sociales, económicos, religiosos y culturales que en nuestra área geográfica de estudio están inmersos ocasionando que las mujeres en edad fértil tomen decisiones en sexualidad ya sea positivas o negativas teniendo como trasfondo el grado de conocimiento en cuanto a salud sexual y reproductiva.

Para ello se hace uso de la entrevista formulada con la intención de identificar cada aspecto que nos lleve a una mayor comprensión de la situación que se vive en cada zona geográfica de estudio, y haciendo uso de investigaciones anteriores para usarlas como respaldo en cuanto a tener una noción de la situación actual en este tema.

### **III. OBJETIVOS**

#### **-General**

- Describir los factores más importantes que influyen en la toma de decisiones en cuanto a la salud sexual y reproductiva en las mujeres de 15 a 25 años en pacientes de la Unidad de Salud del municipio de Jutiapa y san Marcos en el periodo de mayo a julio de 2017.

#### **-Específicos:**

- Identificar los principales factores sociales que afecta la toma de decisiones en salud sexual y re productiva
- Definir cuáles son los factores psicológicos que afectan la toma de decisiones en salud sexual y reproductiva
- Mencionar los factores culturales que más influyen en la toma de decisiones en salud sexual y reproductiva

## IV. MARCO TEÓRICO

### A. DEFINICIÓN DE SEXUALIDAD

Si le preguntamos a cualquier persona que le sugiere la palabra “sexualidad” normalmente se remite al cuerpo, y más concretamente a los genitales (pene, vulva, pechos, vagina...). En cuanto a prácticas sexuales, se reduce a la penetración o, como mucho, a otras prácticas sexuales como: la felación, cunnilingus o la masturbación. También se asocia a la reproducción/procreación (anticonceptivos, embarazo, menstruación, etc.). Pocas veces aparecen sentimientos (placer, cariño, vergüenza, etc.) o se hace mención a los aspectos sociales de las relaciones eróticas o románticas (tipos de relaciones, normas, etc.), ni se reflejan las diferentes orientaciones del deseo. Además, se restringe la sexualidad a una determinada época de la vida olvidando que sexualidad tenemos desde que se nace hasta que se muere.

Esta disociación, que separa los aspectos psicológicos y sociales, de la sexualidad, de los biológicos (genitales) se ve reflejada socialmente. Por ejemplo, como apunta S. Agustín (2009) en el cine se trata la “sexualidad” desde dos ópticas completamente diferenciadas: cine pornográfico; centrado en los aspectos físicos (desnudo, penetración, etc.), que puede incluso verse en otros idiomas sin perder nada de contenido, y cine comercial; que trata los aspectos psicológicos y sociales, pero oculta los más explícitamente genitales.

*La sexualidad humana de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como:*

“Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas,

prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales."

Por lo tanto, para poder aproximarse sin generar conflictos o dudas a la cuestión de la sexualidad, se abordará a través del análisis de tres componentes de dicha realidad que facilitan su comprensión al estudiarse por separado, aunque se vivan conjuntamente por el ser humano. Se hace referencia a los componentes biológico, psicológico y social de la sexualidad, que son los factores más relevantes en la sexualidad. <sup>1</sup>

- **Componente Biológico de la Sexualidad**

En coincidencia con el resto de mamíferos, biológicamente, los humanos estamos divididos en dos sexos para asegurar la perpetuación de la especie. A esta realidad se atiende cuando nos referimos al sexo biológico, diferenciando entre "hombre" y "mujer".

El proceso de "sexuación" es un proceso peculiar, y aunque es evidente la existencia de dos sexos, existen muchas maneras de "construirse", tanto como hombre como mujer, sin la existencia concreta de dos sexos puros.

El sexo biológico incluye los diferentes tipos de sexo y se sirve del cuerpo en general como medio de expresión, no sólo los genitales, y su fin sería la reproducción siempre que se pueda y se quiera. <sup>1</sup>

- **Diferenciación Sexual**

La diferenciación entre macho y hembra, consiste en un proceso evolutivo en el que se distinguen varios niveles:

- **Sexo genético:** determinado por la unión de los cromosomas sexuales, xx en el caso femenino y xy en el masculino.
- **Sexo genital:** hace referencia a los caracteres sexuales primarios. Las gónadas son las que producen las hormonas sexuales y van a permitir el desarrollo de los aparatos sexuales (pene-testículos o vagina-vulva).
- **Sexo somático:** En el periodo de la adolescencia las gónadas del individuo producen hormonas sexuales correspondientes con su sexo, andrógenos y estrógenos principalmente, que van a afectar a la apariencia externa de los individuos, es decir a sus caracteres sexuales secundarios. Este periodo transforma a los individuos físicamente diferenciando morfológicamente a un sexo del otro.

Existe un pequeño porcentaje de personas que tienen una dotación genética de XXY y otras variantes. Son aproximadamente una de cada 2.000 personas y reciben el nombre de *intersexual* naciendo con características sexuales de ambos sexos. En algunas culturas se acepta que estos niños crezcan y experimenten con su género, adoptando las expresiones de género que prefieran. En nuestra sociedad, prevalece una óptica médica sobre la intersexualidad y se interviene quirúrgicamente cuando todavía son bebés. Existen diferentes posturas sobre estas intervenciones, que son rechazadas por muchas de las personas intersexuales en su vida adulta. <sup>2</sup>

- **Componente Psicológico de la Sexualidad**

Es el sentimiento íntimo de pertenencia al grupo de hombres o al grupo de mujeres y todo lo que ello conlleva. Es habitual que el sexo de asignación y la identidad sexual coincidan, aunque hay casos en los que esto no ocurre, lo que se conoce como Transexualidad.

- **Componente Social de la Sexualidad**

### **Regulación del Comportamiento Sexual**

Aunque existen múltiples estudios sobre los comportamientos sexuales de los animales, existen muy pocos sobre los humanos. Por otro lado los estudios etiológicos no pueden ser aplicados directamente a los humanos, ya que el ser humano diverge en cuestiones fundamentales de los animales, incluidos los mamíferos superiores, por diversos motivos:

- Tabúes y control social
- Roles sexuales.
- La sexualidad humana está presente a lo largo de toda la vida del individuo.
- Los contraceptivos hacen que los humanos podamos diferenciar entre relaciones sexuales y reproducción. <sup>2</sup>

- **Factores Sociales**

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.

- **Factores Socioculturales.**

Esta se describe en términos de su ingreso, empleo, educación, salud y fertilidad y también los roles que ella desempeña en la familia y la comunidad. También incluye la percepción de la sociedad sobre estos roles y el valor que esta le otorga. El estereotipo de la mujer de baja condición es la mujer con un niño al pecho, embarazada y varios niños más alrededor de su falda. Es la mujer para quien la maternidad ha sido el único destino desde su nacimiento, ella se ve mayor de la edad que tiene, su salud está revestida por embarazos a repetición, la maternidad y el trabajo doméstico agotador. Es típico su baja escolaridad, falta de ingreso, falta de empleo, salud inadecuada y falta de acceso a la salud.

*El machismo* y la necesidad del varón de probarse es un factor dinámico en el comportamiento del varón, en el que también se ha demostrado la exigencia de una gran carencia afectiva y necesidades no satisfechas. 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.

La educación tiene un efecto importante en el embarazo de las adolescentes. La precocidad y el número de niños que una mujer tendrá declinan a medida

que el nivel de escolaridad aumenta, más bien la educación actúa mejorando la condición social y la auto imagen de la mujer, aumentando las opciones de su vida y la capacidad de tomar sus propias decisiones. La educación se ha descrito como el medicamento contra el fatalismo. Las mujeres analfabetas de los sectores rurales no entienden de la fisiología de la reproducción o como controlarla, en consecuencia, aceptan el embarazo como una voluntad divina, una mujer sin educación está menos informada e indispuesta a buscar cuidados para su salud y atención médica.

Se describe como factor de riesgo la *baja escolaridad*, las zonas de pobreza con hacinamiento, estrés, delincuencia y alcoholismo, tendrán mayor cantidad familiar disfuncionales, falta de recursos a los sistemas de atención en salud, con el consecuente mayor riesgo.

La pérdida de la religiosidad es otro factor que afecta las barreras para el ejercicio de la sexualidad adolescente.

*Causas sociales:*

1. Inicio de las relaciones sexuales en edades tempranas.
2. Permanecer más tiempo solas(os).
3. Pocas oportunidades de esparcimiento y educación.
4. Poca información y a veces deformada sobre educación sexual y anticoncepción.
5. Abundancia de programas que incitan a las relaciones sexuales.
6. Tendencia a la reproducción del modelo materno (hijos a temprana edad).
7. Falta de acceso a los servicios de planificación familiar. <sup>2</sup>

• **Factores Familiares**

Familia disfuncional (tensión y conflicto familiar), familia en crisis, pérdida de un familiar, enfermedad crónica de algún familiar, madre con embarazo en la

adolescencia, hermana adolescente embarazada, vínculo más estrecho con el padre, padre ausente. La familia desde la perspectiva psicosocial es vista como uno de los micros ambientes en donde permanece el adolescente y que por lo tanto es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable, este estilo de vida debe promover el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia.

Un mal funcionamiento puede predisponer a una relación sexual prematura, un adolescente con *baja autoestima* que sufre discriminación afectiva, recibe atención y cuidado a través de las relaciones sexuales y además puede encontrar alivio a la soledad y abandono a través de un embarazo que le permita huir de un lugar patológico amenazado por la violencia, el alcoholismo y la amenaza de incesto.

La homeostasis familiar que se establece entre los miembros facilita una relación emocional y física, promueve el desarrollo individual y familiar para mantener el equilibrio, cada familia utiliza valores, normas y reglas que condicionan y marcan las relaciones tanto en el medio externo como en el interno. Las adolescentes se enfrentan a una diversidad de problemas dentro de los cuales se encuentran: Al estar presente los problemas económicos en el hogar, la adolescente trata de conseguir un marido que la acompañe y la ayude a sobrevivir económicamente; frecuentemente pasan de la dependencia de los padres a la dependencia del marido. Se menciona además los ingresos económicos insuficientes, conduciendo así a un embarazo precoz. Los problemas Psicológicos, como la soledad, conflictos familiares, alcoholismo, inestabilidad emocional y baja autoestima. Los problemas socioculturales: como el antecedente de embarazo de la madre o hermana antes de los 19 años de edad y el machismo.<sup>2</sup>

## **B. SALUD SEXUAL**

La salud sexual es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud".<sup>6</sup>

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha definido la salud sexual como "la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad."

Ambos organismos consideran que, para que pueda lograrse y mantenerse la salud sexual, deben respetarse los derechos sexuales de todas las personas. En efecto, para lograrla, la OMS asegura que se requiere un "enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia."<sup>5</sup>

- **Salud sexual y salud reproductiva**

Es conveniente diferenciar la salud sexual, enfocada a la salud en las relaciones sexuales y la salud reproductiva enfocada a la reproducción sexual y a la procreación. A pesar de las grandes diferencias existentes en la región en cuanto a la conceptualización y acciones referentes a esta temática, deben resaltarse las iniciativas realizadas hasta la fecha. En algunos países se han llegado a implementar servicios y programas a nivel gubernamental. No obstante, este tema aún genera conflictos por los tabúes y mitos existentes, tales como que brindar educación y atención en esta área generará libertinaje y no libertad; que aumentarán las relaciones coitales no protegidas y la

precocidad sexual. Este fenómeno puede ocasionar que este tipo de programas pierdan continuidad y respaldo político.

Asimismo, existe consenso en resaltar el deber de respetar la sexualidad del ser humano y la libertad en sus opciones y decisiones. La salud sexual y la salud reproductiva (que involucra aspectos de carácter biológico, psicológico, sociológico y cultural), por tanto, debe basarse en tres principios: individualización (tomar en consideración las diferencias individuales); respeto a la dignidad humana (valores personales y de grupo); libre determinación (frente a las alternativas existentes es la persona quien decide en última instancia).<sup>3</sup>

### **C. DESARROLLO Y LA SEXUALIDAD**

La sexualidad es un elemento básico de la personalidad; un modo propio de ser, de manifestarse, de comunicarse con los otros, de sentir, expresar y vivir el amor humano.

Todas las personas somos intrínsecamente sexuales, y el desarrollo sexual evoluciona durante la infancia y la adolescencia, manifestándose durante el resto de las etapas de la vida. Pareciera que el ejercicio de la sexualidad es un aspecto que solo impacta en la persona en lo individual; sin embargo, el ejercicio de la sexualidad tiene efectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales; por lo que para tener una sociedad sana y productiva es necesario promover la salud sexual.

El estudio de la sexualidad y género, pese a los avances tecnológicos y al aparente acceso a la información, aún continúa siendo un tema escasamente abordado en el contexto familiar, social y académico.

Desde el imaginario social, continúan perpetuándose y promoviéndose los modelos heterosexuales convencionales, monógamos y exclusivamente reproductivos, permeados por la cultura falocracia. Esto influenciado por el catolicismo que promueve la virginidad y el celibato hasta el matrimonio. Estas contradicciones llevan a los jóvenes a tomar sus propias decisiones, en muchas ocasiones mal informados, comprometiendo su bienestar físico, psicológico, social y espiritual, con consecuencias como ITS, embarazos no planeados, abortos, abandono escolar, matrimonios prematuros, la culpa, el rechazo social, pérdida de la pareja, etc.<sup>5</sup>

#### **D. LOS DERECHOS SEXUALES**

Los derechos sexuales emanan de los derechos a la libertad, igualdad, privacidad, autonomía, integridad y dignidad de todas las personas.

La comprensión de los derechos debe hacerse de forma guiada, ya que pueden confundirse entre manifestar públicamente mis afectos y respeto de mi intimidad y mi vida privada, en la comprensión estará la elección, puesto que son derechos contradictorios. Todas las personas tenemos derechos sexuales que se deben ejercer desde el conocimiento.<sup>6</sup>

#### **E. LA RESPONSABILIDAD EN LOS DERECHOS SEXUALES**

La responsabilidad es definida como la capacidad existente en todo sujeto activo de derecho para reconocer y aceptar las consecuencias de un hecho realizado libremente.

El ejercicio los derechos sexuales se debe hacer con responsabilidad, protegiéndose, reconociendo y aceptando las consecuencias.

El comportamiento sexual responsable se expresa en los planos personal, interpersonal y comunitario. Se caracteriza por autonomía, madurez, honestidad, respeto, consentimiento, protección, búsqueda de placer y bienestar.

Una comunidad fomenta los comportamientos sexuales responsables al proporcionar la información, recursos y derechos que las personas necesitan para participar en dichas prácticas. (OPS, OMS, WAS, 2000)

A nivel internacional, la Organización Panamericana de la Salud establece hacer obligatoria la educación integral de la sexualidad basada en derechos, sensible al género y culturalmente apropiada en los programas de estudios a todos los niveles, (OPS, 2009) en el contexto nacional la Ley General de Educación establece que las instituciones educativas tendrán que desarrollar actitudes solidarias en los individuos y crear conciencia sobre la preservación de la salud, el ejercicio responsable de la sexualidad, la planeación familiar y la paternidad responsable, sin menoscabo de la libertad y del respeto absoluto a la dignidad humana... fomentando el conocimiento de sus causas, riesgos y consecuencias.<sup>3</sup>

## **F. ROLES SEXUALES O GÉNERO**

Una vez se ha realizado la asignación del sexo al bebé a través de la exploración ocular de sus genitales, comienza todo un proceso para su construcción como hombre o mujer. A partir de ahora, las personas adultas tendrán hacia ese bebé un comportamiento diferencial en función del sexo del que se desprenderán una serie de expectativas que irán asumiendo el niño o la niña y que, consecuentemente modificarán su conducta

El *género* es una construcción social que hace que unos comportamientos, actitudes, habilidades, juegos o formas de vestir estén considerados como propios de hombres o de mujeres. Así, niños y niñas aprenden que los juegos, los comportamientos, las habilidades, los sentimientos, las formas de vestir, trabajos, etc., son diferentes para los chicos y para las chicas, y que por lo tanto no son iguales.<sup>4</sup>

Pronto, el niño y la niña, tomarán conciencia de la existencia de ambos sexos y podrán identificarse como parte de uno de ellos, esto se conoce como “identidad sexual”.

Al final de los seis años, el niño y la niña tienen formada ya su identidad de género y su identidad sexual. A partir de aquí, pueden comenzar a conocerse a sí mismos y a sí mismas, a aceptarse tal y como son de forma positiva. Tendrán su particular manera de verse, sentirse y vivirse como seres sexuados.

