

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
DOCTORADO EN MEDICINA**



TRABAJO DE GRADO:

**CONOCIMIENTO Y USO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA
PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN LOS ADOLESCENTES QUE CONSULTAN EN
LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR AGUA BLANCA,
MORAZÁN; JUCUAPA, USULUTÁN Y SAN ALEJO, LA UNIÓN. AÑO 2016.**

PRESENTADO POR:

**CELINA DE JESÚS MARTÍNEZ MÉNDEZ
GLENDA YAMILETH MEDINA VELÁSQUEZ
IRVING JOSUÉ VILLALTA BLANCO**

PARA OPTAR AL TÍTULO DE:

DOCTOR EN MEDICINA

DOCENTE ASESOR:

DR. FRANCISCO ANTONIO GUEVARA GARAY

DICIEMBRE. 2016.

SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTROAMÉRICA.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES

LICENCIADO JOSÉ LUIS ARGUETA ANTILLÓN

RECTOR INTERINO

MAESTRO ROGER ARMANDO ARIAS

VICERRECTOR ACÁDEMICO INTERINO

INGENIERO CARLOS ARMANDO VILLALTA

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO INTERINO

DOCTORA LETICIA ZA VALETA DE AMAYA

SECRETARIA GENERAL INTERINA

LICENCIADA BEATRIZ MELÉNDEZ

FISCAL GENERAL INTERINA

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
AUTORIDADES

INGENIERO JOAQUÍN ORLANDO MACHUCA GÓMEZ
DECANO

LICENCIADO CARLOS ALEXANDER DÍAZ
VICEDECANO

MAESTRO JORGE ALBERTO ORTEZ HÉRNANDEZ
SECRETARIO

MAESTRO JORGE PASTOR FUENTES CABRERA
DIRECTOR GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN DE LA FACULTAD
MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

AUTORIDADES

DOCTOR FRANCISCO ANTONIO GUEVARA GARAY

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO

**COORDINADOR GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN DE DOCTORADO
EN MEDICINA**

ASESORES

DOCTOR FRANCISCO ANTONIO GUEVARA GARAY

DOCENTE ASESOR

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO

ASESORA METODOLÓGICA

LICENCIADO SIMÓN MARTÍNEZ DÍAZ

ASESOR ESTADÍSTICO

TRIBUNAL CALIFICADOR

DOCTORA OLIVIA ANA LISSETH SEGOVIA VELÁSQUEZ

PRESIDENTE

DOCTOR HENRRY GEOVANNI MATA LAZO

SECRETARIO

DOCTOR FRANCISCO ANTONIO GUEVARA GARAY

VOCAL

Celina de Jesús Martínez Méndez
Glenda Yamileth Medina Velásquez
Irving Josué Villalta Blanco

Carnet N°: MM09144
Carnet N°: MV04039
Carnet N°: VB09008

CONOCIMIENTO Y USO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN LOS ADOLESCENTES QUE CONSULTAN EN LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR AGUA BLANCA, MORAZÁN; JUCUAPA, USULUTÁN Y SAN ALEJO, LA UNIÓN. AÑO 2016.

Este trabajo de investigación fue revisado, **evaluado y aprobado** para la obtención del título de Doctor (a) en Medicina por la Universidad de El Salvador

Maestra Elba Margarita Berríos Castillo

Doctora Olivia Ana Lisseth Segovia Velásquez

Coordinador General de Procesos de
Graduación de Doctorado En Medicina

Presidente

Doctor Henryry Geovanni Mata Lazo

Doctor Francisco Antonio Guevara Garay

Secretario

Vocal

Vo. Bo. Dr. Francisco Antonio Guevara Garay

Maestro Jorge Pastor Fuentes Cabrera

Jefe del Departamento de medicina

Director general de procesos de graduación de la
Faculta Multidisciplinaria oriental

San Miguel, El Salvador, Centro América, diciembre de 2016.

AGRADECIMIENTOS.

Agradecemos a Dios, sobre todas las cosas que nos presta vida y nos permitió finalizar este trabajo de investigación.

Agradecemos a nuestro asesor Dr. Francisco Guevara por su nobleza, su paciencia y por compartir con nosotros su valioso conocimiento, para el desarrollo de nuestra tesis.

Así también agradecemos a la Maestra Elba Margarita Berrios excelente persona quien nos condujo a lo largo de este arduo proceso con su dedicación y amor. Y al Licenciado Simón Martínez Díaz, asesor estadísticos por su colaboración esta investigación

A nuestra Alma Mater, Universidad de El Salvador, junto con los docentes que nos enseñaron, nos incentivaron y nos corrigieron a lo largo de este camino, a nuestros acompañaremos y amigos que formamos en toda la carrera, al personal de salud de nuestro Hospital Nacional San Juan de Dios San Miguel, y de las diferentes Unidades de Salud Familiar porque de cada persona hay una experiencia buena que retener.

Y sobre todo agradecemos a nuestros pacientes por ser nuestro principal motor, y el motivo por el cual nos impulsa a seguir adelante.

Celina de Jesús Martínez Méndez

Glenda Yamileth Medina Velásquez

Irving Josué Villalta Blanco

DEDICATORIA

Dedico esta tesis con todo mi amor y cariño a Dios, mi principal pilar, motivación y fortaleza, que por su gracia y misericordia me ha permitido alcanzar este logro, por darme esta vida bella, por eso y más cada logro alcanzado sé que has sido tu quien lo ha permitido.

A la memoria de mi padre, Julio Ernesto Martínez por heredarme ese deseo de superarme y por tus sabios consejos que guardo en mi corazón.

A mi madre, Wendy Evelyn Méndez por estar conmigo en cada paso que doy, por creer en mí, y luchar conmigo hasta el final.

A Gilma Erminia Martínez mi abuelita, a mis tíos y a mis primos y a toda mi familia apreciada,

A mis apreciados amigos y hermanos que han estado conmigo fortaleciendo mi corazón e iluminar mi mente, quienes dieron esas palabras de aliento en cada momento de esta prueba y me han llevado en sus oraciones.

Celina de Jesús Martínez Méndez

A Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mis padres Maura Margarita Velasquez de Medina y José Isidro Medina por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo, gracias por creer en mí, este logro es de ustedes los amos. Mami gracias por ser la mejor madre que Dios me pudo regalar, eres mi mayor ejemplo de lucha.

A mis hermanos gracias por el apoyo y ayuda cuando más lo necesite; a Rogelio Medina por su apoyo desde la distancia, a José Isidro Medina por su sacrificio y desvelos cada día para llevar y traerme y a Kenia Medina mi mejor amiga, la que con su ejemplo me motivo a no rendirme y seguir cada día, gracias por tu apoyo y por regalarme a mi hermosa y querida sobrina Alexa Valentina Mendoza Medina, la quiero.

A Mis abuelos Felicita Reyes de Velasquez (QEPD) y Rogelio Velasquez (QEPD), por quererme y apoyarme siempre, esto también se lo debo a ustedes.

A mis amigos y familia en general gracias por el apoyo, por compartir conmigo buenos y malos momentos.

A mis compañeros de tesis Celina Martínez, Irving Villalta, gracias por su amistad y compañerismo, por haberme tenido la paciencia necesaria; sin ustedes esto no hubiera sido posible. Gracias, los quiero mucho.

A Edward Rivera por llegar a mi vida y apoyarme en los buenos y malos momentos. Te quiero

Glenda Yamileth Medina Velásquez

Dedico este trabajo de investigación y lo que significa -la culminación de mi carrera-, a Dios, quien me ha sostenido a lo largo de mis 25 años, y ha sido “mi porción, en la tierra de los vivientes”, no hay duda, que el conocimiento y la inteligencia proceden de Él, y me ha permitido con la ayuda de su poder, coronar mis esfuerzos, una vez más, en este peldaño de mi vida.

A ustedes, queridos padres, Felipa y Aparicio, que son mi sostén emocional y económico, y que siempre han velado por que su hijo, alcance lo que se propone, y que tenga aspiraciones nobles como hijo de Dios y ciudadano.

A la memoria de Jorge Tránsito Blanco, “mamita”, quien siempre estuvo segura de que completaría mi carrera, pero que no podría contemplar ese momento con sus ojos, tan sólo existió en su tierna imaginación; ahora descansa el sueño de la muerte, hasta aquel día en que Cristo le devuelva a la vida.

A mi hermano, Bryan, mi compañero, mi apoyo, quien cuestiona mis decisiones, y me ayuda a salir de apuros. A mis familias Villalta y Blanco, porque confiaron en mí, y me animaron a alcanzar mis sueños, aunque hubo momentos de desánimos, siempre me apoyaron y alentaron mi esperanza.

A ti, mi querida Erika, mi prometida, quien ha comprendido la distancia y el poco tiempo, que le comparto a causa de mi entrega a la vocación de servir, y por el amor con que me has rodeado.

A mi muy apreciada escuela, Centro Escolar Cantón San Antonio Silva, y profesores, quienes establecieron los fundamentos para una gran construcción en mí, los cuáles me permiten ahora completar el edificio de mi carrera. A mi recordado INIM, Instituto Nacional Isidro Menéndez, y maestros, que afianzaron la educación adquirida y me prepararon para la universidad.

A mi Alma Máter, Universidad de El Salvador, doctores y licenciados, han completado y dado forma, al conocimiento en mi vida, al prepararme como Doctor en Medicina, y mostrarnos, la nobleza y el humanismo que debe caracterizarnos

A mis compañeros de la carrera, no mencionaré ninguno, para no olvidarlos, porque con sus lecciones y apoyo, nos animamos a continuar, a pesar de las largas e interminables vigiliadas, y extensos libros que teníamos que leer, gracias por su complicidad.

A mis compañeras de tesis, Celina y Glenda, tuvimos unos pequeños atrasos, pero completamos con satisfacción nuestro trabajo investigativo, aprendimos mucho juntos, y compartimos por última vez el compañerismo en la Universidad. A mis compañeros de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de San Alejo, porque hicieron de mi Servicio Social, una inolvidable experiencia, el trabajo comunitario fue excepcional, y aunque era el más pequeño de todos, siempre existió un trato respetuoso hacia mí. Finalmente y no menos importantes, a mis pacientes, que se convirtieron en los libros por excelencia, en quienes aprendí, porque así me lo permitieron, y a quienes me dediqué a servir, gracias por sus saludos y ánimos por las mañanas luego de un cansado turno.