Gayle Rubin (1975) en su teoría sexo-género distinguió entre ambos conceptos y explica el género como: “el conjunto de roles, tareas, comportamientos, espacios, actitudes y aptitudes que la sociedad espera que nosotros y nosotras asumamos en función de habitar un cuerpo femenino o masculino. El género lleva a cabo una diferenciación social entre hombres y mujeres como resultado de una construcción cultural sin fundamento real”. Según esta propuesta, la variación de los genitales origina la construcción estereotipada de una identidad que afecta a toda nuestra personalidad.

En el caso de la construcción del género masculino, las diferencias culturales coinciden en la necesidad de construirse y demostrar constantemente la condición de masculinidad, a través de una serie de ritos. Mientras que en el

caso de las chicas se supone una condición de feminidad intrínseca a dicho sexo que en todo caso no necesitaría de refuerzos más que la cercanía al seno materno.

Rubin demuestra que existe una organización social claramente jerárquica, donde la posición principal en términos de valoración y dominio social es ocupada por los varones. El feminismo de la igualdad adopta esta premisa y de ahí que los esfuerzos vayan encaminados hacia esa “equiparación” que nos permitiría vivir y comportarnos como deseásemos sin darle mayor importancia a nuestro “sexo biológico”, determinado en última instancia por nuestros genitales.

Los roles de género para los teóricos de la diferenciación sexual, las personas tenemos una base común y que el resultado final, tendente más hacia un “polo” que a otro, está determinado por los efectos que los distintos agentes “sexuantes” o diferenciadores tienen sobre nosotros y que acabarían por definir nuestra forma de ser hombre o mujer. Amezúa (2003) añade que: “los “sexos” están hechos de la misma madera o condición y sólo la distribución individualizada de estos y, sobre todo, su pensamiento de ser tales, los dota de una u otra identidad, lo sexual en una u otra dirección”

Como refleja con detalle S. Agustín (2009) en su libro “Diversidad sexual en las aulas. Evitar el bulín homofóbico”, algunas de las características que parecen asociarse estadísticamente más a hombres que mujeres son las siguientes:

- ◆ Formas de expresar la afectividad: El patrón considerado “femenino” es expresar abiertamente los sentimientos y exteriorizarlos inequívocamente: llorar cuando algo nos emociona, abrazar a alguien a quien queremos, verbalizar los sentimientos, etc. El patrón que se supone “masculino”, sin

embargo, es implícito: gestos indirectos, expresión en privado pero no en público, “golpes afectuosos”, etc.

- ◆ Resolución de problemas: El patrón “masculino” sería más directo, tanto en la expresión como en el modo de afrontar situaciones conflictivas. Si no se puede solucionar un problema preferimos no “tocarlo”, si vemos una salida nos lanzamos hacia ella sin perder demasiado tiempo a analizarlo (lo cual muchas veces es funcional, pero en ocasiones deriva en conductas violentas). El patrón “femenino” tiende a ser mucho más reflexivo, dar vueltas a un problema a veces olvidando el objetivo de encontrar una solución (lo que puede derivar en conductas pasivas).
- ◆ Formas de afrontar los conflictos interpersonales: Encontraríamos más hombres que responden de manera directa o “agresiva” ante un conflicto interpersonal. Entre las mujeres, sin embargo, aparecen respuestas más indirectas o “manipuladoras”.
- ◆ Vestimenta: El patrón “masculino” marcaría un gusto por lo funcional (pantalones en lugar de faldas, pocos ornamentos). El patrón “femenino”, por el contrario, que buscaría la belleza estética.
- ◆ Dominancia y liderazgo frente a cuidado y cooperación: Habría más mujeres con tendencia a cuidar a los demás, en especial a menores y a los mayores. En las relaciones sociales, lo “femenino” sería buscar la cooperación dentro del grupo, sin establecer líderes claros. Mientras que lo “masculino” sería la búsqueda del liderazgo individual.
- ◆ Profesiones: Relacionado con el patrón anterior; a los hombres se les asigna profesiones de poder, toma de decisiones, actividad física y agresividad

(obreros, bomberos, directivos...). A las mujeres profesiones de cuidado de los demás y también pedagógicas (amas de casa, profesoras, enfermeras, cocineras, etc.).

- ◆ Aficiones: Los patrones se aplican a los “hobbies” de manera similar: los hombres tendrían interés en actividades físicas tales como la mecánica o el fútbol y de dominancia, como la política. Las mujeres se centrarían más en aficiones estéticas (moda, arte) o en la socialización de las emociones (conversaciones con las amigas, prensa rosa).<sup>4</sup>

Eleonor Macabí (1995) nos apunta que las estructuras sociales que emergen en los grupos de varones y hembras son diferentes:

Los grupos de varones tienden a ser mayores y más jerarquizados. Los modos de interrelación en los grupos de chicos y de chicas se van diferenciando progresivamente, y los diferentes estilos parecen reflejar diferentes agendas de intereses. A los chicos les preocupa más la competición, la dominación, establecer y proteger un terreno propio, y probar su virilidad; y para esos fines son más dados a enfrentarse a otros chicos directamente, asumiendo riesgos, aceptando desafíos, haciendo exhibiciones de su ego y ocultando su debilidad.

Entre los chicos hay una cierta cantidad de charla sexual (y sexista) encubierta, así como una predisposición a la elaboración de posturas homofóbicas. Las chicas, a pesar de que les preocupa conseguir sus propios objetivos individuales, están más motivadas que los chicos para mantener la cohesión y la cooperación del grupo, así como para amistades que les permitan apoyarse mutuamente. Sus relaciones son más íntimas que las de los chicos.

El estadio evolutivo donde más se exageran estas diferencias es la infancia y la pre-adolescencia.

## **G. ORIENTACIÓN AFECTIVO-SEXUAL**

La orientación afectivo-sexual vendría a ser hacia donde yo oriento mis deseos y mis afectos. Las personas solemos etiquetarnos en uno de los siguientes tres grupos:

- Heterosexual: Sería aquella persona que desea a las personas del sexo opuesto.
- Homosexual: Siente atracción hacia las personas del mismo sexo al suyo.
- Bisexual: Puede sentir deseo tanto por las personas del mismo sexo como del sexo contrario.

La realidad es que seguramente estos tres grupos (homosexuales, bisexuales y heterosexuales) son una creación de nuestra cultura. Históricamente siempre ha habido personas que preferían las prácticas genitales o románticas con individuos de su mismo sexo, pero no se crea una categoría para esta preferencia hasta mediados del siglo XIX, cuando se dota a aquellos que tienen prácticas homoeróticas de una “personalidad” particular.

La orientación sexual no es un constructo claramente definido. Desde hace ya más de medio siglo diversos autores o grupos de investigación han creado modelos o “escalas” con más o menos acierto y combinando los aspectos que ya hemos mencionado o algunos más (Kinsey, 1948, Klein y Cols, 1985; Berkey y Cols, 1990; Storms, 1980).

Tal vez el modo más útil de contemplar la orientación del deseo sea como un continuo “lineal”. Un continuo que pasaría de lo exclusivamente heterosexual

(personas que no sienten ningún tipo de atracción, fantasías, sueños o deseos con personas de su mismo sexo) a lo exclusivamente homosexual. Dentro de este continuo es difícil cuando no imposible situarse en los extremos. Además, nuestra posición puede modificarse a causa de circunstancias especiales tales como estar en contacto únicamente con personas de nuestro mismo sexo (prisión, travesías marítimas, etc.) o vivir en un entorno muy homófono. El pionero en plantear esta forma de entender la orientación del deseo fue Alfred Kinsey (1948), quien se expresaba así al respecto: “Los varones no representan dos conjuntos distintos, heterosexuales y homosexuales, del mismo modo que el mundo no está dividido en ovejas y lobos, ni todas las cosas son blancas o negras. Un hecho fundamental en taxonomía es que la naturaleza rara vez presenta categorías opuestas. Sólo la mente humana las inventa así y las coloca en compartimentos estancos.”<sup>4</sup>

## V. HIPÓTESIS

- La falta de educación en salud sexual y reproductiva en la escuela afecta de manera negativa a la toma de decisiones en cuanto a salud sexual y reproductiva.
  
- A mayor grado académico posea la mujer en edad fértil mayor iniciativa en la toma de decisiones en salud sexual y reproductiva.
  
- La baja autoestima repercute negativamente en la actividad de buenas prácticas en salud sexual
  
- El Machismo es uno de los principales factores que afecta la toma de decisiones en salud sexual y reproductiva.
  
- Las personas que tienen mayor creencia en mitos sobre sexualidad tienen menos conocimiento sobre las buenas prácticas de salud sexual y reproductiva.
  
- El bajo estatus económico afecta negativamente en la frecuencia y grado de satisfacción en la sexualidad de las pacientes.

## VI. DISEÑO METODOLÓGICO

### 1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es un estudio de tipo descriptivo, con enfoque cualitativo en el que no existe relación de causa efecto entre los fenómenos estudiados, y que permitió realizar un análisis de los diferentes factores psicosociales que afectan la toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva, dirigida a la población en mujeres 15 - 25 años, unidades de salud de Jutiapa, municipio de Cabañas, y El Transito, San Marcos, municipio de San Salvador, mayo - julio 2017”

### 2. PERÍODO DE INVESTIGACIÓN

El período de investigación comprendió del mes de Febrero a Septiembre de 2017; y el período de obtención y recolección de datos se realizó en los meses de Mayo y Junio de 2017.

### 3. UNIVERSO Y MUESTRA

El **Universo** comprendió a las pacientes femeninas de 15 a 25 años de edad que consultaron las Unidades de Salud de Jutiapa y El Tránsito durante el período de investigación, residentes de los municipios de Jutiapa y San Marcos.

El **Método de Muestreo** en este estudio fue no probabilístico, y la **Muestra** se seleccionó por *conveniencia de tipo al azar*, en donde se tomó el total de pacientes que cumplieron con los criterios establecidos de la población en estudio y que se captaron en el momento que consultaron en la UCSF-I Jutiapa y UCSF-B El Tránsito.

**La Unidad de Observación y Análisis** fueron las pacientes femeninas atendidas en los establecimientos de salud correspondientes a cada paciente y que estén entre las edades de 15 a 25 años.

#### **4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

1. Pacientes de sexo femenino, que comprendían edades entre 15 a 25 años.
2. Pacientes que residían en los municipios de Jutiapa y San Marcos
3. Aceptaron la participación en el estudio, previo consentimiento informado
4. Pacientes femeninas que se encontraban sexualmente activas.

#### **5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

1. Pacientes que no aceptaron colaborar en el estudio.
- 2- Pacientes que tuvieran una discapacidad mental.

#### **6. VARIABLES**

Variable independiente principales: factores culturales, factores sociales, factores psicológicos, factores económicos.

Variables independientes secundarias: edad, sexo, zona donde residen y la ocupación de la población estudiada.

Variable dependiente: Salud Sexual y Reproductiva

#### **7. CRUCE DE VARIABLES**

1. Se estableció la relación entre los factores culturales y la toma de decisión sobre salud sexual y reproductiva.
2. Se comparó los resultados obtenidos de los factores sociales y la toma de decisión en salud sexual y reproductiva
3. Se identificó los factores psicológicos y toma de decisiones en salud sexual y reproductiva

4. Se conoció la relación entre factores económicos y toma de decisión en salud sexual y reproductiva

## **8. FUENTES DE INFORMACIÓN**

**8.1 Primaria:** fueron las pacientes de 15 a 25 años, que habitan en los municipios del Jutiapa y San Marcos. Entendiéndose, todos aquellos datos que se obtuvieron directamente de esta población.

**8.2 Secundaria:** fueron los registros escritos procedentes del contacto con la práctica, que ya han sido recogidos y procesados; información citada de fuentes bibliográficas como libros, internet, revistas científicas, publicaciones y artículos.

## **9. TÉCNICAS PARA LA OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN**

En esta investigación, la principal información se obtuvo de las pacientes mujeres que consultaron en las unidades de salud y que participaron en el estudio. La técnica de recolección de datos fue la entrevista y el instrumento de medición que se utilizó fue el cuestionario, el cual constó de:

- I. Título
- II. Datos generales
- III. Objetivo
- IV. Indicaciones
- V. Evaluación por Componentes

- **Entrevista:**

Consistió en obtener información de la población 15 a 25 años, que habitan en los municipios de Jutiapa y San Marcos, haciendo uso de un instrumento, cuestionario, previamente elaborado para la recolección de la información sobre

la temática de la presente investigación en este caso incluyendo en el instrumento los diferentes componentes.

## **10. MECANISMOS DE CONFIDENCIALIDAD Y RESGUARDO DE LOS DATOS**

Se elaboró previamente un consentimiento informado incluido en instrumento describiendo el fin de la información obtenida y detallando el anonimato de cada cuestionario utilizado, los datos fueron manejados únicamente por los investigadores y se almacenaran en un periodo de cinco años para posteriormente ser destruidos.

## **11. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.**

El orden metodológico del manejo de la información siguió los siguientes pasos:

- Síntesis de la información obtenida, presentada en cuadros estadísticos, gráficos, tablas con su respectiva relación de datos.
- Análisis de la información Sintetizada.
- Se realizó una síntesis general de los resultados.

## 12. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	SUB -VARIABLE	INDICADORES	VALOR	TÉCNICA
Factores culturales	Conjunto de valores, orgullos, tradiciones, símbolos, creencias y modos de comportamiento que funcionan como elementos dentro de un grupo social y que actúan para que los individuos que lo forman puedan fundamentar su sentimiento de pertenencia que hacen parte a la diversidad al interior de las mismas en respuesta a los intereses, códigos, normas y rituales que comparten dichos grupos dentro de la cultura dominante.	Conjunto de normas y convenciones sociales del comportamiento o sexual de las personas.	Machismo	<p>“Entre más mujeres tenga es más hombre”.</p> <p>“Entre más hijos engendre es más macho”.</p> <p>“Múltiples parejas”.</p> <p>“Imposición al no uso del condón”.</p> <p>“La mujer tiene que tener relaciones cuando el hombre quiera”</p>		Cuestionario
			Creencias	<p>“No embarazo en la primera relación sexual”.</p> <p>“El hombre debe ser experimentado</p>		
			Mitos	<p>“Si una mujer no le tiene un hijo/a un hombre no le demuestra su amor”.</p> <p>“Hijos a temprana edad es mejor”.</p>		

Factores psicológicos	Pensamientos, sentimientos, actitudes u otras características cognitivas o afectivas de una persona que influyen en su comportamiento plena	Factores que ocasionan alteraciones en afectivas y de autopercepción en las decisiones en salud sexual en las mujeres	Ansiedad	Estrés Temores		Cuestionario
			Autoestima	Baja  Alta		

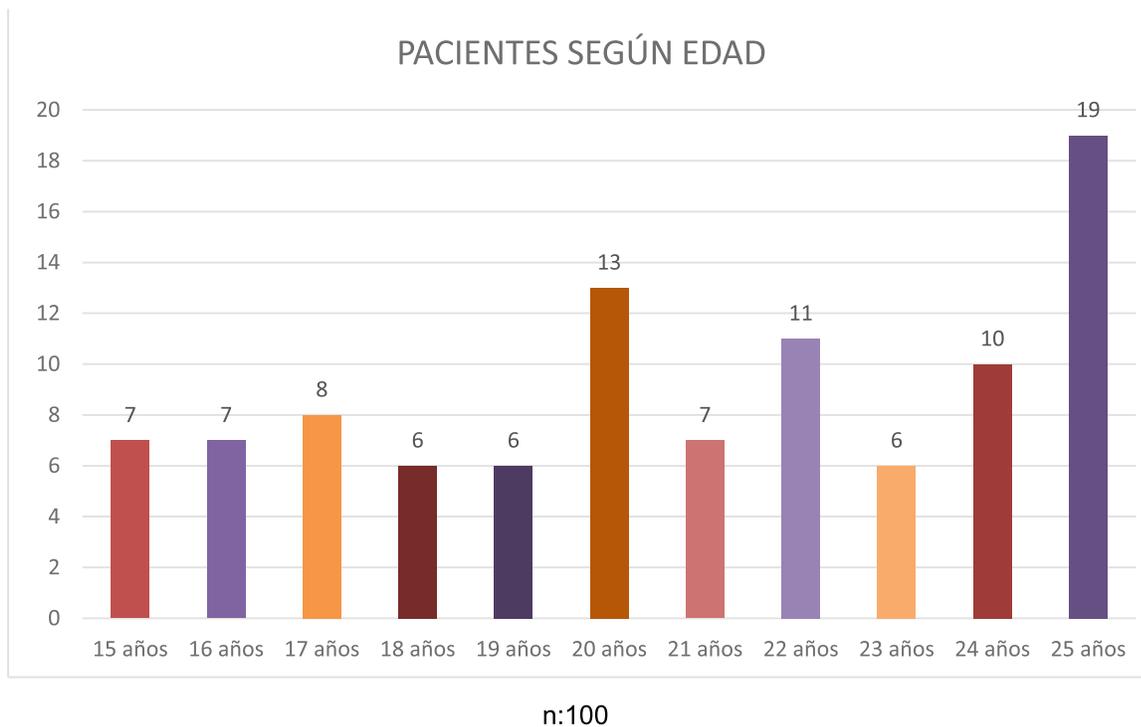
Factores sociales	Son aquellas cosas que afectan a los seres humanos en su conjunto, Sea en el lugar y en el espacio en el que se encuentren.	Factores sociales tales como desintegración familiar, violencia, riesgo social que afectan las decisiones de salud sexual en las mujeres.	Desintegración familiar	Tipo de familia		Cuestionario
			Violencia intrafamiliar	Maltrato		
			Drogadicción/Prostitución Maras y/o Pandillas	Violación sexual Ilícitos, presión de grupo		