Irving Josué Villalta Blanco

TABLA DE CONTENIDOS

Pag.

Lista de Tablas o Cuadros.....	vii
Lista de Gráficos.....	viii
Lista de Anexos.....	viii
.	
Resumen.....	x
1. Introducción.....	1
2. Planteamiento del problema.....	2
3. Objetivos de la investigación.....	5
4. Marco Teórico.....	5
5. Sistema de Hipótesis.....	19
6. Diseño metodológico.....	23
7. Resultados.....	30
8. Discusión.....	53
9. Conclusiones.....	54
10. Recomendaciones.....	56
11. Referencias bibliográficas.....	57
Anexos.....	60

LISTA DE TABLAS.	Pág.
Tabla 1. Caracterización según etapa de la adolescencia y género.....	30
Tabla 2. Nivel educativo según área de procedencia de los adolescentes.....	31
Tabla 3. Estado familiar de los adolescentes, según su género.....	33
Tabla 4: Religión de los adolescentes según su procedencia.....	34
Tabla 5: Nivel de conocimiento por unidad comunitaria de salud familiar.....	35
Tabla 6: Nivel de conocimiento según etapas de la adolescencia.....	37
Tabla 7. Nivel de conocimiento según el sexo.....	39
Tabla 8. Nivel de conocimiento según nivel educativo.....	40
Tabla 9.Fuente de información según las etapas de la adolescencia.....	42
Tabla 10. Adolescentes con vida sexual activa según su género.....	44
Tabla 11. Utilización de los métodos anticonceptivos según el sexo.....	45
Tabla 12. Método utilizado según el sexo.....	47
Tabla 13. Frecuencia en el uso de los métodos anticonceptivos según el sexo.....	48

LISTA DE GRÁFICOS

Pag.

Grafico 1. Caracterización según etapa de la adolescencia y género.....	31
Gráfico 2. Nivel educativo según área de procedencia de los adolescentes.....	32
Grafico 3. Estado familiar de los adolescentes según su género.....	33
Grafico 4 Religión de la población adolescente según su procedencia.....	35
Gráfico 5. Nivel de conocimiento por unidad comunitaria de salud familiar.....	37
Gráfico 6: Nivel de conocimiento según etapas de la adolescencia.....	38
Grafico 7. Nivel de conocimiento según el sexo.....	40
Grafico 8. Nivel de conocimiento según nivel educativo.	41
Grafico 9. Nivel de conocimiento según nivel educativo.....	42
Grafico 10. Fuente de información según las etapas de la adolescencia.....	43
Gráfico 11. Adolescentes con vida sexual activa según el género.....	45
Grafico 12. Utilización de los métodos anticonceptivos según el sexo.....	46
Grafico 13. Método utilizado según el sexo.....	48
Grafico 14. Frecuencia en el uso de los métodos de barrera según el sexo.....	49

LISTA DE ANEXOS

Pág.

Anexo 1. VI Censo de población y vivienda 2007.	60
Anexo 2. Instrumento de recolección de datos	61
Anexo 3. Cronograma.....	65
Anexo 4. Presupuesto.....	66
Anexo 5. Hoja de consentimiento informado.....	67
Anexo 6. Tabla de recolección de datos.....	68
Anexo 7. Tabla de distribución.....	69
Anexo 8. Glosario.....	70

RESUMEN.

La prevención del embarazo en la adolescencia ha sido una preocupación de nuestro sistema nacional de salud que ha realizado numerosos esfuerzos para lograr disminuir el número de adolescentes que están dando a luz a edades muy tempranas, con las consiguientes consecuencias que implica un embarazo en la adolescencia. **El objetivo** de esta investigación es establecer el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes. Con ello se busca dar respuesta a la razón por la cual se están presentando los embarazos a edades tempranas. **Metodología** se realizó un estudio descriptivo y transversal. La muestra fue de 356 adolescentes que consultaron en tres de los establecimientos del primer nivel de atención de la región oriental, a los cuales se les aplicó un instrumento de manera anónima, con preguntas clasificadas para determinar el nivel de conocimiento desde nada hasta un excelente conocimiento. **Resultados** señalan que la población adolescente posee en un 75% un conocimiento aceptable de los métodos anticonceptivos, que la escuela fue la principal fuente de información, además se observó que el nivel educativo proporciona una mayor calidad de conocimiento que poseen los adolescentes. **Conclusiones** Más del 60% de la población adolescente tiene el conocimiento necesario sobre los métodos anticonceptivos, la edad y el nivel de escolaridad están directamente relacionadas con la calidad y el nivel de conocimiento, siendo la escuela la principal fuente de información en un 47.4%, aunque la población del área rural tiene menor educación, en comparación al área urbana, Más del 60% tiene una vida sexual activa, del total de adolescentes solo el 30.1% ha usado métodos de planificación familiar; el método más utilizado es el preservativo masculino en un 86.6%, seguido de los métodos inyectables con un 11.8% entre los adolescentes que han utilizado algún método anticonceptivo.

Palabra clave: conocimiento, anticoncepción, adolescencia

1. INTRODUCCION.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como el “periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica, entre las edades de 10 a 19 años”. Dentro de estas se encuentran la etapa temprana que comprende de los 10 a 13 años, intermedia de 14 a los 16 años y tardía de 17 a 19 años. Durante estas etapas se experimentan grandes cambios biológicos, psicológicos y sociales, marcando en muchos casos el inicio de la vida sexualmente activa.

Los indicadores de salud reflejan una situación problemática que demanda atención y acciones concretas hacia la necesidad de salud reproductiva que afrontan las adolescentes.

El embarazo en la adolescencia se ha considerado un problema en todos los países del mundo, con marcada importancia en países subdesarrollados y en vías de desarrollo.

Los adolescentes se encuentran en la edad en que comienzan sus experiencias sexuales, y con estas se acompañan de responsabilidades y riesgos, que en muchos de los casos desconocen, o no están dispuestos a asumir, la exposición temprana de este importante sector de la población salvadoreña a estos riesgos constituye un factor determinante de los altos niveles embarazos en este grupo de población.

El embarazo en la adolescencia se asocia a mayores riesgos médicos (trastornos hipertensivos del embarazo, anemia del embarazo, desnutrición, parto prematuro, bajo peso al nacer, mayor muerte perinatal, etc.), problemas psicológicos en la madre (depresión post-parto, baja autoestima, quiebre en el proyecto de vida) y una serie de desventajas sociales (bajos logros educacionales, deserción escolar, desempleo, mayor frecuencia de maltrato y abandono infantil, entre otros). Frente a esta realidad aparece la necesidad de implementar medidas tendientes a prevenir la ocurrencia de embarazos durante la adolescencia, dentro de los cuales, la educación sexual y el uso de métodos anticonceptivos cumplen un importante rol.

En la sociedad es un tabú hablar de sexualidad y la falta de participación activa de los padres en la formación de sus hijos en este aspecto de su vida. El conocimiento inadecuado de los adolescentes sobre los métodos anticonceptivos trae muchos problemas sociales en nuestro país.¹

En El Salvador los indicadores de salud reflejan una situación que demanda atención y acciones concretas hacia las necesidades de educación en salud sexual y reproductiva que afrontan las adolescente, ya que además del embarazo conlleva a su vez otros problemas como el incremento de los índices de abandono o deserción escolar de las adolescentes como consecuencia de un embarazo, reduciendo sus posibilidades de obtener un título académico que les permita obtener un trabajo bien remunerado y retrasando el desarrollo de la sociedad y del país. En referencia a lo anterior, la Encuesta Nacional de Salud Familiar 2008 (FESAL) hace evidente que el nivel educativo de la mujer influye de forma determinante en los embarazos de las mujeres que tienen 10 o más años de escolaridad, las edades medianas resultan ser mayores que entre quienes no tienen educación formal es decir una de cada 5 mujeres de 15 a 24 años pensaba que no podía quedar embarazada durante su primera relación sexual, debido al desconocimiento o a la falta de información.

Según la política nacional de salud “Construyendo la Esperanza” en su Estrategia N° 15 “Salud Sexual y Reproductiva”, deben establecerse programas priorizados de información y educación sexual orientados en los grupos de edad , incluidos los adolescentes, recomendando en su numeral 1, que dicho programa debe hacer especial énfasis en la educación sexual y prevención del embarazo en adolescentes.

A partir de esa política, la investigación pretende puntualizar el conocimiento que los adolescentes poseen sobre métodos anticonceptivos, y el uso que hacen de los mismos, estos datos reflejarán de manera objetiva el cumplimiento de esta estrategia, y permitirán caracterizar la conducta sexual de los adolescentes.

Resultó evidente la necesidad de determinar los conocimientos sobre métodos de planificación familiar en los adolescentes, debido a que los embarazos son de alto riesgo desde todo punto de vista, pero especialmente para la salud de la madre y el feto.

La información recabada, permitió hacer recomendaciones acerca de las áreas educativas que deben fortalecerse y permitirá elaborar propuestas de intervención a nivel local y buscar mejores estrategias metodológicas en las entregas educativas a los adolescentes.

El contenido del presente trabajo de investigación incluirá la descripción de cada uno de los métodos disponibles y más utilizados en el país, por los adolescentes para la prevención de embarazo.

Se indago sobre el uso de los métodos de planificación familiar en los adolescentes y su accesibilidad a dichos métodos.