Factores económicos	Es el punto de partida de la existencia humana es la producción en una sociedad.	Todos aquellos factores como ingresos económicos, ocupación y ayuda económica en el extranjero afectan las decisiones en las buenas prácticas de salud sexual en mujeres	Ingresos económicos	Procedencia de ingresos económicos.		Cuestionario
Edad	Edad biológica, tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Años con los que cuenta la persona entrevistada		Años	15 – 19 20 -25	Cuestionario
Nivel educativo	Grado de aprendizaje que adquiere una persona a lo largo de su formación en una Institución educativa formalizada	Mayor grado académico adquirido por la persona en una institución educativa		Formal Informal	Primaria Secundaria Bachillerato Técnico Universitario	Cuestionario
Zona donde habita	Origen, principio de donde nace o se deriva algo	zona geográfica donde se ubica su vivienda			Rural Urbano	Cuestionario

Ocupación	La ocupación de una persona hace referencia a lo que ella se dedica; a su trabajo, empleo, actividad o profesión, lo que le demanda cierto tiempo	Actividad, profesión a la que se dedica una persona, la cual conlleva tiempo y remuneración o ingreso económico.		Oficios Profesión		Cuestionario
-----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	----------------------	--	--------------

## VII. RESULTADOS

**Dato 1.** Edades de pacientes entrevistadas Unidades de Salud de Jutiapa, municipio de Cabañas, y El Tránsito, San Marcos, municipio de San Salvador, mayo - Julio 2017



Fuente de datos: Encuesta sobre Factores psicosociales, UCSF Jutiapa, y UCSF El Tránsito, mayo - julio 2017

El presente gráfico refleja que el 19% de personas entrevistadas fueron de la edad de 25 años siendo la mayoría, seguido en segundo lugar por el 13% de personas que presenta edades de 20 años, luego el 11% en tercer lugar con edad de 22 años.

**Dato 2.** Ocupaciones de entrevistadas Unidades de Salud de Jutiapa, municipio de Cabañas, y El Tránsito, San Marcos, municipio de San Salvador, mayo - Julio 2017

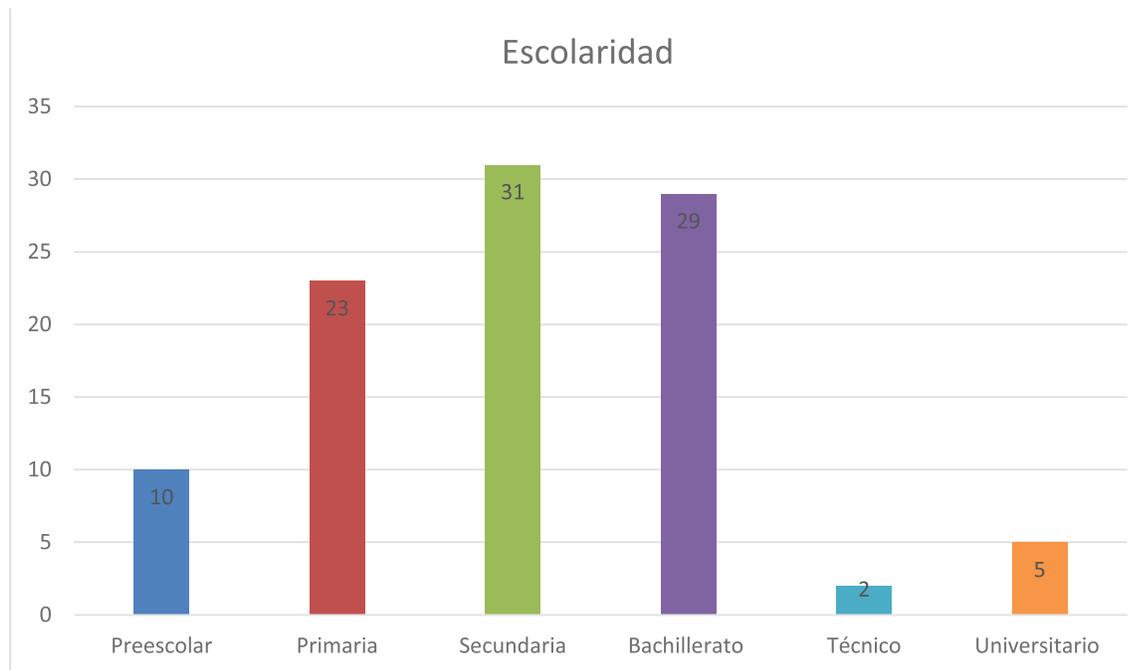


n:100

Fuente de datos: Encuesta sobre Factores psicosociales, UCSF Jutiapa, y UCSF El Tránsito, mayo - julio 2017

El gráfico demuestra que, de las 100 personas encuestadas, el 49% son amas de casa. El 31% son estudiantes, el 7% son comerciantes, el 6% son empleadas, el 4% son operarias, y un 3% tiene otras ocupaciones.

**Dato 3.** Escolaridad de entrevistadas Unidades de Salud de Jutiapa, municipio de Cabañas, y El Tránsito, San Marcos, municipio de San Salvador, mayo - Julio 2017



n:100

Fuente de datos: Encuesta sobre Factores psicosociales, UCSF Jutiapa, y UCSF El Tránsito, mayo - julio 2017

El Gráfico demuestra que de las 100 personas encuestadas el 31% corresponde a educación secundaria, seguido de 29% que corresponde a bachillerato, 23% corresponde a primaria, 10% tiene estudios prescolares, y un 7% corresponde a estudios superiores.

**Dato 4.** Zona que habitan las entrevistadas Unidades de Salud de Jutiapa, municipio de Cabañas, y El Tránsito, San Marcos, municipio de San Salvador, mayo - Julio 2017

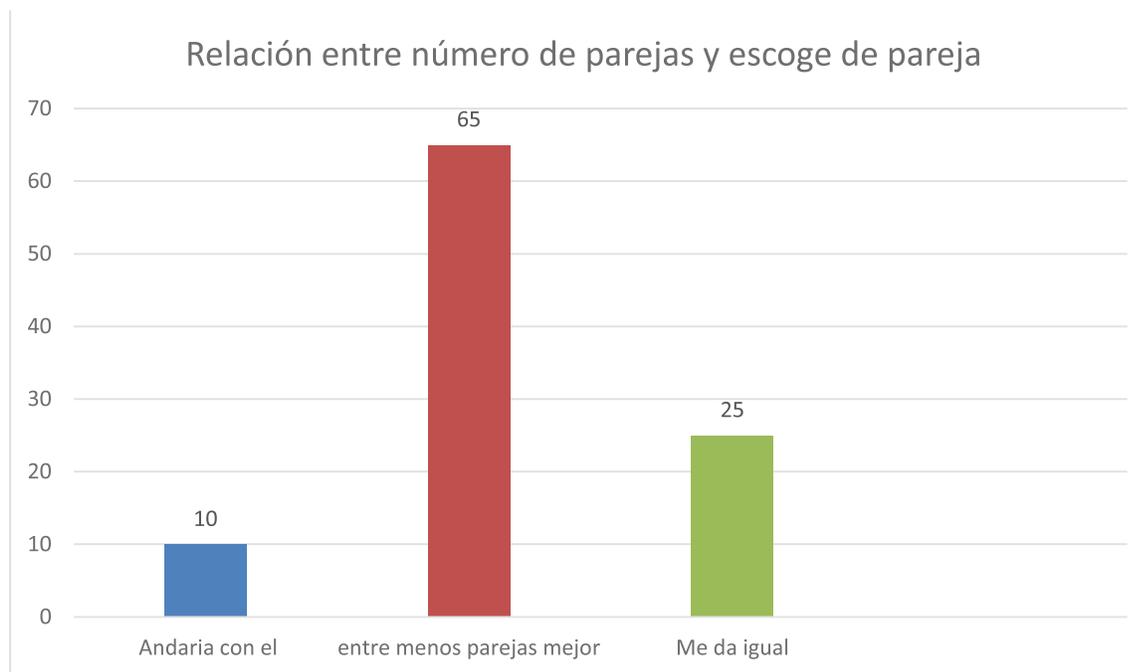
Zona que habita	Respuestas
Urbano	50
Rural	50

n:100

Fuente de datos: Encuesta sobre Factores psicosociales, UCSF Jutiapa, y UCSF El Tránsito, mayo - julio 2017

La tabla demuestra que de las 100 personas encuestadas el 50% corresponde al área urbana y un 50% corresponde al área rural.

**Dato 5.** ¿Cómo catalogan las mujeres a una persona que ha tenido múltiples parejas sexuales? Unidades de Salud de Jutiapa, municipio de Cabañas, y El Tránsito, San Marcos, municipio de San Salvador, mayo - Julio 2017



n:100

Fuente de datos: Encuesta sobre Factores psicosociales, UCSF Jutiapa, y UCSF El Tránsito, mayo - julio 2017

Se puede evidenciar en el presente gráfico que un 65% de las personas encuestadas respondieron que entre menos parejas haya tenido una persona es mejor. Seguido del 10 % de las personas que opinaron que tuvieran una relación aun sabiendo que la otra persona tuvo múltiples parejas, a un 25% de las mujeres dijeron que les daría igual el número de parejas que haya tenido su pareja.

**Dato 6.** ¿Alguna vez su pareja le ha prohibido usar preservativo u otro tipo de método de planificación familiar, anticonceptivos inyectables, anticonceptivos orales, etc.? Unidades de Salud de Jutiapa, municipio de Cabañas, y El Tránsito, San Marcos, municipio de San Salvador, mayo - Julio 2017

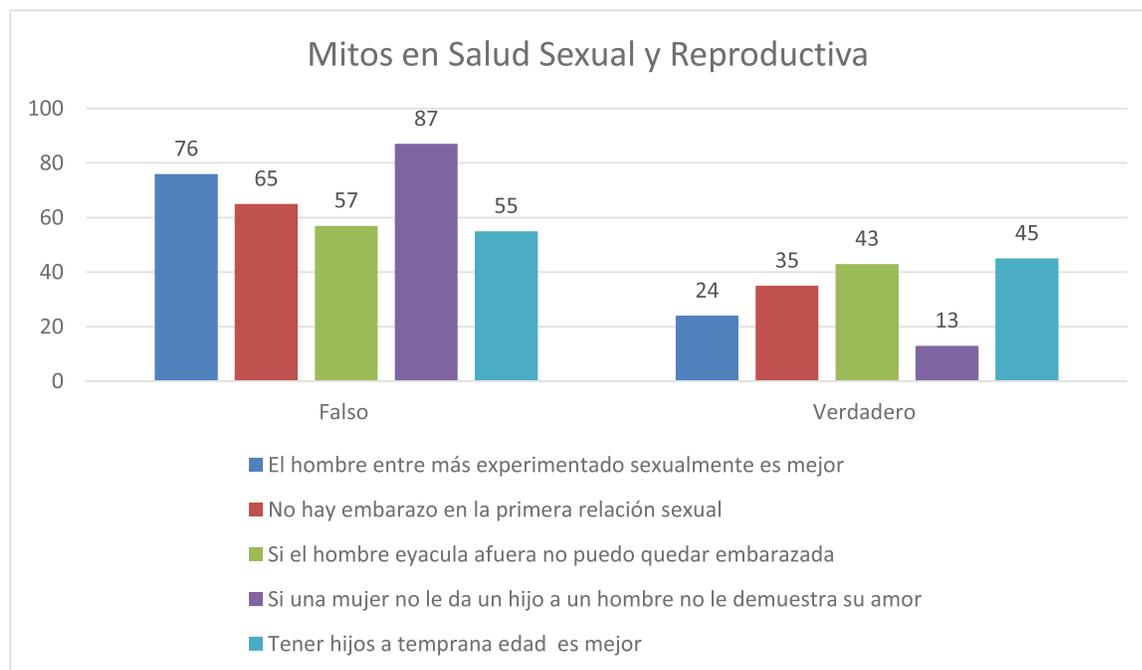
Respuestas	%
Si	15
No	85

n:100

Fuente de datos: Encuesta sobre Factores psicosociales, UCSF Jutiapa, y UCSF El Tránsito, mayo - julio 2017

Se puede constatar que el 85 % de las personas encuestadas respondieron que su pareja no les ha prohibido usar métodos de planificación familiar, a diferencia del 15 % que afirma que su pareja les ha impedido el uso de dichos métodos de planificación familiar.

**Dato 7.** Mitos sobre Salud Sexual y Reproductiva, Unidades de Salud de Jutiapa, municipio de Cabañas, y El Tránsito, San Marcos, municipio de San Salvador, mayo - Julio 2017



n:100

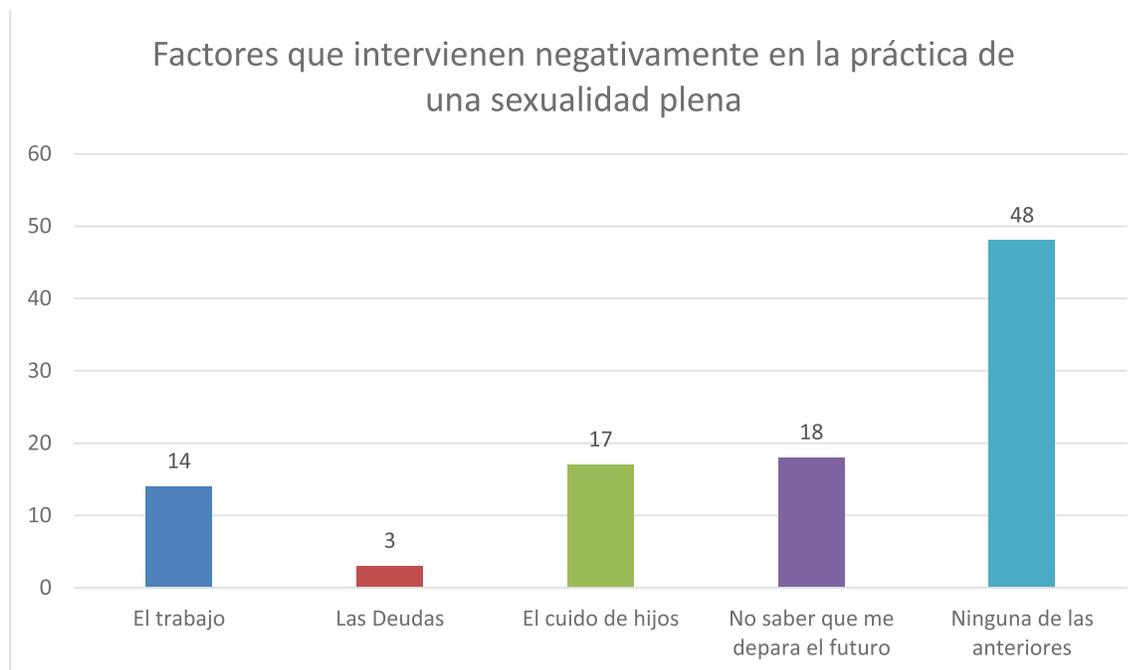
Fuente de datos: Encuesta sobre Factores psicosociales, UCSF Jutiapa, y UCSF El Tránsito, mayo - julio 2017

En Gráfico demuestra que el 68% (340) de la población contestó falso a todas las afirmaciones en comparación del 32% (160) contestaron verdadero.

De las mujeres encuestadas 87% de ellas contesto falso a la afirmación “Si una mujer no le da un hijo a un hombre no le demuestra su amor” y un 76% contesto falso a la afirmación “El hombre entre más experimentado sexualmente es mejor”.

En comparación a las mujeres que contestaron verdadero resaltan las afirmaciones “Tener hijos a temprana edad es mejor” con un 45% y la afirmación “Si el hombre eyacula afuera no puedo quedar embarazada” el cual contestaron un 43%.

**Dato 8.** ¿Cuál de los siguientes factores afectan y han influido en la práctica plena de su sexualidad negativamente? Unidades de Salud de Jutiapa, municipio de Cabañas, y El Tránsito, San Marcos, municipio de San Salvador, mayo - Julio 2017

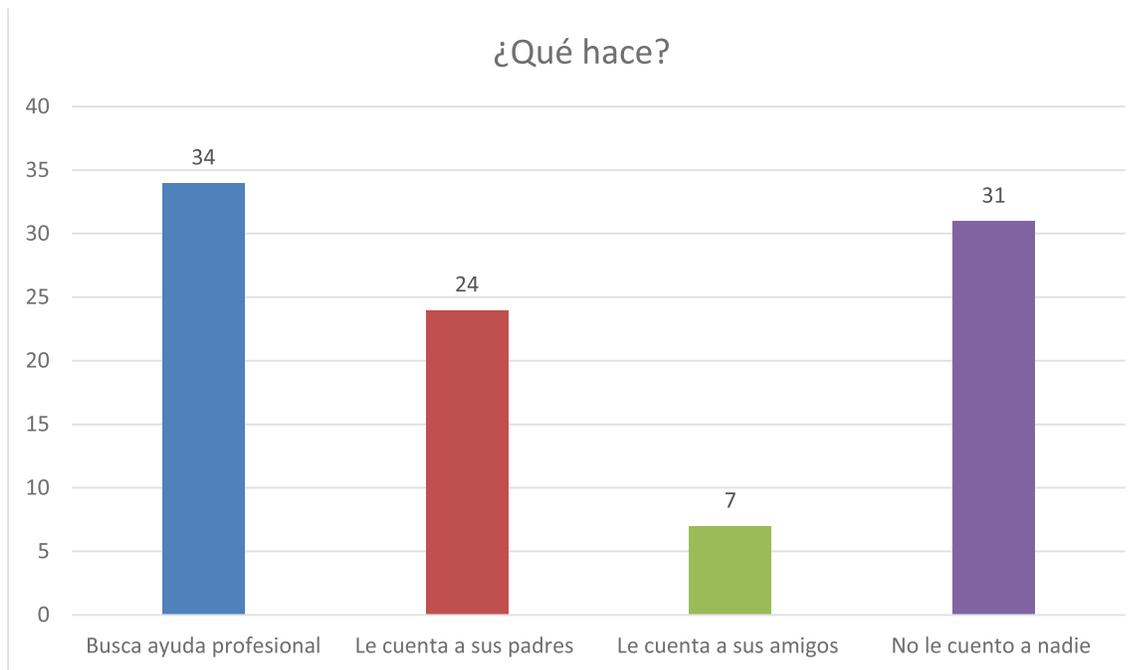


n:100

Fuente de datos: Encuesta sobre Factores psicosociales, UCSF Jutiapa, y UCSF El Tránsito, mayo - julio 2017

El presente gráfico muestra que el 48% de las personas encuestadas opinaron que ninguna de las opciones anteriores había sido algún factor que había influido negativamente en la práctica plena de su sexualidad. En segundo lugar, con el 18%, se encuentra las mujeres dijeron que el no saber sobre lo que le depara el futuro les afecta negativamente. Y en tercer lugar con el 17% aparece que el cuidado de los hijos influye de manera negativa en la práctica de una sexualidad plena.

**Dato 9.** Cuando usted se encuentra ante un problema sexual personal ¿Qué hace? Unidades de Salud de Jutiapa, municipio de Cabañas, y El Tránsito, San Marcos, municipio de San Salvador, mayo - Julio 2017

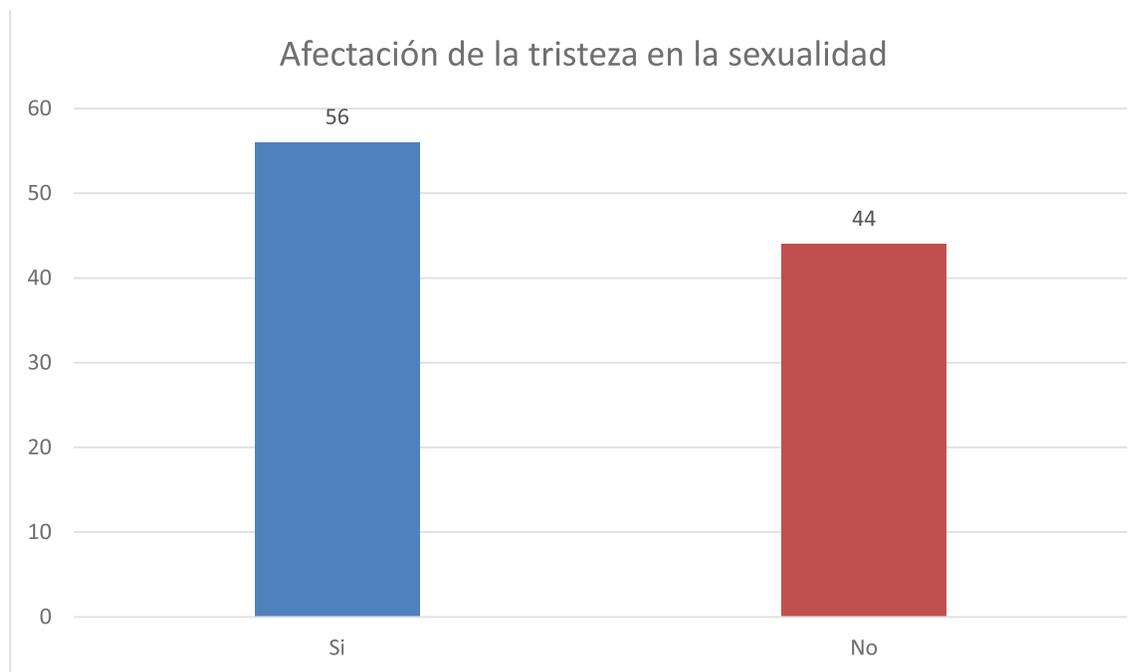


n:100

Fuente de datos: Encuesta sobre Factores psicosociales, UCSF Jutiapa, y UCSF El Tránsito, mayo - julio 2017

El gráfico demuestra que el 34% de la población encuestada busca ayuda profesional. Un 31% no le cuenta a nadie, un 24% de las encuestadas decidió contarles a sus adre y un 7% les cuenta a sus amigos.

**Dato 10.** ¿Ha sentido usted cuando se encuentra triste que esto le afecta sexualmente? Unidades de Salud de Jutiapa, municipio de Cabañas, y El Tránsito, San Marcos, municipio de San Salvador, mayo - Julio 2017

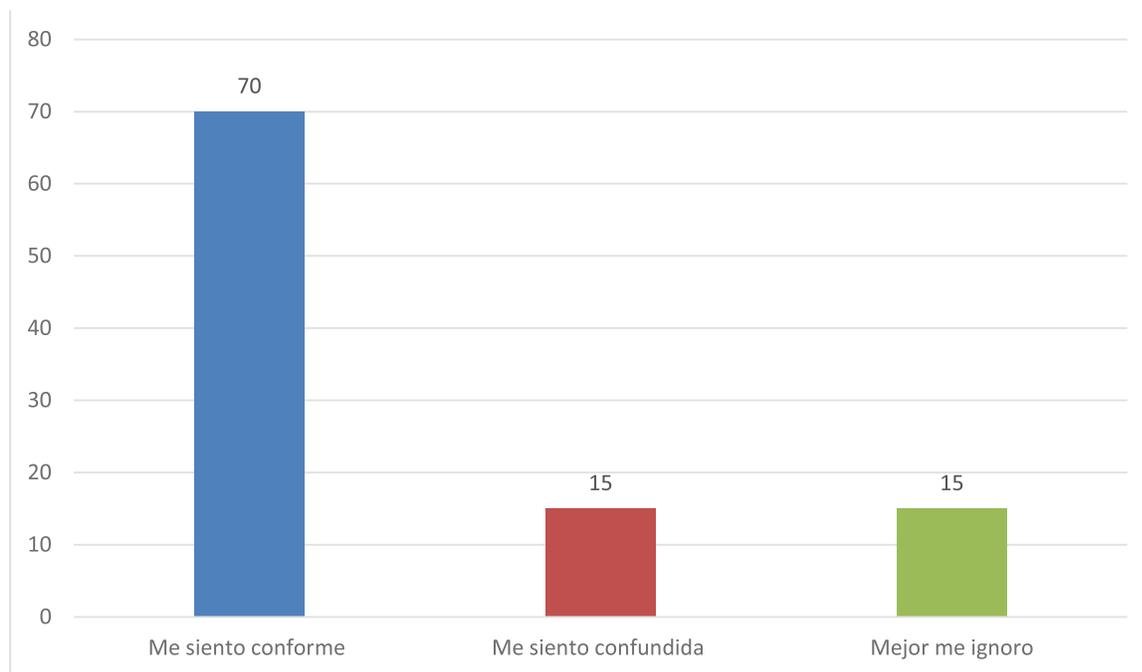


n:100

Fuente de datos: Encuesta sobre Factores psicosociales, UCSF Jutiapa, y UCSF El Tránsito, mayo - julio 2017

Se observa que el 56% de la población encuestada está de acuerdo con que la tristeza afecta en su sexualidad, discrepando con el 44% de personas que dicen que no les afecta en ninguna manera.

**Dato 11.** ¿Cómo se ve a usted misma cuando ve al espejo? Unidades de Salud de Jutiapa, municipio de Cabañas, y El Tránsito, San Marcos, municipio de San Salvador, mayo - Julio 2017

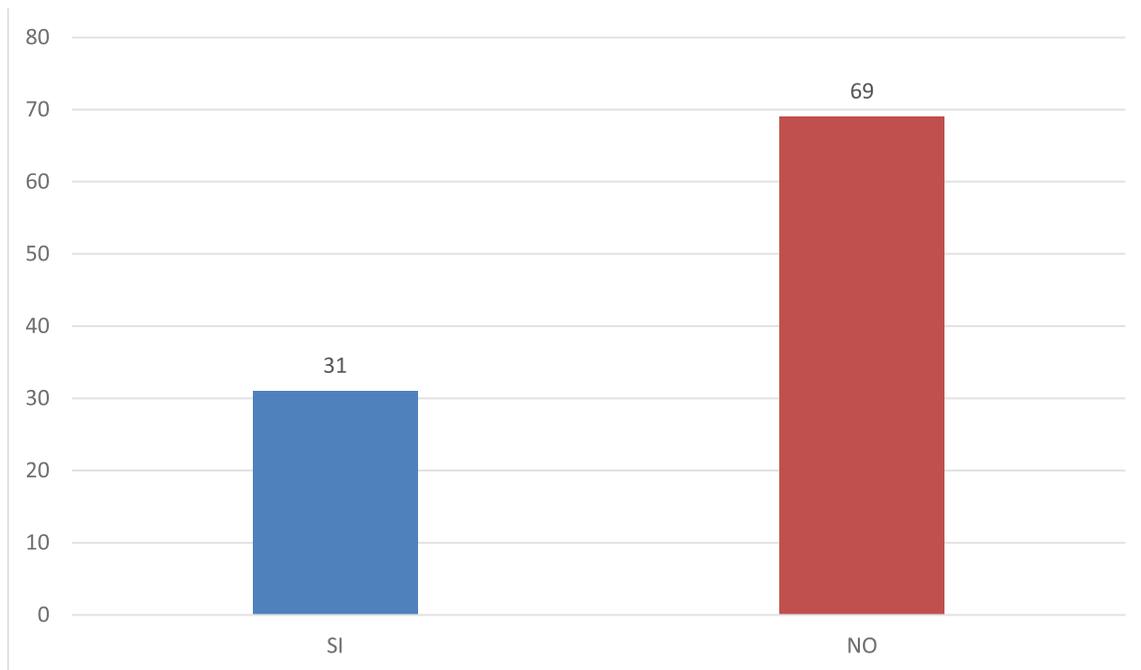


n:100

Fuente de datos: Encuesta sobre Factores psicosociales, UCSF Jutiapa, y UCSF El Tránsito, mayo - julio 2017

El gráfico demuestra que el 70% de las mujeres encuestadas que se sienten conforme consigo mismas, un 15% contestaron se sienten confundidas y un 15% se ignoran.

**Dato 12.** ¿Le cuesta trabajo mostrar su cuerpo, porque te desagrada (por ejemplo ha dejado de usar ropa por miedo a lo que diga la gente de usted)? Unidades de Salud de Jutiapa, municipio de Cabañas, y El Tránsito, San Marcos, municipio de San Salvador, mayo - Julio 2017

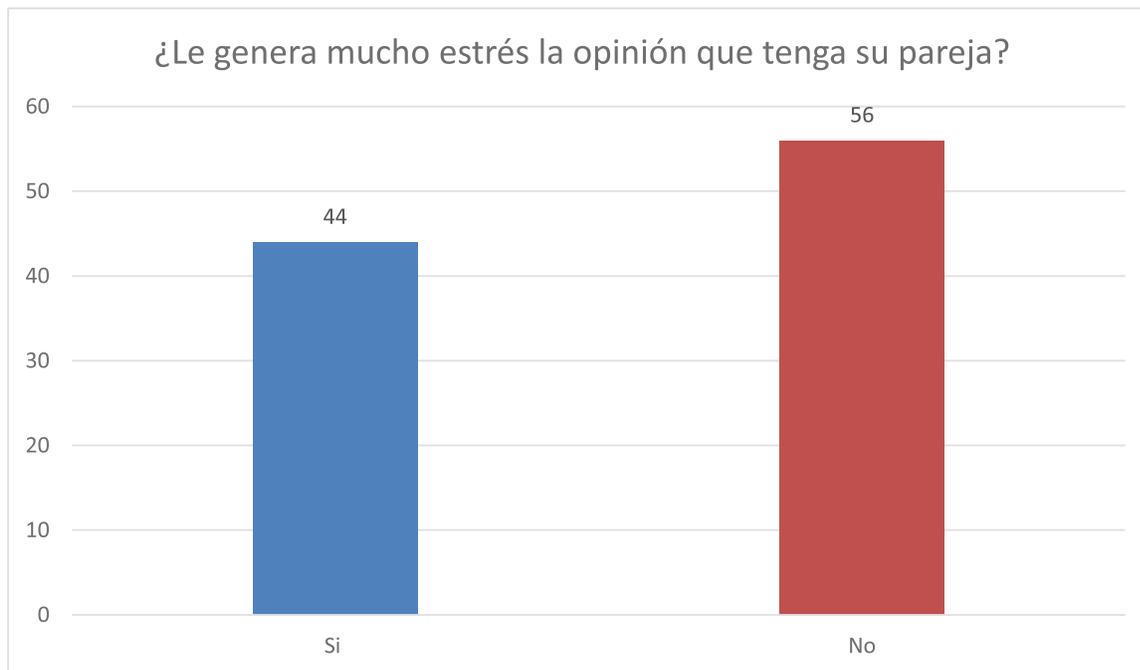


n:100

Fuente de datos: Encuesta sobre Factores psicosociales, UCSF Jutiapa, y UCSF El Tránsito, mayo - julio 2017

La gráfica demuestra que al 69% de las mujeres no le afecta lo que opinan los demás sobre la manera de vestirse y mostrarse en vía pública, en cambio el 31% dice si afectarle la opinión de las personas.