La investigación se desarrolló mediante una entrevista a todos los adolescentes consultantes en dichas unidades de salud; el estudio identificará, caracterizará y analizará conocimientos y utilización de los métodos anticonceptivos en la prevención del embarazo en los adolescentes que consultan en la Unidad Comunitaria de Salud Familiar Agua Blanca, Jucuapa, San Alejo en los meses de Junio y Julio 2016

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Históricamente la educación en métodos anticonceptivos como parte de la anticoncepción se ha desarrollado como un tema polémico. Así en diferentes épocas y países tanto desarrollados como en vías de desarrollo sigue el debate sobre la forma de abordar el tema más si se trata de

adolescentes los cuales serán futuros padres, en relación a lo anterior, la planificación familiar se define como un derecho humano que tiene todo individuo o pareja para decidir de manera responsable el número y espaciamiento de sus hijos, obtener la información apropiada y a tener acceso a los servicios para lograr tal fin. En el ejercicio de este derecho que es independiente del género, edad, y religión y estado social de las personas, pero a pesar de la existencia de este derecho la realidad es que la adolescentes y mujeres jóvenes ha estado limitadas en sus derechos y el índice de embarazos en menores de edad tiende al incremento a nivel mundial, con mayor riesgo los países en vías de desarrollo Si bien siempre ha habido embarazo precoz, en la década de los 70 el tema comenzó a aparecer como preocupación social. En 1974 la OMS empezó a prestarle especial atención dentro de la temática general de la salubridad adolescente y lo planteo como problema creciente de alto riesgo y capital importancia. Mientras disminuye la tasa global de fecundidad en los países desarrollados y algunos en vías de desarrollo, aumentan en cambio las de las adolescentes observándose una tendencia creciente a dar a luz por primera vez a edades tempranas.

El embarazo en los adolescentes, generalmente no deseado, no planificado supone un impacto negativo sobre la condición física, emocional y económica además de condicionar su estilo de vida.

Estudios ponen de manifiesto que el embarazo en las adolescentes tiene orígenes multicausales, señalando dos hechos que son determinantes al analizar la causa del embarazo siendo esta el inicio precoz de las relaciones sexuales, y la no utilización de los métodos anticonceptivos.

Para muchos, el verdadero problema del embarazo en la adolescencia, radica en que esta población no utiliza medidas anticonceptivas por falta de educación sexual, por desconocimiento de los métodos disponibles y por ignorancia en cuanto al peligro del embarazo ²

En América latina en los estudios de cifras de las tendencias demográficas demuestran en los censos vigentes una dinámica demográfica observándose cada vez más una tendencia ascendente de la fecundidad y en particular la población adolescente aporta un porcentaje creciente del total de nacimientos.³

Otros estudios cuyo objetivo es dar a conocer la relación previa entre la educación sexual y el uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes realizado en Chile, señaló que dentro de una muestra de 347 adolescentes entre los 11 a 16 años, el 79.5% refirió haber recibido educación sexual, un 98.5% dijo conocer algún método anticonceptivo, y de estos últimos el 85.8% uso alguno de ellos en un plazo menor de 6 meses ³

Un estudio realizado por la Universidad Autónoma de México (UNAM) a una muestra de 120 adolescentes, señala que, el nivel de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos fue calificado como medio en un 60.8% de ellos, y bajo en un 23.3% de los adolescentes. Este estudio señala que el condón masculino fue el método mayormente utilizado (65.2%); asimismo, fue el método de barrera del que se tenía un mejor conocimiento (95.8%)⁴

Otro estudio realizado en la Habana, Cuba, muestra que la fuente más frecuente de información sobre los métodos anticonceptivos en los adolescentes fue de sus padres en un 75.6% y de sus amigos en un 64.1% ⁵

La realidad podría haber sido distinta si los adolescentes hubieran tenido una educación sexual, con base científica, objetiva, y carente de prejuicios, pues se considera que a más temprana edad un niño o adolescente reciba educación y orientación sexual sobre métodos anticonceptivos, en esa

medida se disminuirán los embarazos precoces y se retrasara la primera relación sexual debido a que tomarían una decisión más informada y con racionamiento lógico y científico, como lo dice la UNICEF :

“En América latina desde años atrás hasta la fecha, el conocimiento y la utilización de los métodos anticonceptivos está situado por debajo de los países desarrollados, es así como solo el 52% de las mujeres latinoamericanas en edad fértil, utilizan anticonceptivos, cifra que es muy inferior a los promedios europeos y norteamericanos, esto porque está influenciado por la educación los conocimientos que estas mujeres tienen acerca de los anticonceptivos y el mejoramiento en la calidad de vida”.

En El Salvador los partos en adolescentes son cada vez más, esta situación resulta alarmante puesto, que la adolescencia no es la etapa apropiada e idónea para procrear y desempeñar el papel de madre.

Los últimos datos reportados por el Hospital Nacional de Maternidad han demostrado que se atiende adolescentes en su segunda o tercera gestación en las edades comprendidas entre 15 a 17 años, esto ha reflejado en forma general que los adolescentes no han contado con un amplio conocimiento o han carecido de conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos, específicamente de las ventajas, desventajas y los efectos adversos lo que ha conllevado a los adolescentes a riesgo de embarazo, cuando han practicado relaciones sexo coitales por la no utilización de los métodos anticonceptivos en forma correcta.

En la región oriental del país el creciente número de embarazadas adolescente es alarmante, para el 2015 la población de adolescentes embarazadas alcanzo la cantidad de 6,000 entre los 4 departamentos de San Miguel, Usulután, La Unión, Morazán, representando un 30.7% del total de inscripciones maternas de la región oriental. ⁶

En la Unidad Comunitaria de Salud Familiar (UCSF) San Alejo, La Unión en el 2015 se realizaron 178 inscripciones maternas, de las cuales 47 son adolescentes, representando un 26.4% ⁶

En cuanto a las inscripciones maternas e adolescentes año a la fecha

En UCSF Jucuapa, Usulután las cifras de embarazos alcanzaron 246, de estas 63 son adolescentes, representando un 25.6% de embarazadas ⁶

En UCSF Agua Blanca, Morazán, se realizaron 80 inscripciones maternas, de las cuales 30 son adolescentes, representando el 37.5% del total de embarazadas. ⁶

En cuanto a la UCSF Agua Blanca se ha realizados durante este año 25 inscripciones maternas, de estas 13 son adolescentes, representando el 52% de las inscripciones, un dato que refleja el aumento alarmante de embarazos en las adolescentes. ⁶

Un estudio realizado por la Universidad de El Salvador, en el municipio de Mejicanos, sobre el conocimiento que poseen las adolescentes de 15 a 19 años de los métodos anticonceptivos hormonales señalo que más del 60% las adolescentes no poseen conocimientos satisfactorios en cuanto a los anticonceptivos hormonales, incluyendo su uso y ventajas y desventajas⁷

2.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en la prevención del embarazo en los adolescentes que consultan en las Unidades Comunitaria de Salud Familiar Agua Blanca, Morazán; Jucuapa, Usulután; San Alejo, La Unión Año 2016?

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en la prevención del embarazo en los adolescentes que consultan en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Agua Blanca, Morazán; Jucuapa, Usulután; San Alejo, La Unión. Año 2016.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1 - Caracterizar socio - demográficamente la población en estudio.
- 2 - Describir el conocimiento que los adolescentes poseen sobre los métodos anticonceptivos y su fuente de información.
- 3 - Indagar sobre el uso y la frecuencia con que los adolescentes utilizan los métodos anticonceptivos.

4. MARCO TEORICO

A. Características sociodemográficas de los adolescentes.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes⁸. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia.

Los determinantes biológicos de la adolescencia son prácticamente universales; en cambio, la duración y las características propias de este periodo pueden variar a lo largo del tiempo, entre unas culturas y otras, y dependiendo de los contextos socioeconómicos. Así, se han registrado durante el pasado siglo muchos cambios en relación con esta etapa vital, en particular el inicio más temprano de la pubertad, la postergación de la edad del matrimonio, la urbanización, la mundialización de la comunicación y la evolución de las actitudes y prácticas sexuales.

La adolescencia es un periodo de preparación para la edad adulta durante el cual se producen varias experiencias de desarrollo de suma importancia. Más allá de la maduración física y sexual, esas experiencias incluyen la transición hacia la independencia social y económica, el desarrollo de la identidad, la adquisición de las aptitudes necesarias para establecer relaciones de adulto y asumir funciones adultas y la capacidad de razonamiento abstracto. Aunque la adolescencia es sinónimo de crecimiento excepcional y gran potencial, constituye también una etapa de riesgos considerables, durante la cual el contexto social puede tener una influencia determinante.

En nuestro país la adolescencia se ve afectada en muchos aspectos su vida que interrumpen el completo desarrollo de la vida adulta, muchos adolescentes se ven obligados a dejar sus estudios y asumir responsabilidades de cabeza de familia a temprana edad, las características sociodemográficas de los adolescentes en El Salvador se encuentra en condiciones no ideales, según la Dirección General de las Estadísticas y Censos 2007 DIGESTYC el total de población es de 6,107,706 habitantes de los cuales 2,719,113 son hombre y 3,024,742 son mujeres y 1,178,856 son adolescentes de 10 a 19 años. 657,907 son hombres y 520,949 son mujeres⁹

Dentro de las características sociodemográficas de la población se encuentran indicadores como las tasas de analfabetismo y porcentaje de personas que asisten a centro educativo; así como servicios básicos, entre ellos energía eléctrica, y agua potable. (Ver anexo 1)

Con los análisis de DIGESTYC mas los indicadores sociodemográficos es una ventana a la realidad de los adolescentes y muchos caen sometidos a presiones para consumir alcohol, tabaco u otras drogas y para empezar a tener relaciones sexuales, y ello a edades cada vez más tempranas, existe un elevado riesgo de traumatismos, tanto intencionados como accidentales, embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (ITS), entre ellas el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Muchos de ellos también experimentan diversos problemas de adaptación y de salud mental. Los patrones de conducta que se establecen durante este proceso, como el consumo o no consumo de drogas o la asunción de riesgos o de medidas de protección en relación con las prácticas sexuales, pueden tener efectos positivos o negativos duraderos en la salud y el bienestar futuros del individuo. De todo ello se deduce que este proceso representa para los adultos una oportunidad única para influir en los jóvenes.

Los adolescentes dependen de su familia, su comunidad, su escuela, sus servicios de salud y su lugar de trabajo para adquirir toda una serie de competencias importantes que pueden ayudarles a hacer frente a las presiones que experimentan y hacer una transición satisfactoria de la infancia a la edad adulta. Los padres, los miembros de la comunidad, los proveedores de servicios y las instituciones sociales tienen la responsabilidad de promover el desarrollo y la adaptación de los adolescentes y de intervenir eficazmente cuando surjan problemas.