**Dato 13.** ¿Le genera mucho estrés la opinión que tenga su pareja? Unidades de Salud de Jutiapa, municipio de Cabañas, y El Tránsito, San Marcos, municipio de San Salvador, mayo - Julio 2017

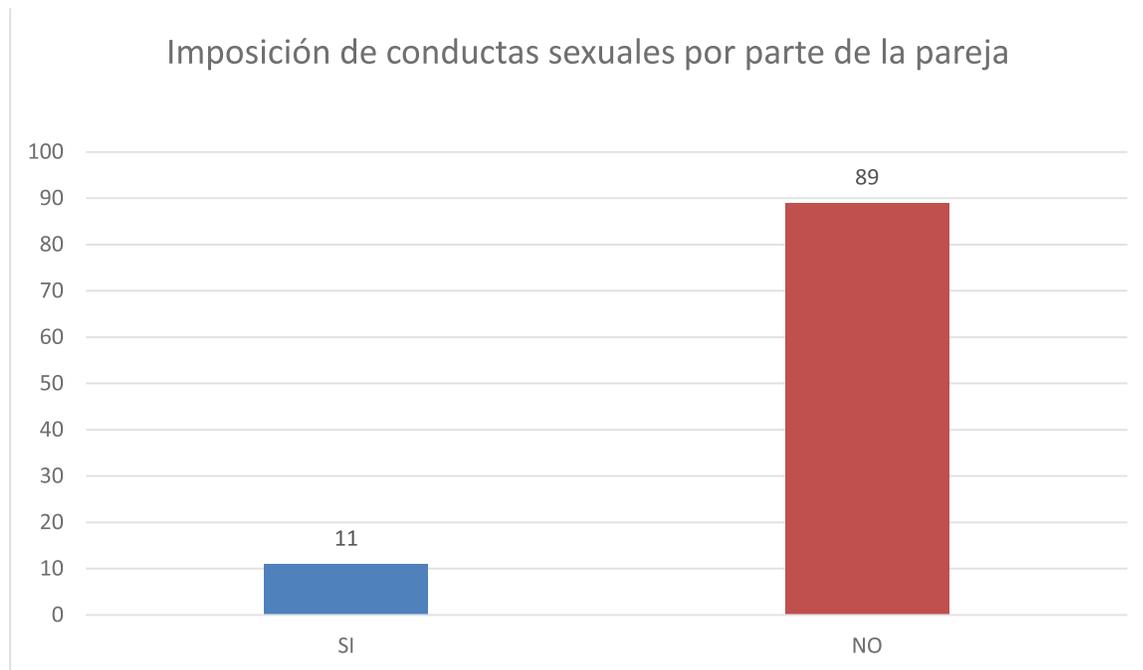


n:100

Fuente de datos: Encuesta sobre Factores psicosociales, UCSF Jutiapa, y UCSF El Tránsito, mayo - julio 2017

El gráfico demuestra que el 56% de las encuestadas dijo que no le genera estrés la opinión que tenga su pareja, versus un 44% dijo que si le generaba estrés.

**Dato 14** ¿Permite que su pareja le imponga conductas sexuales que le desagraden? Unidades de Salud de Jutiapa, municipio de Cabañas, y El Tránsito, San Marcos, municipio de San Salvador, mayo - Julio 2017

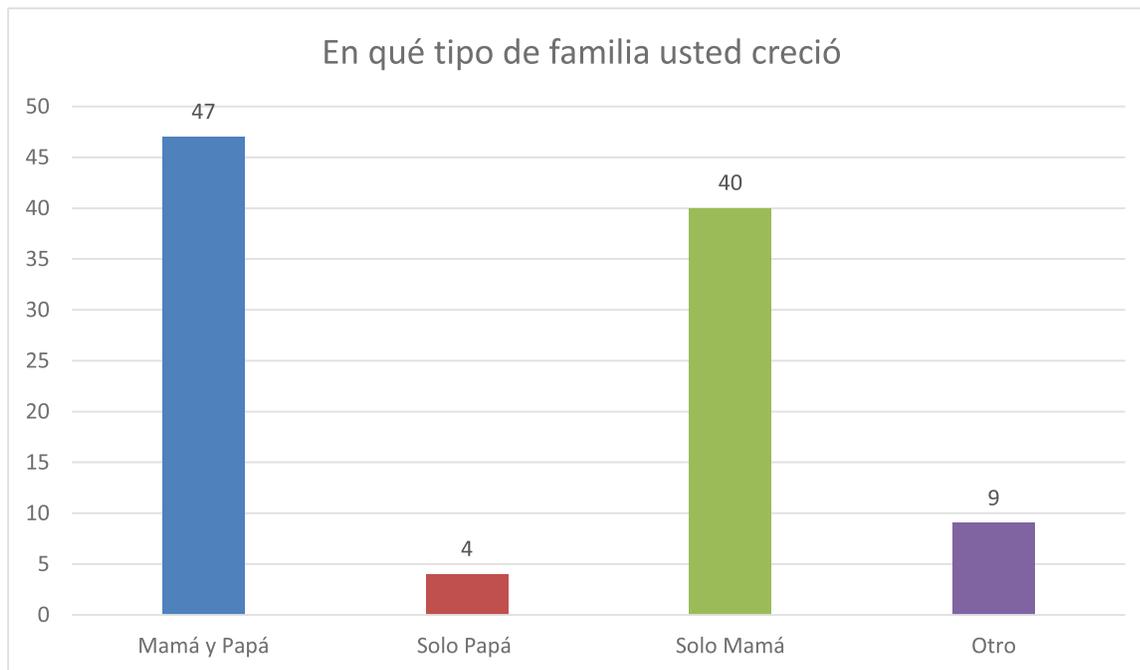


n:100

Fuente de datos: Encuesta sobre Factores psicosociales, UCSF Jutiapa, y UCSF El Tránsito, mayo - julio 2017

El gráfico representa que el 89 % de las personas encuestadas no permite que su pareja imponga conductas sexuales que no agradan a la persona, comparado con el 11 % que permite que la pareja imponga conductas que desagradan a ella misma.

**Dato 15** ¿En qué tipo de familia usted creció? Unidades de Salud de Jutiapa, municipio de Cabañas, y El Tránsito, San Marcos, municipio de San Salvador, mayo - Julio 2017

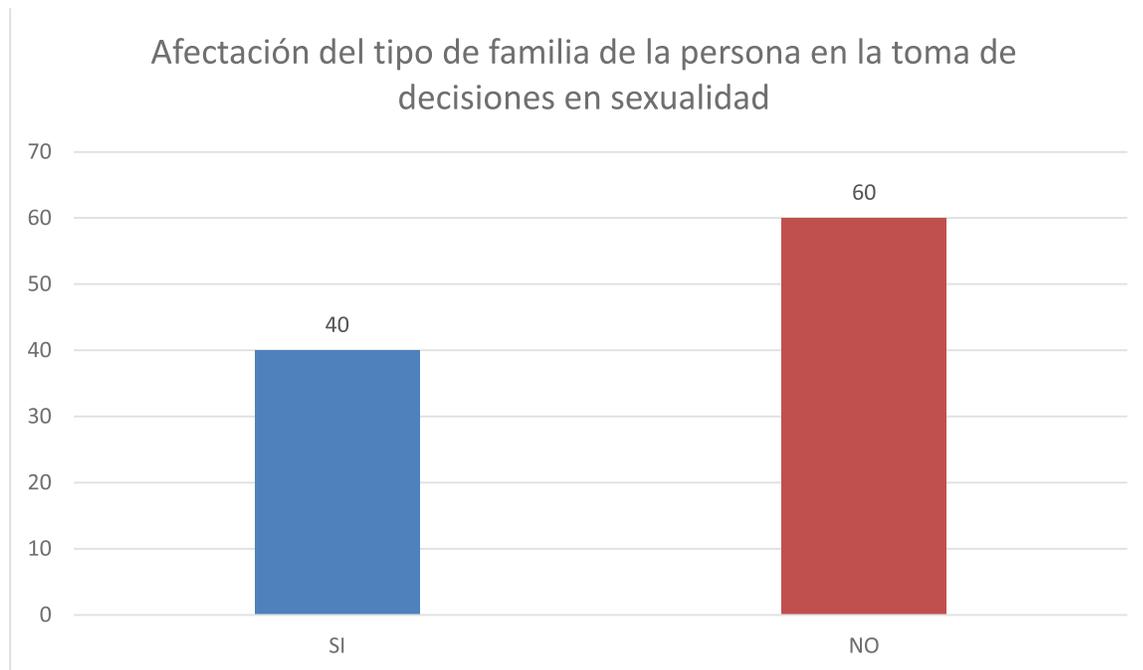


n:100

Fuente de datos: Encuesta sobre Factores psicosociales, UCSF Jutiapa, y UCSF El Tránsito, mayo - julio 2017

El gráfico demuestra que un 47% de las encuestadas resultó que crecieron con ambos padres, en comparación con un 40% que creció solo con su madre, un 9% dijo haber crecido con algún otro familiar y un 4% solo con su padre.

**Dato 16** En cuanto a la pregunta anterior ¿cree que esto afecto las decisiones en su vida sexual? Unidades de Salud de Jutiapa, municipio de Cabañas, y El Tránsito, San Marcos, municipio de San Salvador, mayo - Julio 2017

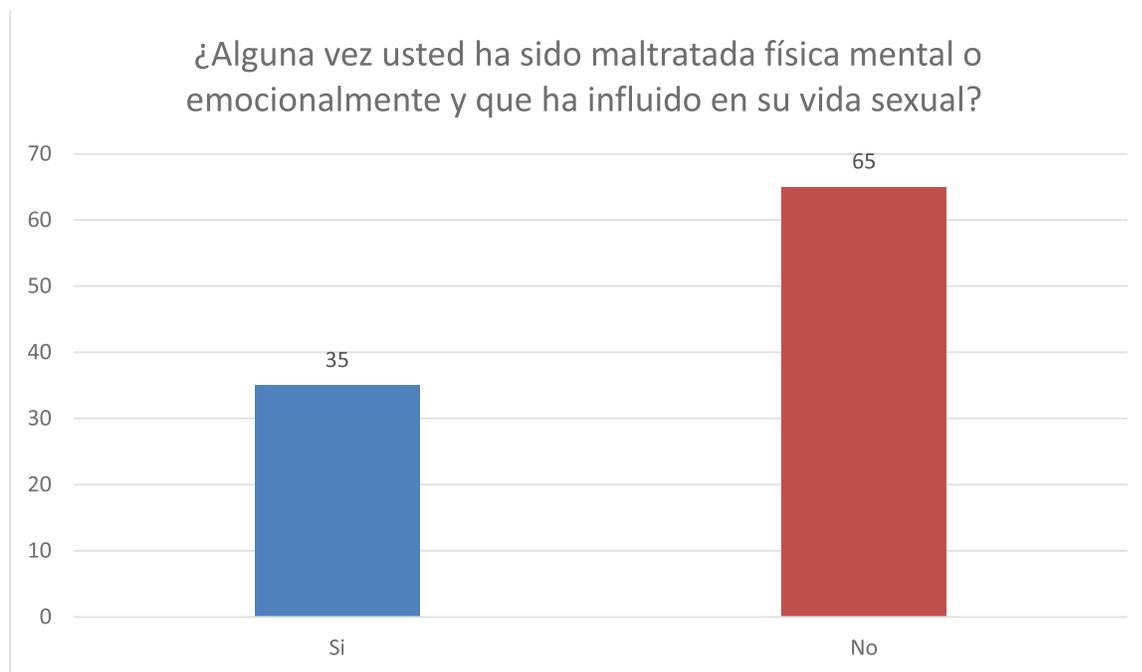


n:100

Fuente de datos: Encuesta sobre Factores psicosociales, UCSF Jutiapa, y UCSF El Tránsito, mayo - julio 2017

En el presente gráfico se observa que el 60% de personas entrevistadas contestó que no les afecta el tipo de familia en que hayan crecido para tomar decisiones en cuanto a su sexualidad, mientras que el 40 % refiere que si les ha afectado.

**Dato 17** ¿Alguna vez usted ha sido maltratada física mental o emocionalmente y que ha influido en su vida sexual? Unidades de Salud de Jutiapa, municipio de Cabañas, y El Tránsito, San Marcos, municipio de San Salvador, mayo - Julio 2017

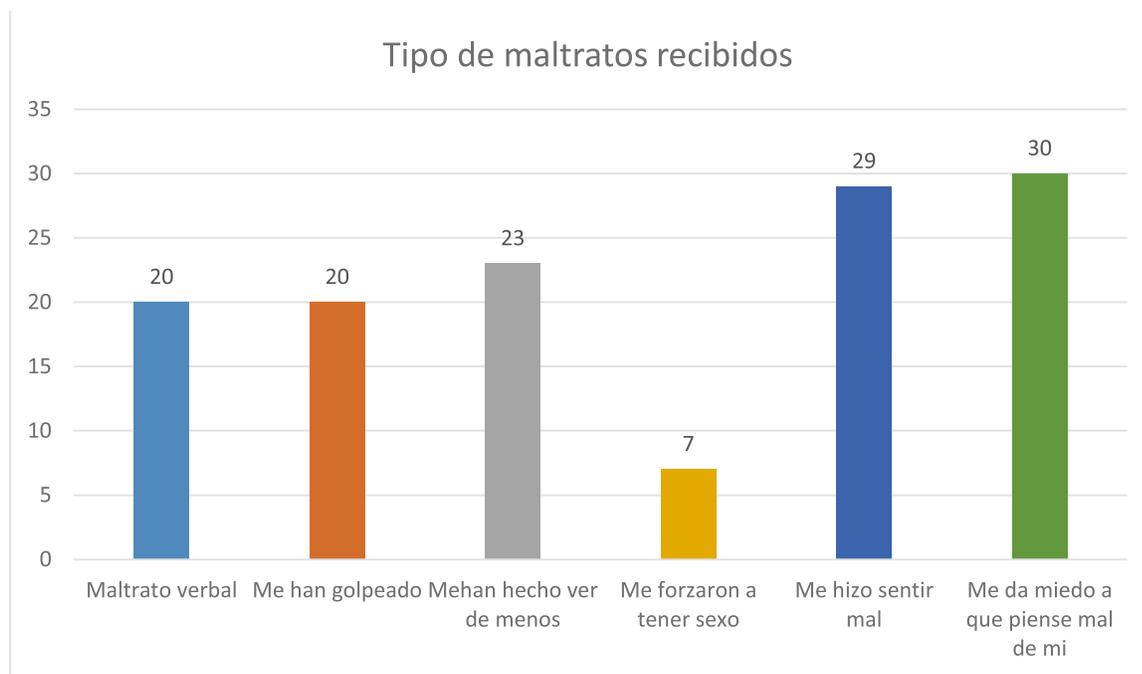


n:100

Fuente de datos: Encuesta sobre Factores psicosociales, UCSF Jutiapa, y UCSF El Tránsito, mayo - julio 2017

El gráfico demuestra que de las 100 mujeres encuestadas un 65% refirió que no recibieron maltrato alguno que influyera su vida sexual, en comparación con un 35% que dijo que si habían recibido algún tipo de maltrato ya sea físico, mental o emocional y que haya influido en su vida sexual.

**Dato 18** Si su respuesta es afirmativa ¿Qué tipo de maltrato ha recibido? (puede enumerar una o más respuestas) Unidades de Salud de Jutiapa, municipio de Cabañas, y El Tránsito, San Marcos, municipio de San Salvador, mayo - Julio 2017

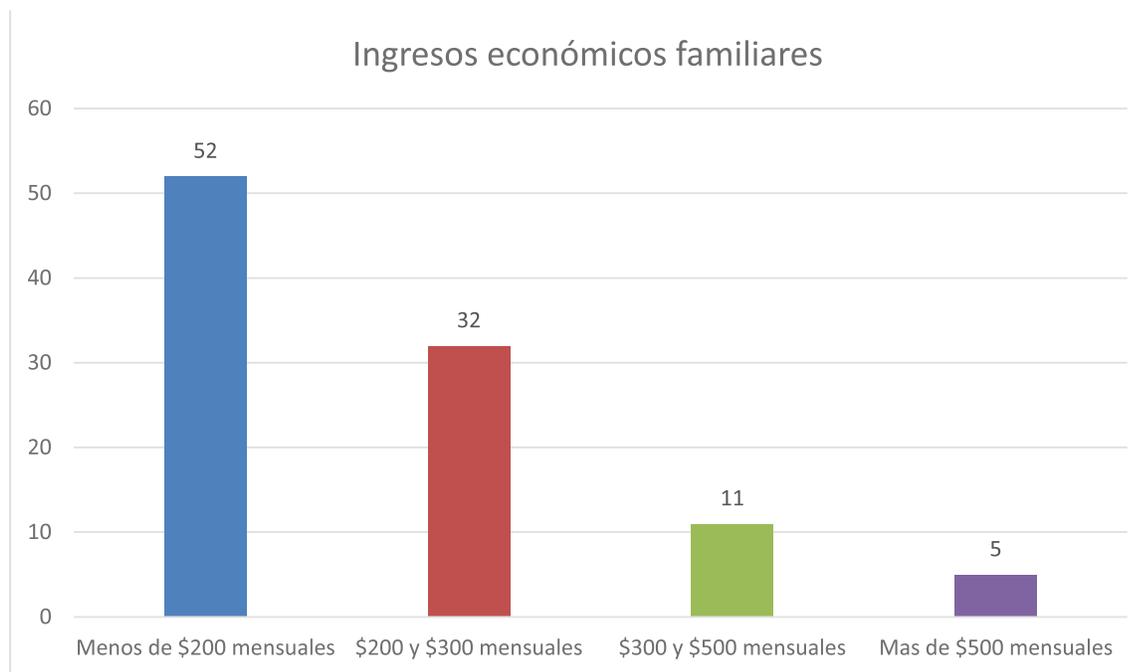


n:84

Fuente de datos: Encuesta sobre Factores psicosociales, UCSF Jutiapa, y UCSF El Tránsito, mayo - julio 2017