B. La Educación sobre Planificación Familiar

Como principio pedagógico debe ofrecerse una información eficiente de los adolescentes antes que tengan necesidad de ello. Ya que la planificación familiar es un derecho a la salud y bienestar

relacionado con la reproducción debe convertirse en una realidad para todos, logrando un acceso a la información de planificación familiar para el año 2015¹⁰

Las actividades tendientes a mejorar los logros educativos deben continuar independientemente del impacto que tenga sobre las conductas reproductivas de los adolescentes. A pesar de lo que se menciona, se deben dar elementos basados en el conocimiento y educación.

Los beneficios de la educación en las adolescentes depende de una amplia variedad de factores sociales culturales, económicos; además muchas veces el embarazo en adolescentes se produce porque tienen mayores dificultades para obtener información actualizada y comunicar sus necesidades respecto a los anticoncepción, el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva es más difícil para las adolescentes, que para las mujeres adultas, por lo tanto es menos probable que pueda ejercer el derecho a decidir sobre su cuerpo, su sexualidad, las mejores condiciones para un embarazo saludable y su salud reproductiva antes, durante y después del embarazo.

Es por ello necesario y preciso que el sistema educativo, el sistema de salud, la familia y la comunidad participen en programas que orienten a los adolescentes sobre su salud sexual y reproductiva, que eleven su autoestima, les inciten a ser responsables de su conducta sexual, así como de las decisiones que deben tomar acerca de su sexualidad, y que estas decisiones deben ser informadas.

C. Conocimientos sobre Sexualidad y Métodos de Planificación Familiar durante la Adolescencia.

El conocimiento se define como la idea, noción, saber o información que se tiene sobre algún tema en específico¹¹

En la adolescencia se dan cambios como resultado de las transformaciones hormonales de la pubertad, su forma de pensar varía a medida que se desarrolla, las habilidades para manejar sus conflictos y sentimientos, los cuales cambian casi en su totalidad. En esta etapa los padres juegan un papel importante, puesto que es la familia donde se da la información primordial, sin embargo, el tema sobre la sexualidad y prevención de embarazos entre padres e hijos presenta dificultades en la sociedad, por lo que son los profesionales en salud y docentes de los centros educativos los encargados de informar a los adolescentes sobre temas relacionados con la sexualidad.

En su mayoría los adolescentes obtienen información sobre los métodos anticonceptivos a de las escuelas y establecimientos de salud, muy poco sobre la educación que le brindan sus padres ¹⁰ Los conocimientos en materia sexual se ven influenciados por diferentes factores como son: La genética, el medio ambiente físico y social, la familia, la economía, los patrones culturales y los medios de comunicación.

Todos estos acontecimientos ocurren en el transcurso de la vida, los cuales forman las bases de la personalidad del ser humano, de ahí la importancia de educar y orientar desde la niñez, los aspectos generales de la sexualidad humana.

La educación institucional que se brinda a los niños y niñas, adolescentes debe ser la fuente de conocimientos sobre los diferentes temas de la sexualidad, a pesar de las diferentes opiniones sobre el material o contenido a utilizar, con qué frecuencia, a qué edad debe iniciarse dicha educación, es importante orientar y educar a los adolescentes lo más pronto posible puesto que la maduración

sexual temprana, en lo físico: La pubertad, y sus cambios biológicos, se presentan a edades cada vez más tempranas; se contraponen a la maduración emocional e integración social, y se debe agregar la influencia que los medios de comunicación, la cual ha dirigido sus esfuerzos hacia los adolescentes y jóvenes, induciéndolos a prácticas eróticas, en muchos casos, la televisión además de otros medios electrónicos como la internet, se han convertido en el principal educador sexual¹¹

Acerca de la transmisión familiar de estilos de vida, se han identificado un alto porcentaje de conductas familiares repetitivas, lo que algunos denominan herencia social o cultural.

Muchas familias demuestran alta tolerancia al inicio de las relaciones sexuales tempranas, a la ilegitimidad o al embarazo temprano, así como varios compañeros sexuales. Debido a lo mencionado anteriormente, preocupa que los adolescentes sigan esta guía, y estilos de vida sin conocimientos plenos en materia de sexualidad y educación científica¹²

D. Derecho de los adolescentes.

A los adolescentes se les debe respetar y dar a conocer sus derechos sexuales y reproductivos, para de esta forma, poder evitar las enfermedades de transmisión sexual, el VIH/SIDA, los embarazos no planificados, que en la mayoría de los casos, los conducen a una vida sin expectativas, ni metas.

El ministerio de Salud apoyando el lema “Todos tenemos derecho a conocer” elabora en el 2005 una normativa técnica de atención en el programa de planificación que se describe a continuación:

Anticoncepción en la Adolescencia según Normativa Técnica de Planificación Familiar del Ministerio de Salud.

- a. Se considera adolescencia el grupo etario que comprende de 10 a 19 años. En esta etapa debe considerarse que no existe una madurez física, emocional, económica y social, para afrontar responsablemente las consecuencias de las relaciones sexuales, por lo que se debería recomendar postergar el inicio de la actividad sexual.
- b. Para recomendar un método anticonceptivo en la adolescencia, se debería tener en cuenta los riesgos de aquellos adolescentes que, iniciando vida sexual, tales como de contraer infecciones de transmisión sexual y SIDA, embarazos no planeados, complicaciones obstétricas, cáncer de cuello uterino, así como otras repercusiones que esto acarrea en el ámbito biológico psicológico y social.
- c. Toda persona que provee servicios de planificación familiar en población adolescentes debería utilizar los criterios para la selección de un método.
 1. Sin vida sexual previa.
 2. Vida sexual esporádica o frecuente.
 3. Cambios frecuentes de parejas sexuales simultáneas.
 4. Edad.
 5. Número de hijos.

- d. Es importante individualizar cada caso para la elección de un método más seguro y eficaz, ya que estos criterios generalmente no se dan en forma aislada sino simultáneamente.
- e. En la adolescencia por sus propias características se debe proporcionar una consejería especial en lo relacionado con el uso correcto de los métodos, efectos secundarios, riesgo de contraer ITS/SIDA y casos de emergencia.
- f. Las recomendaciones para la anticoncepción en la adolescencia se harán según lo descrito en la guía de atención y planificación familiar para los tres grupos en las opciones y recomendaciones:

Grupo 1: Adolescentes hombre o mujer que deseen iniciar vida sexual.

Grupo 2: Adolescentes con vida sexual.

Grupo 3: Adolescente mujer con hijo vivo, adolescente hombre con hijo.

Algunos derechos sexuales de los cuales debemos conocer todos y todas las personas son:

- 1- Derecho a elegir en temas reproductivos, incluida la planificación familiar.
- 2- Derecho a la sexualidad placentera y saludable.
- 3- Derecho a la información en materia de salud sexual y reproductiva ¹³

E. Métodos Anticonceptivos.

Los anticonceptivos son una serie de métodos utilizados para la regulación de la fertilidad ya sea de tipo temporal o definitiva, con el objetivo de prevenir el embarazo.

En relación a la seguridad del método, la mayoría de los métodos proporcionan beneficios adicionales además de la anticoncepción, todos los métodos son seguros a excepción que la usuaria tenga factores de riesgo como ser fumadora y mayores de 35 años en el caso de los anticonceptivos hormonales que contienen estrógenos.

En la eficacia es imposible determinar la efectividad del método sin tener en cuenta todos los factores como, el momento de la relación sexual en relación a la ovulación, el método utilizado, la eficacia intrínseca del método, y uso correcto del mismo.

Clasificación de Métodos de Planificación Familiar.

Los métodos anticonceptivos se clasifican de la siguiente manera:

- 1- Anticonceptivos hormonales
- 2- Anticonceptivos de emergencia
- 3- Dispositivo intrauterino (DIU)
- 4- Métodos permanentes
- 5- Métodos de barrera
- 6- Métodos no hormonales

1) Anticonceptivos hormonales:

Los anticonceptivos hormonales son los estrógenos sexuales femeninos, el estrógeno sintético y la progesterona sintética (progestágeno) o el progestágeno solo sin estrógeno.

Los anticonceptivos hormonales más utilizados son los anticonceptivos orales combinados ACO, parches, implantes e inyectables.

Anticonceptivos Orales Combinados (ACO)

Los ACO son los anticonceptivos hormonales más utilizados, estos pueden ser monofásicos, con la misma dosis de estrógeno y progestágeno cada día, o multifásicos, en los que se administran varias dosis de estrógeno a lo largo de un ciclo de 21 o 24 días, los ACO son envasados con 21 tabletas activas y 7 placebos, o 24 tabletas activas y 4 placebos

Para iniciar el uso de ACO la usuaria toma la primera píldora en cualquier momento desde el primer día de la menstruación, hasta completar el ciclo, la inclusión del placebo permite tomar una píldora cada día sin perder la secuencia, en este periodo de placebo permite la hemorragia de privación que imita un ciclo menstrual de 28 días

Dosis:

Alta: 50 μg o más de estrógenos.

Baja: Menos de 5 μg de estrógenos (generalmente 30 – 35 μg de estrógenos)

Presentación:

Hay dos tipos de presentación para la píldora:

- a. Sobre o paquete con 21 pastillas activas (no se toman píldoras durante 7 días).
- b. Sobre o paquete con 28 píldoras: 21 pastillas activas y 7 inactivas de diferente color que no contienen hormonas y que sirven como recordatorio (intervalo sin hormonas).

Mecanismo de Acción.

La administración de estrógeno y progestágeno puede interferir con la fertilidad de diversas maneras principalmente inhiben la ovulación bloqueando la liberación de la hormona foliculoestimulante (FSH) que es el efecto predominante del estrógeno, mientras que la acción continuada de la progesterona permite inhibir la liberación de la hormona luteinizante (LH). En forma secundaria espesas el moco cervical creando un medio hostil creado por la influencia de la progesterona dificultando el paso de los espermatozoides. La protección anticonceptiva está limitada a cada uno de los ciclos en los cuales se ingieren las pastillas en forma correcta y sistemática el retorno de la fertilidad es inmediato a la suspensión del método

Modo de Uso.

En presentación de 21 pastillas, se ingieren una cada día de preferencia a la misma hora seguido de siete días de descanso, sin ingesta de pastillas dependientemente del sangrado menstrual.

En la presentación de 28 pastillas, se ingiere una de estas, que contienen hormonas, diariamente durante días consecutivos, seguido de siete días durante los cuales se ingiere a diario una pastilla que puede contener hierro o solo placebo; debe comenzar el nuevo paquete al día siguiente de terminar el paquete anterior (o sea sin interrupciones) el inicio del método puede ser en cualquier momento en que el proveedor este razonablemente seguro de que la usuaria no esté embarazada

Contraindicaciones: en el postparto las mujeres con lactancia exclusiva, los ACO no deben iniciarse durante los primeros seis meses; No deben usarse en mujeres mayores de 35 años y con factores de riesgo como fumadora, o que padezcan de enfermedades crónicas.

Efectividad.

Muy efectivo cuando se utiliza de manera correcta, durante el primer año de uso tiene una tasa de 0.1 embarazos por cada 100 mujeres.

Conducta a seguir por uso incorrecto del método.

- a. Si la usuaria olvidó tomar una píldora, debe tomarla tan pronto como lo recuerda y continuar con la que le corresponde ese día a la hora acostumbrada
- b. En caso de olvido de dos o más píldoras seguidas se necesita un método de respaldo hasta que la usuaria haya tomado una píldora activa diaria durante siete días.
- c. En caso de que el olvido hay sido en las últimas siete pastillas que llevan hormonas, deberá continuar ininterrumpidamente con un nuevo sobre, obviando el período de descanso o las pastillas sin contenido hormonal.

Uso:

Los anticonceptivos orales combinados pueden ser usados por toda mujer de cualquier edad de procrear, que haya tenido cualquier número de partos, que desee usar el método Y que este razonablemente segura que no está embarazada

Efectos Adversos:

Algunas mujeres pueden presentar: Cefalea, náuseas, mareos, sensibilidad mamaria, irregularidades menstruales, cambios de estado de ánimo.

Anticonceptivos orales con estrógeno tienen riesgo sumamente elevado de tener condiciones cardiovasculares, complicaciones vasculares, trombosis venosa profunda, apoplejía, cardiopatía isquemia, dolor de cabeza intenso con síntomas neurológicos locales.

Anticonceptivos solo de Progestágeno:

Son píldoras que contienen cantidades de un solo tipo de hormona, un progestágeno, que es un compuesto sintético que simula el efecto de la progesterona natural, se caracterizan por su

capacidad de inhibir la ovulación y por su habilidad para sustituir a la progesterona y antagonizar los estrógenos

Descripción o Tipo:

- 17-acetoxi-progestageno (acetato de medroxiprogesterona)
- Norgestrel (dextronorgestrel, levonorgestrel)
- Tres nuevos progestágenos (Norgestimato, desogestrel, gestodeno)

Mecanismo de Acción:

Se puede lograr un efecto anticonceptivo altamente efectivo con progestágenos solos, el mecanismo de acción depende en gran medida de la dosis, con concentraciones bajas de progestágenos la ovulación aparecerá de manera ocasional, concentraciones moderadas los valores basales de hormona foliculoestimulante (HFS) y hormona luteinizante (HL) son normales y puede haber maduración folicular, si las dosis son altas la concentración basal de HFS se reduce, hay menos actividad folicular, menos producción de estradiol y no se presenta el valor máximo de HL a mitad del ciclo.

Los progestágenos actúan permitiendo:

- a. Espesamiento del moco cervical dificultando la penetración de los espermatozoides.
- b. Inhiben especialmente la ovulación en más de la mitad de los ciclos menstruales. No actúan interrumpiendo un embarazo ya existente.
- c. Posibles cambios en el endometrio.

Duración del efecto anticonceptivo:

La protección anticonceptiva depende del uso diario y continuo. Si se omiten 1 o más tabletas el método no es efectivo. Al suspender el método, el retorno a la fertilidad es inmediato.

Efectividad:

Cuando el método se usa de una manera correcta y sistemática, la tasa de embarazo accidental después del primer año de uso es menor al 1%.

Indicación:

Toda mujer de cualquier edad de procrear o que haya tenido cualquier número de partos que:

- a. Desea usar este método anticonceptivo.
- b. No pueda o no deba tomar píldoras que contienen estrógenos.
- c. Este amamantando

Ventajas:

- a. Seguros: las mujeres toman una píldora todos los días sin interrupción, su uso es más fácil de comprender que el de las píldoras combinadas por 21 días.

- b. Eficaces: especialmente para las mujeres en etapa de lactancia a partir de las 6 semanas después del parto.
- c. No interfieren con el acto sexual.
- d. Fáciles de discontinuar.
- e. La fertilidad regresa inmediatamente.
- f. Tienen efectos beneficiosos que no se relacionan con la anticoncepción, el riesgo de sufrir efectos secundarios (tales como el acné o el aumento de peso) derivados del progestágeno es aún menor que con los anticonceptivos orales combinados.

Desventajas.

- a. En pocas mujeres, puede ocasionar cambios de temperamento.
- b. Puede causar depresión.
- c. Puede ocasionar disminución en el deseo sexual.
- d. No protege contra enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH. SIDA.

Conducta a seguir por uso incorrecto del método.

En caso de olvido de una o más tabletas se debe adicionar el uso de un método de barrera o abstinencia por 48 horas.

Efectos Adversos:

- a. Sangrado inter menstrual.
- b. Manchado.
- c. Ciclos irregulares.
- d. Náuseas.
- e. Dolor de cabeza.
- f. Sensibilidad mamaria anormal.
- g. Cambios en el estado de ánimo.

Anticonceptivos Inyectables:

Son compuestos inyectables mensuales, bimensuales y trimestrales que contienen estrógenos naturales (a diferencia de los orales que son de tipo sintético) y progestágeno sintético, o solo progestágeno que se usan por vía intramuscular con el objetivo de prevenir temporalmente el embarazo.

Descripción:

Inyectables combinados, inyectables solo de progesterona.

Inyectables combinados contienen:

- a. 5 mg de Valerato de Estradiol más 50 mg de Enantato de Noretisterona.
- b. 5 mg de Cipionato de Estradiol más 25 mg de Acetato de Medroxiprogesterona.
- c. 100 mg de Enantato de Estradiol más 150 mg de Acetofenido de Dihidroxiprogesterona.

Efectividad:

Bajo condiciones correctas y sistemáticas de uso, este método tiene una tasa de riesgos de embarazo accidental al primer año de 1%.

Conducta a seguir por uso incorrecto del método.

Si la usuaria llega después de la fecha asignada, sólo se le dará un período de gracia para la aplicación de tres días. Si llega después de este período debe saber que este atraso aumenta el riesgo de embarazo. Solo es razonable aplicar otra inyección a una mujer que llega después de este período si se está razonablemente segura que la mujer no está embarazada.

Ventajas:

- a. Seguros y sumamente eficaces.
- b. Reversibles fáciles de usar.
- c. No interfieren en el acto sexual.
- d. Tienen efectos beneficiosos que no se relacionan con la anticoncepción.

Efectos secundarios posibles.

En algunas mujeres puede presentar:

- a. Cefalea.
- b. Aumento de peso.
- c. Náuseas.
- d. Sensibilidad mamaria a normal. Irregularidades menstruales.
- e. Cambios en el estado de ánimo.
- f. Amenorrea.

Los Anticonceptivos Inyectables solo de Progestina contienen solamente una progestina sintética y son métodos temporales de larga duración que se aplican cada dos o tres meses, según el tipo de inyectable.

Existen dos formulaciones diferentes, ambos contienen una progestina sintética esterificada:

- 200 mg de Enantato de Noretisterona (NET – EN).
- 150 mg de Acetato de Medroxiprogesterona (DMPA)

Mecanismo de Acción:

Inhibición de la Ovulación. Espesamiento del moco cervical, dificultando la penetración de los espermatozoides. La protección anticonceptiva por el Enantato de Noretisterona se extiende por lo menos a 60 días después de su aplicación. La protección conferida por el acetato de medroxiprogesterona se extiende hasta por lo menos 90 días después de su aplicación.

Efectividad:

Es un método altamente efectivo con una tasa de embarazo accidental después del primer año de uso menor del 1%. Los inyectables pueden ser usados por mujeres de cualquier edad de procrear

o que haya tenido cualquier número de partos y que desee usar este método de anticoncepción. No deben ser utilizados si hay embarazo, sangrado vaginal inexplicado, cáncer mamario actual.

Ventajas:

- a. Sumamente eficaces.
- b. Reversible (la fertilidad se tarda en regresar)
- c. Fáciles de usar.
- d. No interfiere en el acto sexual.
- e. Nadie tiene que saber que se está usando.
- f. No influye en la lactancia materna.

Desventajas:

- a. Retraso en el regreso a la fertilidad.
- b. Requiere administrar una inyección cada ocho o doce semanas.
- c. Puede ocasionar cefalea.
- d. Aumento de la sensibilidad en los senos.
- e. Cambios de humor.
- f. No protege contra enfermedades de transmisión sexual.

Conducta a seguir por uso incorrecto del método:

Si la usuaria no se aplica la inyección en la fecha establecida se recomienda:

En el caso de la inyección de NET-EN con un retraso de hasta 7 días, y en el caso de la inyección de DMPA con un retraso de hasta 14 días, el proveedor puede aplicar la inyección si se está razonablemente seguro que la usuaria no esté embarazada, se recomienda usar método de barrera o abstinencia hasta iniciar un nuevo ciclo o hasta comprobar que no está embarazada.

Efectos Adversos.