La gráfica muestra que del 100% (129) de respuestas de mujeres entrevistadas. En primer lugar y con el 23%(30) de población se encuentra la respuesta: Me da miedo a que piensen mal de mí. En segundo lugar, con 22%(29) la respuesta: Me hizo sentir mal. Y en tercer lugar y con el porcentaje de 19%(23) se encuentran la respuesta: me han hecho ver de menos

**Dato 19** ingresos económicos mensuales en la familia a la que pertenece Unidades de Salud de Jutiapa, municipio de Cabañas, y El Tránsito, San Marcos, municipio de San Salvador, mayo - Julio 2017

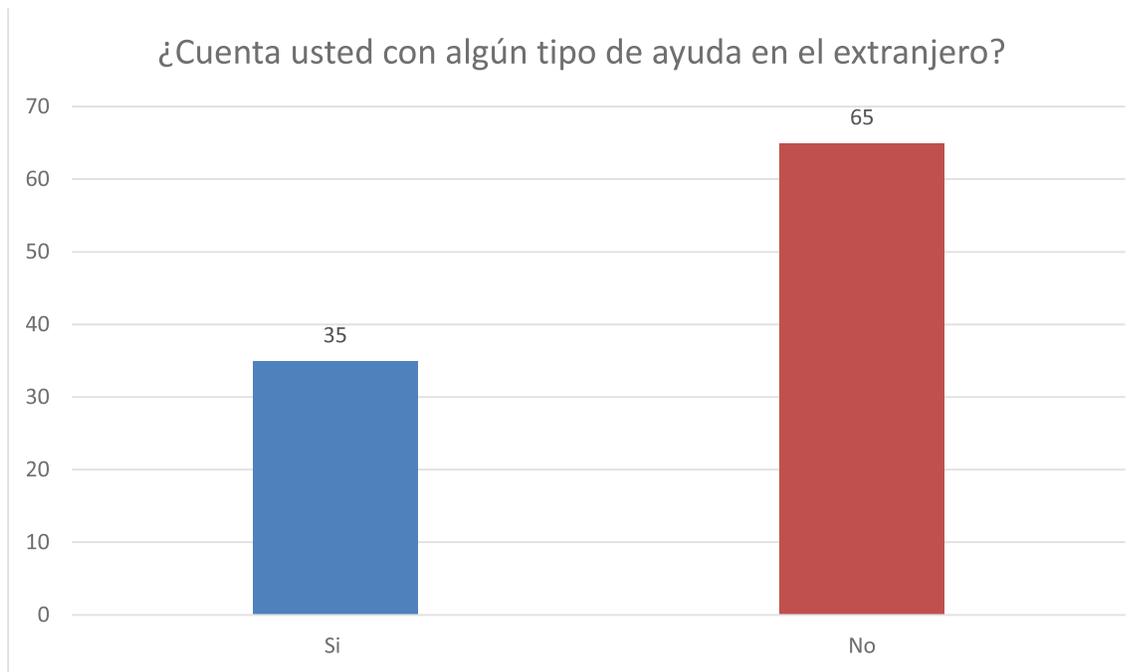


n:100

Fuente de datos: Encuesta sobre Factores psicosociales, UCSF Jutiapa, y UCSF El Tránsito, mayo - julio 2017

La gráfica demuestra que el mayor porcentaje de personas encuestadas en un 52% confirman en que sus ingresos son inferiores a 200 dólares mensuales, en segundo lugar y con un 32 % de respuestas se encuentra los ingresos de entre 200 y 300 dólares mensuales. En tercer lugar, con 11 % entre 300 y 500.

**Dato 20** ¿Cuenta usted con algún tipo de ayuda en el extranjero? Unidades de Salud de Jutiapa, municipio de Cabañas, y El Tránsito, San Marcos, municipio de San Salvador, mayo - Julio 2017

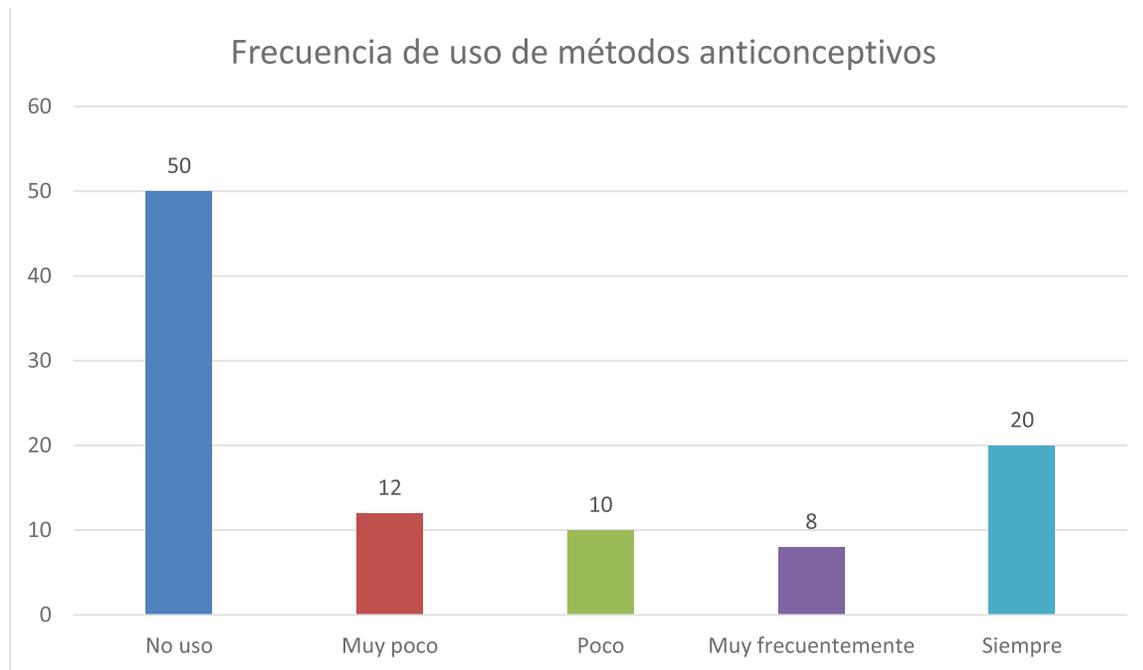


n:100

Fuente de datos: Encuesta sobre Factores psicosociales, UCSF Jutiapa, y UCSF El Tránsito, mayo - julio 2017

El gráfico demuestra que de 100 mujeres encuestadas un 65% dijo que no recibe ningún tipo de ayuda del extranjero, un 35% dijo que si recibía ayuda.

**Dato 21** ¿Con que frecuencia utiliza los métodos anticonceptivos? Unidades de Salud de Jutiapa, municipio de Cabañas, y El Tránsito, San Marcos, municipio de San Salvador, mayo - Julio 2017

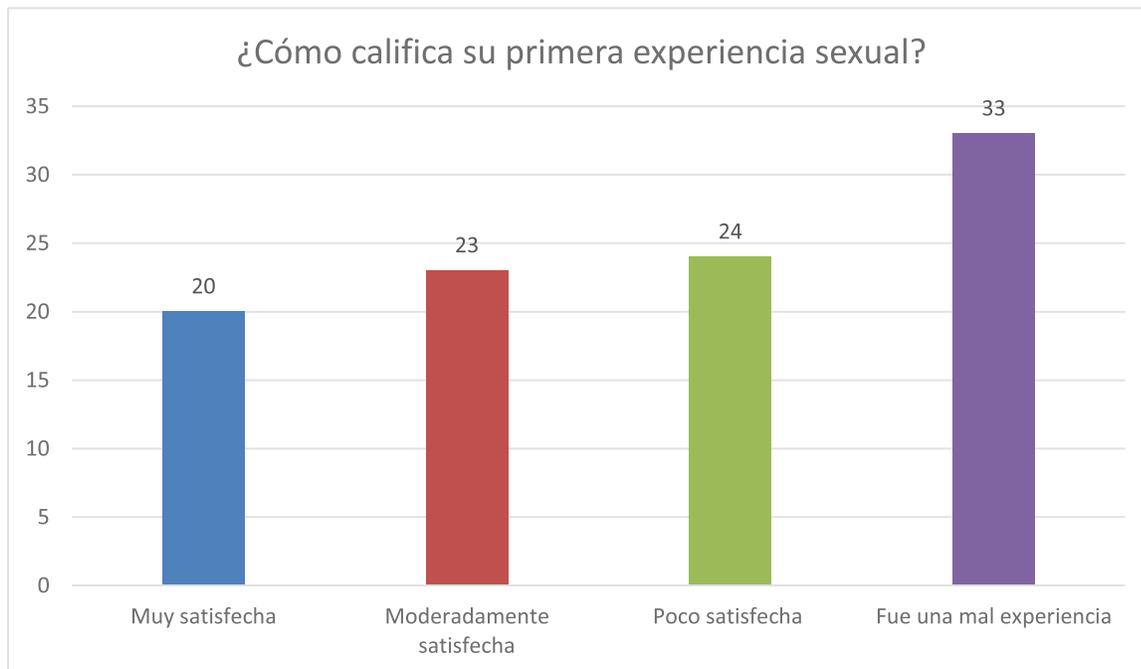


n:100

Fuente de datos: Encuesta sobre Factores psicosociales, UCSF Jutiapa, y UCSF El Tránsito, mayo - julio 2017

El gráfico demuestra que el 50 % de la población encuestada no hace uso de métodos anticonceptivos. Seguido del 20 % que responde que siempre usa métodos anticonceptivos, y en tercer lugar con el 12% de encuestados responden a que muy poco utilizan estos métodos.

**Dato 22** ¿Cómo califica su primera experiencia sexual? Unidades de Salud de Jutiapa, municipio de Cabañas, y El Tránsito, San Marcos, municipio de San Salvador, mayo - Julio 2017

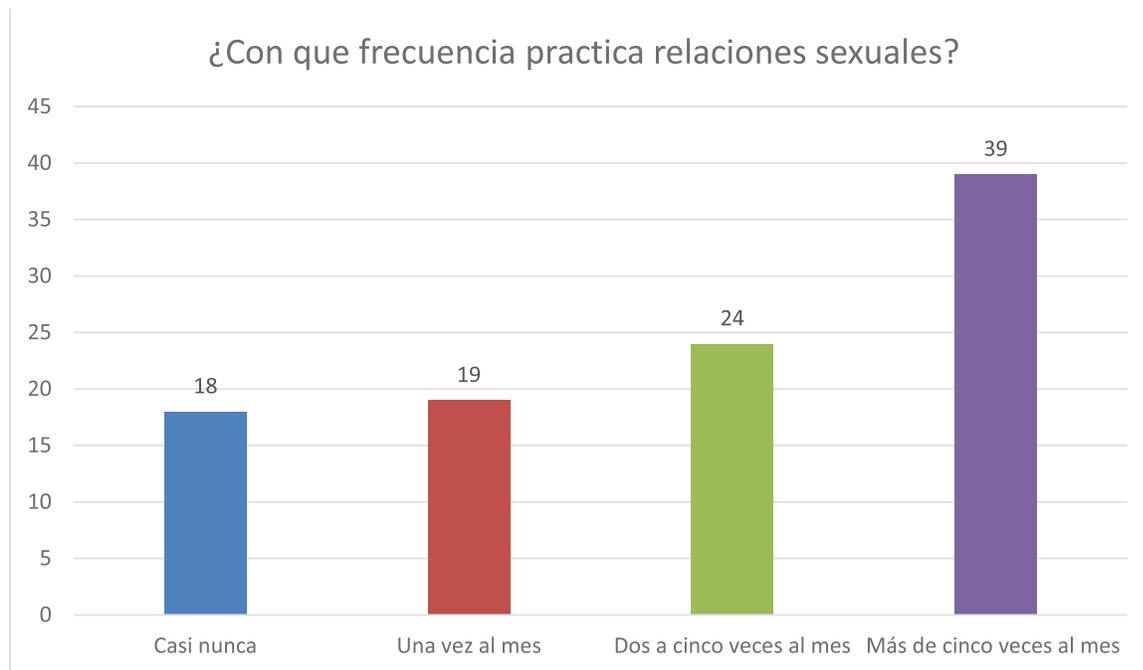


n:100

Fuente de datos: Encuesta sobre Factores psicosociales, UCSF Jutiapa, y UCSF El Tránsito, mayo - julio 2017

El gráfico demuestra que el 33% de las mujeres encuestadas dijeron que su primera experiencia sexual fue mala, un 4% dijo que fue poco satisfecha, un 23% dijo que fue moderadamente satisfecha y solo un 20% dijo que fue muy satisfecha.

**Dato 23** ¿Con que frecuencia practica relaciones sexuales? Unidades de Salud de Jutiapa, municipio de Cabañas, y El Tránsito, San Marcos, municipio de San Salvador, mayo - Julio 2017

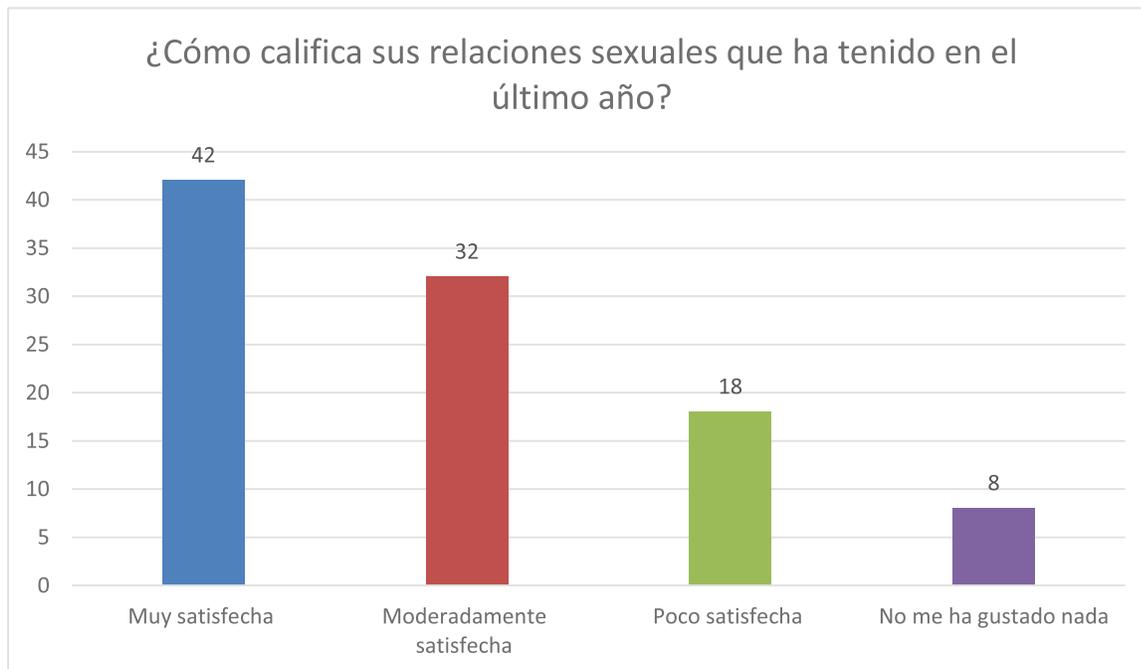


n:100

Fuente de datos: Encuesta sobre Factores psicosociales, UCSF Jutiapa, y UCSF El Tránsito, mayo - julio 2017

El gráfico demuestra que el 39% de las mujeres encuestadas dijeron que tuvieron relaciones sexuales más de 5 veces al mes, un 24% dijo que tenían relaciones sexuales de dos a cinco veces al mes, un 19% expresó que mantenían relaciones sexuales al menos una vez al mes y un 18% que casi nunca tiene relaciones sexuales.