- a. Sangrado menstrual irregular.
- b. Amenorrea.
- c. Náuseas.
- d. Vómitos
- e. Ansiedad.
- f. Aumento de peso.
- g. Dolor

Anticonceptivos hormonales transdérmicos:

Son anticonceptivos combinados que contienen estrógenos y progesterona, entre ellos están el parche, implantes y anillo vaginal, liberan esteroides de forma sostenida, lo que produce unas concentraciones séricas relativamente constantes suficientes para evitar la ovulación.

Con los implantes subdermicos que liberan levonorgestrel hay cierta maduración folicular y producción de estrógeno, pero las concentraciones máximas de HL son bajas y la ovulación se inhibe con frecuencia.

La liberación sostenida que aportan los implantes permiten una anticoncepción altamente efectiva, con concentraciones de esteroides bajas.

Otras de las ventajas es que ofrecen una anticoncepción a largo plazo.

2) Anticonceptivos de emergencia:

El uso de esteroides sexuales posterior al coito para prevenir el embarazo se inició en la década de 1960 con la ingesta de estrógenos en altas dosis diarias durante 5 días. Más recientemente el levonorgestrel solo, se convirtió en el método de elección después que la OMS mostrara su superioridad en un ensayo aleatorio con 1988 mujeres. El índice de embarazos fue de 3.2% con estrógenos mas progestágenos, y solo el 1.1% con levonorgestrel para las mujeres tratadas dentro de las 72 horas del coito.

La investigación sugiere que el mecanismo de acción principal es retrasar la ovulación. Se presentaron 7 embarazos en 35 mujeres que fueron tratadas en la ovulación o posterior, por lo que el levonorgestrel poscoito no es abortivo porque solo es efectivo si se administra antes de la ovulación.

3) Dispositivo intrauterino (DIU):

El dispositivo intrauterino es un método a largo plazo, que puede ser usado por mujeres de cualquier edad fértil, nulíparas, en el posparto y en mujeres inmunodeprimidas, existen dos tipos de DIU basados en el contenido de su liberación dentro del aparato reproductor femenino, el T380 de cobre y el T liberador de levonorgestrel.

Mecanismo de acción:

Los DIU provocan la formación de una espuma biológica dentro de la cavidad uterina, que contiene hebras de fibrina, células fagocíticas y enzimas proteolíticas. Todos los DIU estimulan la formación de prostaglandinas dentro del útero, que provoca la contracción del musculo liso y la inflamación. Los DIU de cobre liberan de manera continua una pequeña cantidad de metal, produciendo una respuesta inflamatoria mayor, el ambiente intrauterino alterado interfiere en el paso del esperma a través del útero, impidiendo la fecundación.

El levonorgestrel contenido en el dispositivo es mucho más potente que la progesterona natural y tiene un fuerte efecto en el endometrio. Inicialmente se liberan 20 mcg diarios de la hormona y a los 5 años esta cantidad disminuye a la mitad, el efecto anticonceptivo del levonorgestrel es el resultado del moco vaginal escaso y espeso, de la atrofia endometrial y de la respuesta inflamatoria intrauterina.

La efectividad del DIU ha demostrado un índice de embarazo de solo 0.2 por cada 100 mujeres al año, por lo que es un dato extraordinariamente bajo.

Dentro de los beneficios los DIU modernos proporcionan una anticoncepción excelente sin esfuerzo continuo por parte de la usuaria, tanto el T de cobre y el levonorgestrel protegen contra embarazos ectópicos, se reduce la hemorragia menstrual y los cólicos, los beneficios adicionales no anticonceptivos son la reducción del riesgo de cáncer de endometrio y adenomiosis.

Desventajas:

- Existe riesgo de infecciones, incluyendo la enfermedad inflamatoria pélvica (EPIA).
- No protegen contra enfermedades de transmisión sexual.
- Expulsión y perforación

4) Métodos permanentes.

Esterilización: Es la anticoncepción quirúrgica definitiva, el método más habitual para el control de la natalidad utilizado por las parejas.

La esterilización femenina consiste en la ligadura tubárica bilateral, por vía vaginal, abdominal y laparoscópica.

Se conocen 5 intervenciones para realizarse la ligadura tubárica las cuales son:

- 1-Ligadura tubárica durante una laparotomía para una cesárea u otra cirugía abdominal.
- 2-Minilaparotomía poco después de un parto vaginal
- 3-Minilaparotomía de intervalo
- 4-laparoscopia
- 5-Histeroscopia

La ligadura tubárica, ofrece el método de mayor efectividad con pocos efectos adversos, con la única desventaja de ser irreversible, por lo que las parejas deben de estar completamente seguros de tener la anticoncepción.

La esterilización masculina (vasectomía) al igual que la esterilización femenina es un método altamente efectivo. Se realiza con anestesia local, también debe considerarse un método irreversible.

4) Métodos anticonceptivos de barrera:

Su mecanismo de acción está dado como su nombre lo indica para obstaculizar, dificultar e impedir el paso del espermatozoide hacia la cavidad uterina y trompas de Falopio, y de esta manera evitar la fecundación:

El condón o preservativo masculino es el método de barrera más común. Los preservativos están hechos de látex, poliuretano, y cubiertos con silicona, gel a base de agua o espermicida. Los preservativos se ajustan sobre el pene e impiden que el semen entre a la vagina, además estos permiten reducir la transmisión de enfermedades sexuales (ETS) incluyendo el VIH/SIDA

Condón femenino es un dispositivo delgado que se inserta dentro de la vagina hasta por 8 horas antes de tener una relación sexual. Al igual que los condones masculinos pueden ayudar a evitar el contagio de un ETS o del VIH.

Diafragma es un forro de goma suave que cubre el cuello uterino y sirve para evitar que el esperma llegue al fondo de la vagina. El diafragma se debe retirar en un lapso de 24 horas después de haber tenido relaciones sexuales, puede reducir el riesgo de la ETS.

La Esponja anticonceptiva es una esponja redonda que se coloca en la vagina cerca del cuello cervical antes de tener relaciones sexuales. Ayuda bloqueando que el esperma alcance al cuello cervical. También puede matar al esperma debido a que tiene espermicida. Y puede permanecer en su lugar hasta por 24 horas.

Espermicida vaginal elimina el esperma o evita que alcancen el óvulo. Las diferentes presentaciones son en crema, jalea, espuma, tableta o supositorio vaginal. Los supositorios y tabletas deben insertarse como 30 minutos antes del coito. Las cremas, jaleas y espumas se insertan en la vagina justo antes del coito. El espermicida puede tomar hasta 15 minutos para comenzar a funcionar. Solo proporcionan una barrera por 60 minutos.

6) Métodos anticonceptivos no hormonales o naturales.

Los métodos naturales se basan en el funcionamiento del aparato reproductor del hombre y de la mujer para prevenir el embarazo; por lo tanto, no se emplea ningún mecanismo de protección externo al cuerpo. Por ejemplo, en el caso de la mujer se tienen en cuenta los días fértiles donde se produce la ovulación y hay mayor riesgo de embarazo. En el hombre el control de la eyaculación.

Estos métodos son poco confiables y pueden poner a las personas en riesgo no sólo de un embarazo no deseado sino de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Los métodos naturales son:

Coito interrumpido: consiste en retirar el pene de la vagina y de los genitales externos antes de la eyaculación lo que significa que el semen no quedará dentro de la vagina, aunque es un método practicado en muchas relaciones sexuales su efectividad es menos que los métodos hormonales, provocando desde 4 embarazos por cada 100 mujeres durante el primer año de uso.

El método del Ritmo o calendario: consiste en registrar los ciclos menstruales para identificar cuáles son los días fértiles de la mujer en los que se corre mayor riesgo de embarazo. El método del ritmo implica evitar las relaciones sexuales coitales durante los días fértiles que son los días de la ovulación. Sólo funciona en mujeres con ciclos menstruales regulares.

Lactancia materna (MELA): la lactancia puede usarse como una forma de anticoncepción, y su efectividad depende de las variables individuales. El uso de la anticoncepción durante la lactancia debe tener a consideración su uso si se está dando lactancia materna exclusiva y hay amenorrea. La lactancia inhibe la ovulación mediante el estímulo del neonato a través de la succión, elevándose las concentraciones de prolactina y reduce la secreción de gonadoliberina del hipotálamo reduciendo la liberación de HL por lo que se inhibe la maduración folicular.¹⁴

5. SISTEMA DE HIPÓTESIS

5.1 HIPÓTESIS DE TRABAJO

Hi1: Más del 60% de los adolescentes que consultan en las UCSF Agua Blanca, Jucuapa y San Alejo año 2016 poseen conocimientos aceptables sobre los métodos anticonceptivos.

Hi2: Más del 60% de los adolescentes que consultan en las UCSF Agua Blanca, Jucuapa y San Alejo año 2016 ha usado algún método anticonceptivo en su vida.

5.2 HIPÓTESIS NULA

Ho1: El 60% o menos de los adolescentes que consultan en las UCSF Agua Blanca, Jucuapa y San Alejo año 2016 no poseen conocimientos aceptables sobre los métodos anticonceptivos.

Ho2: El 60% o menos de los adolescentes que consultan en las UCSF Agua Blanca, Jucuapa y San Alejo año 2016 no han usado algún método anticonceptivo en su vida.

5.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR
V1. Conocimientos teóricos sobre los métodos anticonceptivos.	<p>El saber cognitivo que poseen las personas, en la toma de una decisión correcta e informada sobre la gama de anticonceptivos hormonales.</p> <p>Métodos anticonceptivos: Herramienta para la regulación de la fertilidad ya sea de tipo temporal o definitiva, con el objetivo de prevenir el embarazo</p>	Saber que poseen o tienen los adolescentes sobre las utilidades y los posibles efectos colaterales de los métodos anticonceptivos hormonales orales e inyectables	<p>Características sociodemográficas de los adolescentes</p> <p>Métodos anticonceptivos</p>	<p>-Edad -Sexo -Escolaridad -Religión. -Estado civil</p> <p>Conocimiento general generales: -Que son. -Para que se utilizan. -Anticonceptivos hormonales. -Anticonceptivos de barrera. -Anticonceptivos subdermicos. -Anticonceptivos naturales</p>

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR
			<p>Ventajas de los métodos anticonceptivos.</p> <p>Desventajas de los métodos anticonceptivos.</p>	<p>-Prevención del embarazo. -Métodos que previenen las enfermedades de transmisión sexual. (ETS) -Regulación de los ciclos menstruales.</p> <p>-Métodos que no previenen las ETS. -Efectos adversos como cefalea, sangrado, dolor.</p>

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR
<p>V2 Uso correcto de los métodos anticonceptivos.</p>	<p>El saber que poseen los adolescentes sobre la forma correcta de utilizar los anticonceptivos para impedir la fecundación.</p>	<p>El saber teórico que tienen los adolescentes sobre la utilización correcta de los métodos anticonceptivos apegada a las indicaciones del uso sin ningún error y obtener los resultados esperados.</p>	<p>Uso de los métodos anticonceptivos.</p>	<p>-Dosis correcta. -Forma de administración. -Tiempo de protección -Momento de administración. .</p>

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 TIPO DE ESTUDIO

El estudio que se realizó fue de tipo Descriptivo y Transversal.

Descriptivo:

Porque se identificó el conocimientos y uso de los métodos anticonceptivos en la prevención del embarazo en los adolescentes, es decir como se ha venido manifestando dicho fenómeno y se establecieron las frecuencias con que los emplean los adolescentes de 10 a 19 años que consultan en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Agua Blanca, Morazán; Jucuapa, Usulután; San Alejo, La Unión. Año 2016.

Transversal:

Porque se realizó en un momento dado y se estudiaron las variables sobre el conocimiento y el uso de los métodos en los adolescentes de 10 a 19 años que consultaron en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Agua Blanca, Morazán; Jucuapa, Usulután; San Alejo, La Unión. Año 2016, en el periodo de junio a julio, haciendo un corte en el tiempo, sin darle seguimiento posterior al estudio de estas variables.

6.2 ÁREA DE ESTUDIO

El área de estudio de esta investigación fueron los adolescentes de 10 a 19 años que consultaron en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Agua Blanca, Morazán; Jucuapa, Usulután; San Alejo, La Unión. Año 2016

6.3. POBLACIÓN

La población estudiada fue calculada según el Plan Operativo Anual 2016 para cada uno de los establecimientos, en base a los controles subsecuentes de adolescentes de 10 a 19 años de edad programados para junio y julio de 2016. Los adolescentes que se tomaron como población, en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Agua Blanca, Morazán, fueron 64; de Jucuapa, Usulután 304; y de San Alejo, La Unión 178; haciendo un total de 546 adolescentes.

6.4 MUESTRA

Se calculó muestra en las UCSF de Jucuapa y San Alejo, puesto que sus poblaciones sobrepasan los 150 individuos, en consonancia con lo anterior, en la UCSF Agua Blanca, toda la población se tomó como muestra.

Para calcular la muestra se utilizó la fórmula, para poblaciones finitas la cual es:

$$n = \frac{Z^2 \cdot pqN}{(N-1)E^2 + Z^2 pq}$$

Donde:

- n = Tamaño de la muestra
- P = Probabilidad de ser incluida en la muestra que es de 0.5
- q = Probabilidad de no ser incluida en la muestra que es de 0.5
- E = Nivel de margen de error muestral que tiene un valor de 0.05
- Z = Nivel de confiabilidad que es igual a 1.96
- N = Población
- N - 1 = Población menos 1

Aplicación de la fórmula en la UCSF Jucuapa

$$n = \frac{Z^2 \cdot pqN}{(N-1)E^2 + Z^2 pq}$$

Sustitución de datos:

$$n = \frac{(1.96 * 1.96)|(0.5)(0.5)(304)}{(304 - 1)0.0025 * (1.96 * 1.96)(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{291.96}{(303)0.0025 + 0.96}$$

$$n = \frac{291.96}{0.7575 + 0.96}$$

$$n = \frac{291.96}{1.72}$$

$$n = 169.74$$

n= 170 adolescentes, es la muestra para la investigación en Jucuapa.

Aplicación de la fórmula en la UCSF San Alejo:

$$n = \frac{Z^2 \cdot pqN}{(N-1)E^2 + Z^2 pq}$$

Sustitución de datos:

$$n = \frac{(1.96 * 1.96)|(0.5)(0.5)(178)}{(178 - 1)0.0025 * (1.96 * 1.96)(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{170.95}{(177)0.0025 + 0.96}$$

$$n = \frac{170.95}{0.4425 + 0.96}$$

$$n = \frac{170.95}{1.40}$$

$$n = 122.1$$

n= 122 adolescentes, es la muestra para la investigación en San Alejo.

6.5 CRITERIOS PARA ESTABLECER LA MUESTRA

6.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Usuarios de ambos sexos cuya edad está comprendida entre los 10 y los 19 años de edad, con el consentimiento de los encargados para participar en el estudio. (menores de edad)
- Adolescentes que consultaron y pertenecían a las comunidades de Agua Blanca, Morazán; Jucuapa, Usulután; San Alejo, La Unión. Año 2016.
- Adolescentes embarazadas que consultaron o pertenecían a las comunidades de Agua Blanca, Morazán; Jucuapa, Usulután; San Alejo, La Unión. Año 2016.

6.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Adolescentes de 10 a 19 que no quisieron participar en la entrevista.
- Adolescentes cuyos encargados no permitieron que participara en la entrevista.
- Adolescentes 10 a 19 años con déficit cognitivo.

6.6 TIPO DE MUESTREO

El muestreo que se utilizó es el muestreo no probabilístico de tipo intencional selectivo debido a que se estudiaron los adolescentes de las unidades comunitarias de Agua Blanca, Morazán;

Jucuapa, Usulután; San Alejo, La Unión; que consultaron en los meses de junio y julio del año 2016, y que cumplieron los criterios de inclusión.

6.7 TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS.

La técnica que se utilizó para la recolección de datos en la investigación fue la encuesta, con la cual se obtuvo información objetiva y veraz, la cual se recopiló de los adolescentes de 10 a 19 años que consultaron en las unidades de salud.

Para recolectar la información los investigadores realizaron la encuesta, en un lugar privado y seguro, con el fin de proporcionar privacidad a los encuestados, obteniendo de esta forma información precisa y objetiva.

6.8 INSTRUMENTO

El instrumento que se aplicó fue el cuestionario, con el objetivo de obtener información la cual fundamenta la investigación y permitió comprobar la hipótesis en estudio. Se utilizó un consentimiento informado (ver anexo 2) el cual se explicó a los adolescentes, luego se recolectaron los datos. El instrumento consta de 33 preguntas cerradas y se organiza en cuatro apartados, en el primer apartado se realizó la caracterización sociodemográfica de la población en estudio, en el segundo apartado se colocaron las alternativas de acuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo y en desacuerdo utilizando la Escala de Likert, en los siguientes apartados se utilizarán las alternativas SI y No. Se explicó cada ítem por el investigador, se aclararon dudas surgidas al momento de la aplicación de los instrumentos.

Nº DE PREGUNTAS CORRECTAS	INTERPRETACIÓN
0-4	NO TIENE CONOCIMIENTO
5-8	POCO CONOCIMIENTO
9-13	CONOCIMIENTO ACEPTABLE
14-17	MUY ACEPTABLE
18-22	EXCELENTE CONOCIMIENTO

6.9 PROCEDIMIENTO

6.9.1 PLANIFICACIÓN

Convocados a la Facultad Multidisciplinaria Oriental, por la Coordinadora de Proceso de Graduación de Doctorado en Medicina, y por el Jefe de Departamento de Medicina, para apertura

y presentar la programación establecida para el Ciclo I y II, del año 2016, correspondiente a la elaboración de Tesis. (Ver anexo 3)

En dicha reunión se establecieron las fechas para presentar cada apartado de este trabajo, además de la conformación de los grupos de investigación, asimismo se solicita la asignación de un docente asesor que conduzca el proceso de la investigación. Luego comenzaron las capacitaciones generales a todo el grupo de investigadores.

Se estableció el presupuesto de los gastos de la realización de la investigación. (Ver anexo 4).

Posterior a la elaboración del perfil, se procedió a completar el protocolo de la investigación, una vez completado el mismo, incluido el instrumento, se procedió a la recolección de los datos en los adolescentes consultantes en los establecimientos, previa validación del documento.

6.9.2 EJECUCION

6.9.2.1 VALIDACION DEL INSTRUMENTO

Para validar el estudio se aplicó un instrumento a 20 adolescentes que consultaron y que cumplieron con los requisitos y condiciones del estudio, es decir que consultaron en las unidades de salud y que tuvieran edades entre 10 y 19 años, además estos adolescentes no formaron parte de la muestra.

Dicha prueba se realizó con el propósito de depurar la encuesta y corregir posibles errores que se pudieran encontrar en el instrumento, para posteriormente corregirlas, a la vez permitió conocer el tiempo que se necesitaría para cada aplicación del instrumento por usuario.

6.9.2.2 RECOLECCION DE DATOS

Para la recolección de los datos los investigadores se presentaron a las Unidades comunitarias de Salud Agua Blanca, Morazán; Jucuapa, Usulután; San Alejo, La Unión. Con la encuesta, la cual se realizó previo al consentimiento informado a cada uno de los adolescentes que reunían los requisitos del estudio, (ver anexo 5) la cual se llevó a cabo de lunes a viernes, hasta completar las 356 encuesta, las cuales fueron efectuadas por los tres investigadores.

Las encuestas están distribuidas de las siguientes maneras:

UCSF Agua Blanca:	64
UCSF Jucuapa:	170
UCSF San Alejo:	122
Total:	356

6.10.3 PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

1. Plan de Tabulación de Datos:

Recolectados los datos, se inició el procesamiento y tabulación de los mismos, cuantificándose manualmente, por la técnica de palotes, además se plasmaron todos los resultados en cuadros y graficas de barra. El análisis se realizó seleccionando los valores más relacionados con las variables en estudio. Para presentar los datos se hizo uso de una tabla simple (Ver anexo 6) y se realizó su respectiva interpretación y análisis de datos.