**Dato 24** ¿Cómo califica sus relaciones sexuales que ha tenido en el último año?  
 Unidades de Salud de Jutiapa, municipio de Cabañas, y El Tránsito, San Marcos, municipio de San Salvador, mayo - Julio 2017

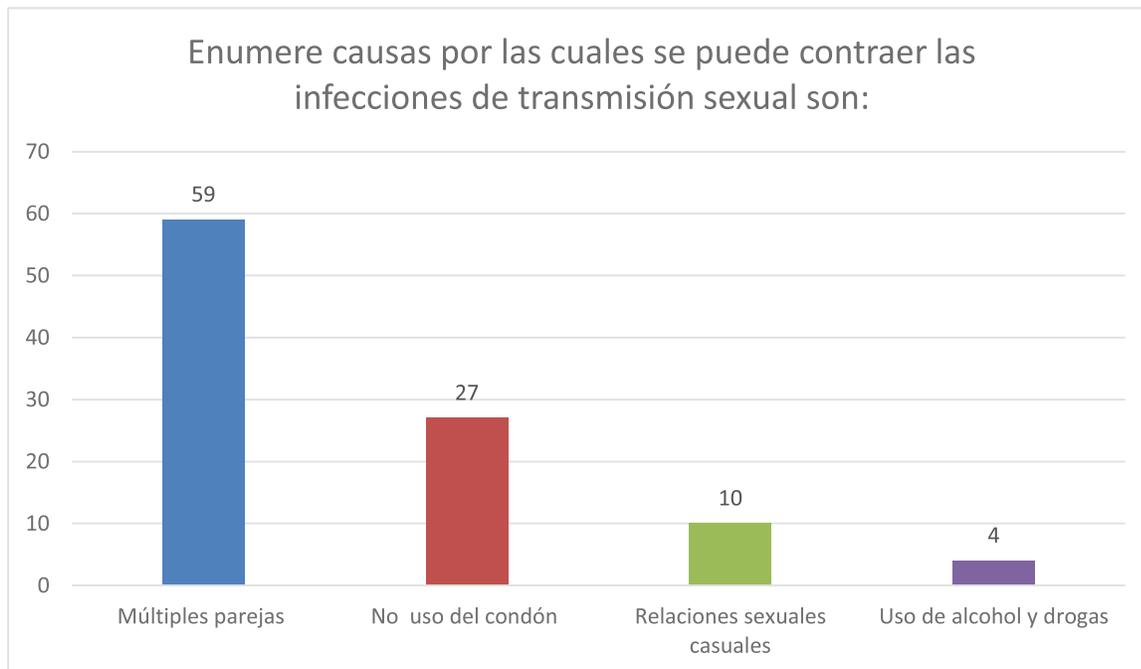


n:100

Fuente de datos: Encuesta sobre Factores psicosociales, UCSF Jutiapa, y UCSF El Tránsito, mayo - julio 2017

El gráfico demuestra que del 100% e mujeres entrevistadas, el 42% dijo que ha tenido relaciones sexuales muy satisfechas en el último año, un 32% dijo que sus relaciones sexuales han sido moderadamente satisfechas, un 18% dijo que han sido poco satisfechas sus relaciones sexuales en el último año y un 8% de las encuestadas dijo que no le han gustado nada.

**Dato 25** Enumere causas por las cuales se puede contraer las infecciones de transmisión sexual son, Unidades de Salud de Jutiapa, municipio de Cabañas, y El Tránsito, San Marcos, municipio de San Salvador, mayo - Julio 2017

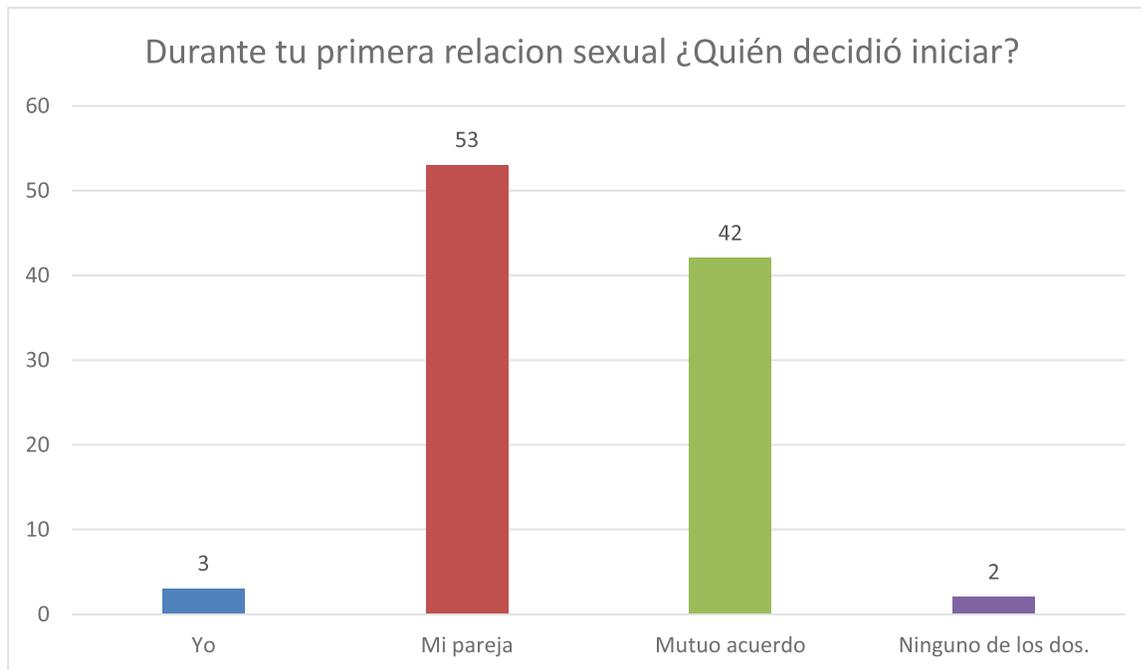


n:100

Fuente de datos: Encuesta sobre Factores psicosociales, UCSF Jutiapa, y UCSF El Tránsito, mayo - julio 2017

El gráfico demuestra que del total de respuestas el 59% (68) dijeron que el tener múltiple pareja era causa por la cual se puede contraer enfermedades de transmisión sexual, un 27% (31) le atribuía a el no uso del condón, un 10% (12) dijo que la causa eran relaciones sexuales casuales y un 4% (4) dijo que era por alcohol y drogas.

**Dato 26** Durante tu primera relacion sexual ¿Quién decidió iniciar? Unidades de Salud de Jutiapa, municipio de Cabañas, y El Tránsito, San Marcos, municipio de San Salvador, mayo - Julio 2017

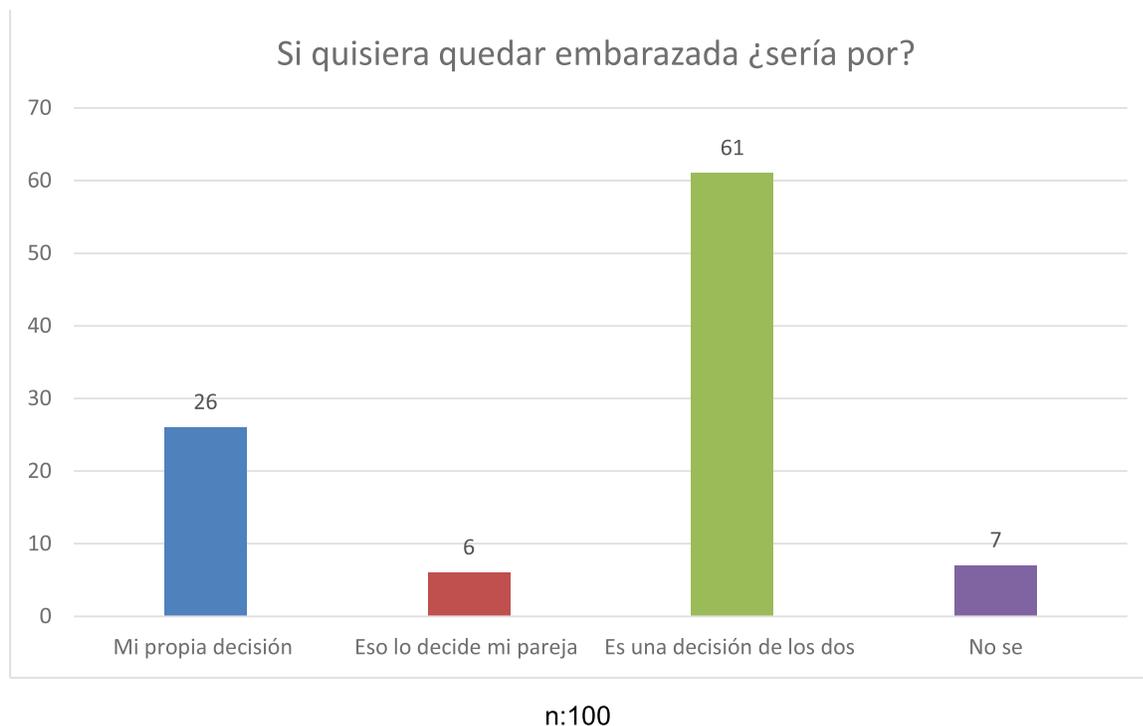


n:100

Fuente de datos: Encuesta sobre Factores psicosociales, UCSF Jutiapa, y UCSF El Tránsito, mayo - julio 2017

El gráfico demuestra que el 53% de las mujeres dijeron que durante su primera relación su pareja fue la que decidió iniciar, un 42% dijo que fue mutuo acuerdo, un 3% que había sido su decisión y un 2% dijeron que no había sido decisión de nadie.

**Dato 27** Si quisiera quedar embarazada ¿sería por? Unidades de Salud de Jutiapa, municipio de Cabañas, y El Tránsito, San Marcos, municipio de San Salvador, mayo - Julio 2017



Fuente de datos: Encuesta sobre Factores psicosociales, UCSF Jutiapa, y UCSF El Tránsito, mayo - julio 2017

El gráfico demuestra que de las 100 mujeres entrevistadas un 61% dijo que si quisiera quedar embarazada sería una decisión de ambos, un 26% dijo que era su propia decisión, un 7% dijo que no sabría de quien es la decisión y un 6% dijo que la decisión de que quedara embarazada es de su pareja

## VIII. DISCUSIÓN

En el presente trabajo se investigó los factores psicosociales que afectan la toma de decisiones sobre salud sexual y reproductiva, en mujeres 15 - 25 años, de las 100 mujeres que participaron se investigó características sociodemográficas, así mismo se indagó conocimientos, factores económicos, culturales, así como psicológicos, encontrándose que:

El número de mujeres según su rango de edades predominó arriba de 20 años (59%), lo que según la teoría indica que a mayor edad existen menores influencias de los factores en cuanto a las buenas prácticas de salud sexual y reproductiva concierne. Además, dice que existe una mayor diferenciación sexual al finalizar la adolescencia, factor que también influye significativamente.

La escolaridad es otra variable evaluada, y en esta investigación participaron mujeres de secundaria y bachillerato con un (60%), es importante señalar que existe muy poca cantidad de mujeres que tiene estudios superiores (7%), El estudio refleja que hay un mayor número de mujeres que se dedican a ser amas de casa 49%, un 31% son estudiantes datos que se correlacionan con el bajo nivel socioeconómico, el 52% dijo que tenía ingresos mensuales menores a 200 dólares, un 32% dijo que sus ingresos eran entre 200 y 300 dólares, condiciones que se encuentran en las entrevistadas como conductas negativas que conlleven riesgo en cuanto a su salud sexual y reproductiva de manera que la influencia que hayan tenido las mujeres en su desarrollo y dentro del contexto de la promoción de la salud en el país, el acceso a la educación sexual y salud reproductiva y la prevención, pueden ser determinantes en su conocimiento, actitudes y comportamientos sexuales y reproductivos.

*El machismo* es un factor dinámico en el comportamiento del varón, en el que también se ha demostrado la exigencia de una gran carencia afectiva y necesidades no satisfechas, en el estudio a las mujeres se les interrogó sobre situaciones en las cuales ellas elegirían a una pareja, el 65% dijo que entre menos parejas tenga un hombre es mejor, sin embargo es importante ver que el 35% de las mujeres menciona que les daba igual o inclusive andarían con él, lo cual se correlaciona con un factor negativo el cual es las múltiples parejas sexuales. Sin embargo, la mayoría de mujeres está en desacuerdo en que el número de hijos que engendre un hombre lo hace más hombre (94%). Como se menciona en la teoría el machismo es un factor influyente en las mujeres en sus decisiones tanto así que los resultados encontrados mencionan que del 100% de mujeres un 15% de ellas mencionaron que alguna vez su pareja le había prohibido usar algún método anticonceptivo ya sea preservativo, anticonceptivo oral e inclusive dispositivo intrauterino, en la encuesta se indicó que se explicara el porqué, en el caso del preservativo la pareja lo había impedido porque si bien o no le gustaban o este le ocasionaba algún tipo de alergia, en el caso del dispositivo intrauterino las entrevistadas mencionaron que la pareja no lo aceptaba porque tenían dispareunia y lo atribuían al dispositivo intrauterino. El machismo influencia el patrón de conducta sexual y el uso de métodos anticonceptivos. Esto es importante debido a que de igual forma las presiones sociales y culturales a las que se exponen, podrían contrarrestar o desvalorizar los conocimientos adquiridos.

La comunicación que se establezca entre padres e hijos es uno de los factores determinantes en las decisiones en salud sexual y reproductiva. Por lo general una comunicación bastante entorpecida por mitos, tabúes, religiones, miedos, etc. Conlleva a decisiones que son determinantes en las mujeres esto se observa en el estudio se realizó cinco preguntas sobre mitos en salud sexual a

las cuales la opción correcta era falso en todas las preguntas, un 32% contestó verdadero a todas las interrogantes siendo más frecuentes los mitos de “si el hombre eyacula afuera no puedo quedar embarazada” y “tener hijos a temprana edad es mejor”

En el estudio se cuestionó sobre factores sociales que influían en su vida sexual la mayoría de las participantes (48%) dijo que ninguno de esos factores afectaba en su práctica plena de su vida sexual, en comparación al trabajo, deudas, cuidar hijos y no saber lo que les deparaba el futuro.

Un buen nivel de autoestima y bienestar emocional permite a los adolescentes desarrollar una serie de habilidades personales y facilita la toma de decisiones que llevan a una vida sexual más saludable, lo cual se ve reflejado en el estudio 31% de las mujeres encuestadas dijeron que se sentían incómodas con mostrar su cuerpo debido a que este les desagradaba o han cambiado actitudes por miedo a lo que la gente diga de ellas, así mismo un 30% de las encuestadas dijo que o bien se sentía confundida o se ignoraba al verse al espejo.

Otro factor importante era el grado de ansiedad que tiene las mujeres que se genera debido a la opinión de la pareja, un 44% de las mujeres mencionaron que la opinión de su pareja le generaba un estrés, así mismo un 11% dijo que permitía que su pareja le impusiera conductas sexuales que le desagradaban lo que se relaciona con la teoría que la ansiedad es el resultado de un proceso, una respuesta condicionada, de modo que los sujetos que la padecen aprendieron, erróneamente, a asociar estímulos.

La familia desde la perspectiva psicosocial es vista como uno de los micros ambientes en donde permanece el adolescente y que por lo tanto es responsable de lograr que su funcionamiento favorezca un estilo de vida saludable, este estilo de vida debe promover el bienestar y el desarrollo de los miembros de la familia. Lo que se correlaciona con el estudio 53% de las

mujeres entrevistadas pertenecidas a familias desintegradas así mismo un 40% dijo que haber crecido con su familia afectó sus decisiones en su vida sexual.

La OMS menciona que para lograr la salud sexual es necesaria la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia, en nuestro estudio se observó que un 35% de las mujeres encuestadas mencionaron que habían recibido algún tipo de maltrato el cual influyó en su vida sexual, se preguntó cuál había sido el tipo de maltratos habían sufrido o si habían sido varios tipos de maltrato, se logró identificar que un 45% de las causas que mencionaban las mujeres influían los factores psicológicos y emocionales, importante resaltar en este apartado que 7 participantes mencionaron que fueron forzadas a tener relaciones sexuales.

Se estableció que el no uso de anticonceptivos en las mujeres estudiadas era de 50% dato que se correlaciona con otros factores antes mencionados como, el poco conocimiento, el machismo en el cual veíamos la influencia de prohibición de uso de estos métodos así como la baja autoestima y el nivel socioeconómico bajo afectan la decisión de las mujeres investigadas a utilizar métodos anticonceptivos Las adolescentes y mujeres adultas jóvenes tienen menos probabilidades que la mujeres mayores usar métodos anticonceptivos, y las razones de ello incluyen la falta de información, información errónea y el miedo a los efectos secundarios, en combinación con barreras de índole demográfica, social y económica que impiden el acceso a los anticonceptivos y su uso.

La toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva es importante para las mujeres ya que como se ha dicho han sido vulnerables en diversos aspectos ya sean culturales, sociales, económicos o psicológicos. Se encontró en el

estudio que la decisión de iniciar relaciones sexuales la mayoría de las mujeres dijeron que había sido decisión de su pareja 53% en comparación de un 43% que dijo que era un acuerdo de ambos en relación a como calificaba su primera experiencia sexual, la mayoría de las mujeres dijo que fue poco satisfecha o inclusive una mala experiencia 57%, además se puede incluir el grado de satisfacción en sus relaciones sexuales en el último año la mayoría dijo que habían sido muy satisfechas o moderadamente satisfechas con un 74% de las mujeres encuestadas, esto se puede relacionar además con la decisión de las mujeres a quedar embarazadas, la mayoría refiere tomar una decisión en conjunto a su pareja y así mismo un 26% dijo que era una decisión de ella.

## IX. CONCLUSIONES

- La influencia que hayan tenido las mujeres en su desarrollo y dentro del contexto de la promoción de la salud en el país como se observó en el estudio un 32% contestó incorrectamente a las afirmaciones en salud sexual y reproductiva, el acceso a la educación sexual en las entrevistadas, mediana a baja escolaridad 64% pueden influir de manera determinante en su conocimiento, actitudes y comportamientos sexuales y reproductivos, se encontró en el estudio que solo un 31% de las mujeres dijo que no le contaba a nadie sus problemas personales sexuales, así también se ve reflejado en el no uso de métodos anticonceptivos 50% o muy poco uso 12% de estos metodos.
- El "machismo" y la necesidad del varón de probarse, el tener múltiples parejas, es uno de los factores del comportamiento que contribuyen a que las mujeres otorguen al hombre el saber y la decisión de usar o no los métodos anticonceptivos, en el estudio se verifica que las mujeres están de acuerdo en que entre menos parejas sexuales tiene un hombre sería mejor 63%, sin embargo el estrés que la opinión tenga de esta aumenta 44% lo cual influye en sus decisiones en salud sexual, se observa que un 11% de las encuestadas dijo que su pareja le imponía conductas sexuales que le desagradaban.
- El nivel de autoestima en las mujeres encuestadas es positivo un 70% dijo que se sentían conformes consigo mismas sin embargo esto cambia

al realizar la pregunta a la percepción que tiene los demás hacia la mujer, un 21% dijo que le incomodaba y el bienestar emocional al cual un 56% dijo que sí influye en su vida sexual, esto permite a las adolescentes y adultas jóvenes a desarrollar una serie de habilidades personales y facilita la toma de decisiones que llevan a una vida sexual más saludable.

- Podríamos decir que las mujeres del estudio, tiene en su mayoría estudios intermedios, (primaria, secundaria, bachillerato) 83% y que un 50% de ellas crecieron en familias desintegradas 53%, que un 35% dijo que habían sufrido algún tipo de maltrato en su mayoría emocional o psicológico 82% y que son mujeres con un ingreso económico bajo (menos de 200\$) 52%, además que un 50% no utiliza ningún tipo de método anticonceptivo, la mayoría con malas experiencias en su primera relación sexual a la cual la mayoría dijo que su pareja había tomado la decisión de iniciar relaciones sexuales 53%, sin embargo su deseo de quedar embarazada sería una decisión de ambos 61% o su decisión propia 26%.

## **X. RECOMENDACIONES**

### **AL PERSONAL DE SALUD:**

1. Aperturarse a la población en edad fértil para responder y tratar de dar soluciones a sus problemas en sexualidad brindando la confianza que necesitan.
2. Coordinar con todos los demás sectores involucrados como escuelas ADESCOS, PNC, ALCALDIA, ONG en la divulgación de información masiva en educación sexual y reproductiva

### **AL MINSAL:**

1. Elaborar programas que además de educar en salud sexual y reproductiva, incluya la opinión de las necesidades y deficiencias en educación sexual en las diferentes regiones del país
2. Promover capacitaciones al personal de salud para estar actualizado en el tema de educación sexual
3. Elaborar estrategias en educación sexual que sean sugeridas al ministerio de educación y otros sectores para que sean utilizadas en centros de estudio como un aspecto más del currículum académico.

**A LA POBLACIÓN:**

1. Tomar conciencia de las decisiones en sexualidad que pueden repercutir negativa o positivamente y además tomar una posición activa en las decisiones no dejándose influenciar negativamente por la pareja.
2. Mantener hábitos y estilos de vida saludable que favorezcan una excelente autoestima que le permita tener autocontrol en sus decisiones
3. Acudir a profesionales de la salud por información en salud sexual y reproductiva o medios de información confiables

**A MÉDICOS EN SERVICIO SOCIAL:**

1. Fomentar la educación en salud sexual y reproductiva en los establecimientos de salud por medio de charlas
2. Abordar de manera integral aspectos psicológicos como la autoestima sociales como la presión social y culturales como mitos creencias que puedan ser detectados en la consulta y que influyan de manera negativa en la toma de decisiones en sexualidad de las pacientes.
3. Promover ambiente de confianza para poder escuchar la opinión de los pacientes y detectar los vacíos en salud sexual y reproductiva

## XI. BIBLIOGRAFIA

1. L. H., Mirian Carolina, (2013). Sexualidad En Los Estudiantes De Bachillerato Del Instituto Ricaldone. San Salvador.
2. Maldonado Muñís, Gabriela S. M. (2014). Sexualidad Derecho y Responsabilidad. Revista De Universidad Autónoma De Estado De Hidalgo Vol. 2 Numero 3, 15-50.
3. Paho.org. Mexico. OPS. Actualizado el 28 de mayo de 2011 citado el 2 de agosto de 2017. Disponible en [http://www.paho.org/mex/index.php?option=com\\_docman&view=document&slug=salud-sexual-y-desarrollo-de-adolescentes-y-jovenes-en-las-americas-implicaciones-en-programas-y-politicas&layout=default&alias=505-salud-sexual-y-desarrollo-de-adolescentes-y-jovenes-en-las-americas-implicaciones-en-programas-y-politicas&category\\_slug=documentos-ops-y-oms&Itemid=493](http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=document&slug=salud-sexual-y-desarrollo-de-adolescentes-y-jovenes-en-las-americas-implicaciones-en-programas-y-politicas&layout=default&alias=505-salud-sexual-y-desarrollo-de-adolescentes-y-jovenes-en-las-americas-implicaciones-en-programas-y-politicas&category_slug=documentos-ops-y-oms&Itemid=493)
4. Paz., F. O. (2011). percepciones que inciden en la educación sexual de adolescentes por padres, maestros, líderes religiosos, personal sanitario y jóvenes en los municipios de la palma y san ignacio, chalatenango. San Salvador.
5. Salud., O. M. (Junio 2009). Boletín De La Organización Mundial Para La Salud, Embarazo En Adolescentes Un Problema Cultural Complejo. Region de las Americas.: Organización Mundial Para La Salud.
6. Social, M. d. (2012.). Guías de atención de los principales problemas de salud de adolescentes. San Salvador: Ministerio de Salud.

## XII. ANEXOS

### ANEXO 1. CUESTIONARIO

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE MEDICINA



TÍTULO: FACTORES PSICOSOCIALES QUE AFECTAN LA TOMA DE DECISIONES SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, EN MUJERES 15 - 25 AÑOS, UNIDADES DE SALUD DE JUTIAPA, MUNICIPIO DE CABAÑAS, Y EL TRANSITO, SAN MARCOS, MUNICIPIO DE SAN SALVADOR, MAYO - JULIO 2017

OBJETIVO: Determinar los factores más importantes que influyen los diferentes factores que afectan la toma de decisiones en cuanto a salud sexual y reproductiva en las mujeres en edad de 15 a 25 años en pacientes de la unidad de salud del municipio de Jutiapa y san marcos en el periodo de mayo a julio de 2017.

INDICACIONES: Completar cada uno de los campos con la información proporcionada por el encuestado.

#### I. DATOS GENERALES

Edad: \_\_\_\_\_

Adolecente 15 – 19

Adulto joven 20 -25

Escolaridad: Sabe leer y escribir

Preescolar

Primaria

Secundaria

Bachillerato

Técnico

Universitario

Ninguna empleada operario

ocupación: \_\_\_\_\_

Zona que habita

Rural

Urbano

1. ¿Cómo cataloga a una persona que haya tenido múltiples parejas sexuales?
  - a. Andaría con él.
  - b. Entre menos parejas mejor.
  - c. Me da igual.
  
2. ¿Alguna vez su pareja le ha prohibido usar preservativo u otro tipo de método de planificación familiar, anticonceptivos inyectables, anticonceptivos orales, etc.?

A. SI

B. NO

Explique porque: \_\_\_\_\_

---

3. Conteste falso o verdadero

El hombre entre más experimentado sexualmente es mejor F\_\_\_ V\_\_\_

No hay embarazo en la primera relación sexual F\_\_\_ V\_\_\_

Si el hombre eyacula afuera no puedo quedar embarazada F\_\_\_ V\_\_\_

Si una mujer no le da un hijo a un hombre no le demuestra su amor

F\_\_\_\_\_ V\_\_\_\_\_

Tener hijos a temprana edad es mejor F\_\_\_\_\_ V\_\_\_\_\_

4. Enumere cuál de los siguientes factores afectan y han influido en la práctica plena de su sexualidad negativamente.
  - a. El trabajo
  - b. Deudas
  - c. Cuido de hijos
  - d. No saber que me depara el futuro
  - e. Ninguna de las anteriores
  
5. Cuando usted se encuentra ante un problema sexual personal ¿Qué hace? :
  - a. Busca ayuda profesional
  - b. Le cuenta a sus padres
  - c. Le cuenta a sus amigos
  - d. No le cuento a nadie
  
6. ¿Ha sentido usted cuando se encuentra triste que esto le afecta sexualmente?
  - a. Si
  - b. No
  
7. ¿Cómo se ve a usted misma cuando ve al espejo?
  - a. Me siento conforme
  - b. Me siento confundida
  - c. Mejor me ignoro.

8. ¿Le cuesta trabajo mostrar su cuerpo, porque te desagrada (por ejemplo ha dejado de usar ropa por miedo a lo que diga la gente de usted)?
- Si
  - No
9. ¿Le genera mucho estrés la opinión que tenga su pareja?
- Si
  - No
10. ¿Permite que su pareja le imponga conductas sexuales que le desagraden?
- Si
  - No.
11. En qué tipo de familia usted creció:
- Mamá y Papá
  - Solo Papá
  - Solo Mamá
  - Otro.
12. En cuanto a la pregunta anterior ¿cree que esto afecto las decisiones en su vida sexual?
- Si
  - No
13. ¿Alguna vez usted ha sido maltratada física mental o emocionalmente y que ha influido en su vida sexual?
- Si
  - No

14. Si su respuesta es afirmativa ¿Qué tipo de maltrato ha recibido? (puede enumerar una o más respuestas)
- a. Maltrato verbal
  - b. Me han golpeado
  - c. Me han hecho ver de menos
  - d. Me forzaron a tener sexo
  - e. Me hizo sentir mal
  - f. Me da miedo que piense mal de mi
- a. Violaciones
- b. Homicidio
15. Con cuánto dinero cuentan sus ingresos económicos mensuales en la familia a la que pertenece.
- a. Menos de 200\$ mensuales
  - b. Entre 200 y 300 dólares mensuales
  - c. Entre 300 y 500 dólares mensuales
  - d. Más de 500\$ mensuales
16. ¿Cuenta usted con algún tipo de ayuda en el extranjero?
- a. Si
  - b. no
17. ¿Con que frecuencia utiliza los métodos anticonceptivos?
- a. no uso
  - b. muy poco
  - c. poco
  - d. muy frecuentemente
  - e. siempre

18. ¿Cómo califica su primera experiencia sexual?
- a. Muy satisfecha
  - b. Moderadamente satisfecha
  - c. Poco satisfecha
  - d. Fue una mala experiencia
19. ¿Con que frecuencia practica relaciones sexuales?
- a. Casi nunca
  - b. Una vez al mes
  - c. Dos a cinco veces a la mes
  - d. Más de cinco veces al mes
20. ¿Cómo califica sus relaciones sexuales que ha tenido en el último año?
- a. Muy satisfecha
  - b. Moderadamente satisfecha
  - c. Poco satisfecha
  - d. No me ha gustado nada
21. Enumere causas por las cuales se puede contraer las infecciones de transmisión sexual son:
- a. Múltiples parejas
  - b. No uso del condón
  - c. Relaciones sexuales casuales
  - d. Uso de alcohol y drogas
22. Durante tu primera relacion sexual ¿Quién decidio iniciar?
- a. Yo.
  - b. Mi pareja.
  - c. Mutuo acuerdo.

- d. Ninguno de los dos.
23. Si quisiera quedar embarazada ¿sería por?
- a. Mi propia decisión
  - b. Eso lo decide mi pareja
  - c. Es una decisión de los dos
  - d. No se

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO  
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR  
UNIDAD CENTRAL  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE MEDICINA

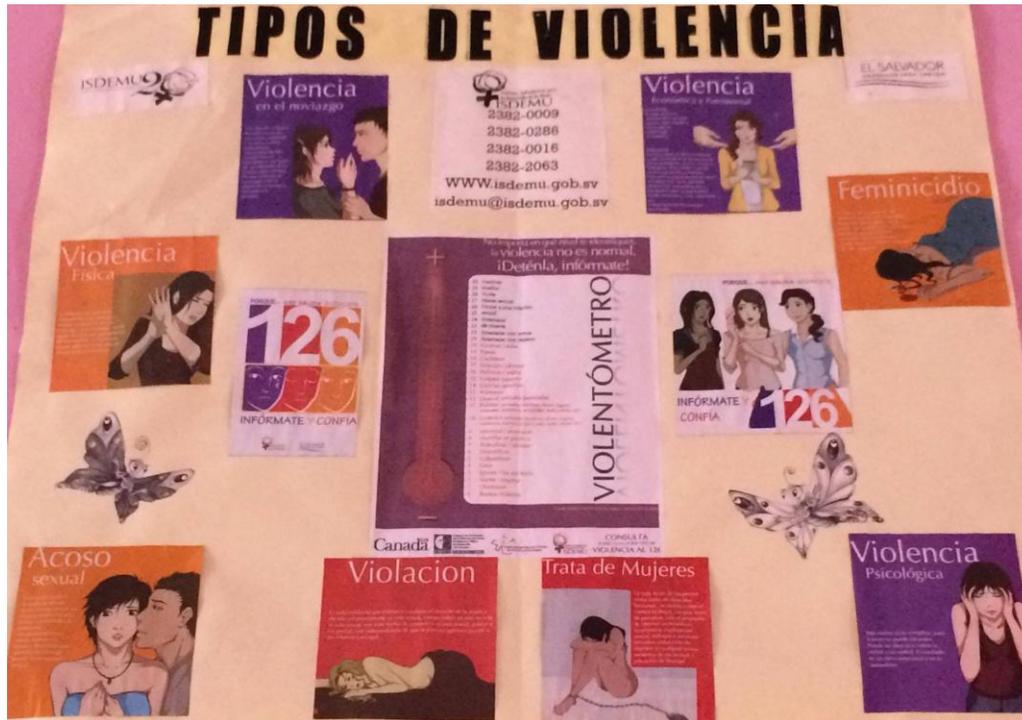
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Certifico que he sido informado (a) con la claridad y veracidad debida, respecto a la investigación a la cual he sido invitado (a) a participar, denominada: “FACTORES PSICOSOCIALES QUE AFECTAN LA TOMA DE DECISIONES SOBRE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, EN MUJERES 15 - 25 AÑOS, UNIDADES DE SALUD DE JUTIAPA, MUNICIPIO DE CABAÑAS, Y EL TRANSITO, SAN MARCOS, MUNICIPIO DE SAN SALVADOR, MAYO - JULIO 2017”. Y que actuó consecuente, libre y voluntariamente como colaborador, contribuyendo de forma activa en la entrevista que se me realizará. Además, soy conocedor(a) de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u oponerme a procedimientos realizados durante la investigación, cuando lo estime conveniente y sin necesidad de justificación alguna, que no me harán devolución escrita y que no se trata de una intervención con algún fin de lucro. Que se respetara la buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mí suministrada, lo mismo que mi seguridad física y mental.

f. \_\_\_\_\_

Paciente





# EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA..

## Causas.

- Desinformación
- Inicio precoz de la actividad sexual
- Escasos recursos.
- Baja escolaridad.
- Uso de alcohol o drogas.
- Mala comunicación con sus padres.
- Pocos valores morales.
- Relaciones sexuales espontáneas.
- Hogar Inestable.



## Prevención.

- Una buena comunicación con tus padres
- NO USO de alcohol o drogas.
- Informate y estudia para poder estar listo al momento de ser padres con una edad adecuada.
- Practica valores Morales.
- NO tener relaciones a temprana edad.

Perder  
Rápidamente  
El Futuro  
Creador  
Obedeciendo  
Zonas erróneas