2. Análisis de Datos:

El análisis que se realizó a los datos fue cualitativamente según las variables en estudio, también se tomaron en cuenta los porcentajes obtenidos en cada pregunta para poder rechazar o aceptar las hipótesis planteadas en la investigación, los datos se analizaron aplicando el método estadístico porcentual el cual reflejo los datos obtenidos en cada pregunta. Además se estableció una escala de conocimiento basada en la cantidad de respuestas obtenidas. (Ver anexo 7)

3-Análisis de Hipótesis

Para el análisis de las hipótesis se tomó en cuenta lo siguiente:

1. Se aceptó la hipótesis del trabajo si la media aritmética porcentual que se obtuvo fue mayor o igual al 60% indicando que las adolescentes poseen conocimiento.
2. Se aceptó la hipótesis nula si la media aritmética porcentual que se obtuvo fue menor al 60% indicando que los adolescentes no poseen conocimientos sobre las variables en estudio.

6.10 CONSIDERACIONES ETICAS.

Aspectos Éticos de la Investigación:

Tomando como base que todo investigador debe resguardar los derechos y el respeto a la persona; en esta investigación se tomaron en cuenta los principios básicos de beneficencia, respeto a la dignidad humana y la justicia.

Beneficencia:

El objetivo primordial es no causar daño por lo tanto se informó a los adolescentes que no se les expondrá a experiencias que resultaran en daños graves o permanentes.

Respeto a la Dignidad Humana:

Se aplicó y explico a los participantes que tendrían derecho a decidir voluntariamente si participarán o no en el estudio sin el riesgo de exponerse a represalias a un trato prejudicado, dicho principio fue aplicado a través del consentimiento informado. (Ver anexo 5)

Justicia:

Los participantes fueron tratados de manera justa y equitativa antes, durante y después de su participación, así mismo se les explico que la información obtenida durante el estudio se mantuvo en la más estricta confidencialidad lo cual se pretende lograr a través del anonimato en el cuestionario.

Honestidad:

Los datos incluidos en la investigación son verdaderos con el objetivo de conocer la realidad de los y las adolescentes, que participaron en el estudio.

7. RESULTADOS

7.1 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN.

TABLA 1. CARACTERIZACIÓN SEGÚN ETAPA DE LA ADOLESCENCIA Y GÉNERO.

Etapas de la adolescencia	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Adolescencia temprana (10-13 años)	30	8.4	38	10.7	68	19.1
Adolescencia intermedia (14-16 años)	66	18.5	87	24.4	153	43.0
Adolescencia tardía (17-19 años)	84	23.6	51	14.3	135	37.9
Total	180	50.6	176	49.4	356	100.0

Fuente: Cuestionarios de la población adolescente en estudio.

ANÁLISIS:

La tabla 1, muestra que, en cuanto al género, la distribución fue equitativa, ya que señala un 50.6% de participantes del género masculino, y 49.4% del género femenino, con una diferencia absoluta de solamente 4 participantes.

En cuanto a las etapas, la mayor participación se encontró en la población adolescente entre 14 y 16 años con 43%, seguidos de los adolescentes entre 17 y 19 años con un 37.9%, la menor participación fue de la población adolescente entre 10 y 13 años, con 19.1%, nada despreciable.

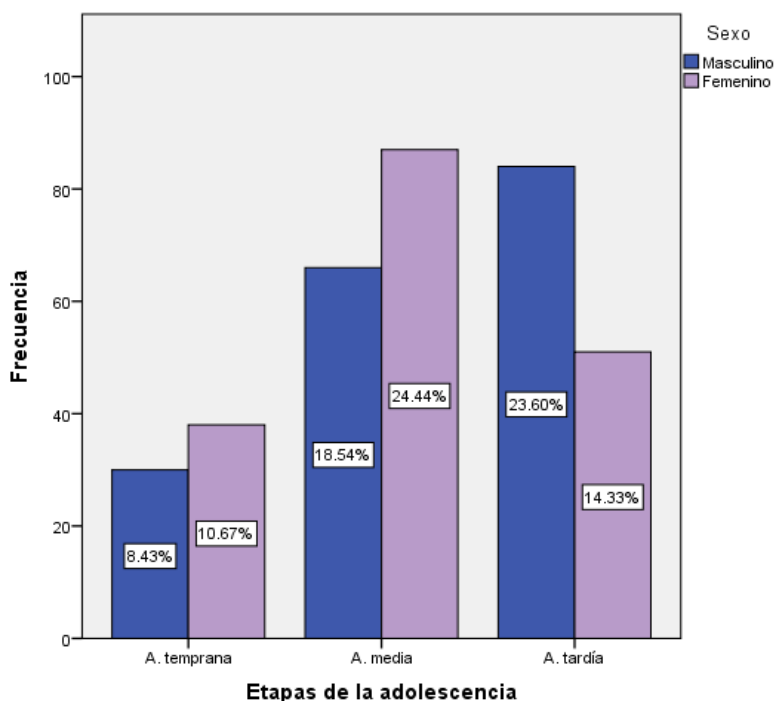
Por otro lado, relacionando ambas variables, se destacan las mayores participaciones entre las señoritas, de edades intermedias, con 24.4% de la muestra total, y de entre los varones, los que se encuentran al final de la adolescencia, con un 23.6% del total de participantes.

INTERPRETACIÓN:

A partir de esta tabla, es posible señalar la igualdad de género en cuanto a la participación, en investigaciones que, por el tabú cultural, en otros tiempos, las señoritas se auto excluían de participar.

Además, la adecuada representatividad de géneros, permite hacer una mejor evaluación de los resultados, sin declinarse hacia un sexo, por su menor participación. En cuanto a las edades, existe una menor participación de la población adolescente, comprendidos entre los 10 y 13 años, a pesar de ser el rango de edad más amplio, pero se respetó la voluntad de los mismos, y algunos se rehusaron a participar, por timidez, u otras razones. En el resto de edades, la distribución es bastante homogénea, y permite hacer valoraciones e interpretaciones amparadas por una buena muestra.

GRAFICO 1. CARACTERIZACIÓN SEGÚN ETAPA DE LA ADOLESCENCIA Y GÉNERO.



Fuente: Tabla 1

TABLA 2. NIVEL EDUCATIVO SEGÚN ÁREA DE PROCEDENCIA DE LOS ADOLESCENTES.

Nivel educativo	Procedencia					
	Urbano		Rural		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Ninguno	0	0.0	12	3.4	12	3.4
Básica	58	16.3	153	43.0	211	59.3
Bachillerato	95	26.7	37	10.4	132	37.1
Universitario	1	0.3	0	0.0	1	0.3
Total	154	43.3	202	56.7	356	100.0

Fuente: Cuestionarios de la población adolescente en estudio.

ANÁLISIS:

Como punto destacado, solamente el 3.4 % de la población encuestada, no poseen estudios académicos, además, señalar que la totalidad de los mismos son procedentes del área rural.

El 59.3 %, es decir el mayor porcentaje, cuenta con nivel básico de educación, la mayor parte de ellos proceden del área rural, por el contrario, la mayor cantidad de estudiantes de bachillerato son del área urbana con un 26.7% frente a un 10.4% del área rural.

Es preocupante notar que solamente 1 participante cuenta con educación universitaria, representando un 0.3% de la muestra, y es procedente del área urbana. En el rubro de procedencia, la mayor participación es del área rural, con un 56.7% de la población adolescentes, contra el 43.3% de los adolescentes que habitan en zona urbana.

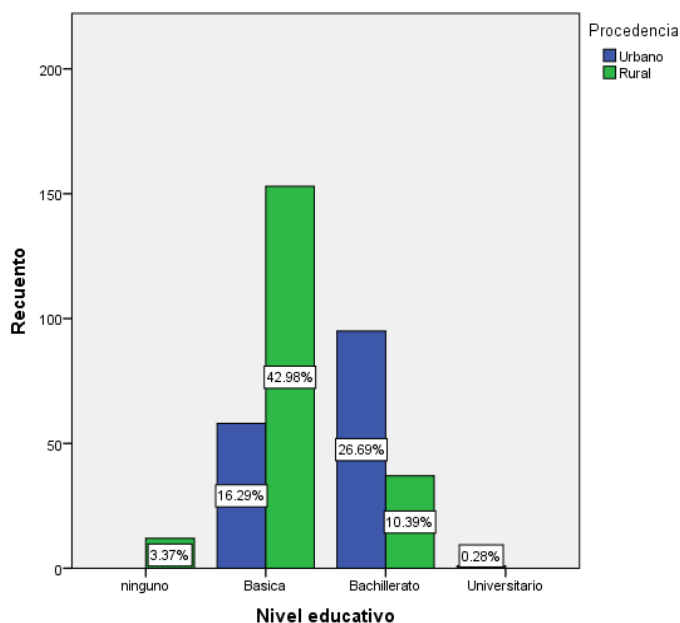
INTERPRETACIÓN:

Se observa que la población adolescente es en su mayoría del área rural, puesto que la UCSF Agua Blanca está ubicada en el área rural, y en el municipio de San Alejo, el 75% de la población habita en el área rural, eso explicaría la mayor participación.

Además, al hacer la relación procedencia – nivel educativo, se observa que en general la población adolescente del área rural tienen menor nivel educativo que los del área urbana, podría explicarse por la inaccesibilidad geográfica, además de que los cantones no cuentan en ocasiones con tercer ciclo o bachillerato.

En cuanto a la tabla 2, también puede señalarse, que la mayoría de la población encuestada posee un nivel básico de educación, por otro lado, la población con educación universitaria consulta con poca frecuencia los establecimientos, y eso explicaría la poca muestra de ellos.

GRÁFICO 2: NIVEL EDUCATIVO SEGÚN ÁREA DE PROCEDENCIA DE LOS ADOLESCENTES



Fuente: Tabla 2

TABLA 3. ESTADO FAMILIAR DE LOS ADOLESCENTES, SEGÚN SU GÉNERO

Estado Familiar	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Soltero	161	45.2	157	44.1	318	89.3
Casado	1	0.3	0	0.0	1	0.3
Unión estable	18	5.1	19	5.3	37	10.4
Total	180	50.6	176	49.4	356	100.0

Fuente: Cuestionarios de la población adolescente en estudio.

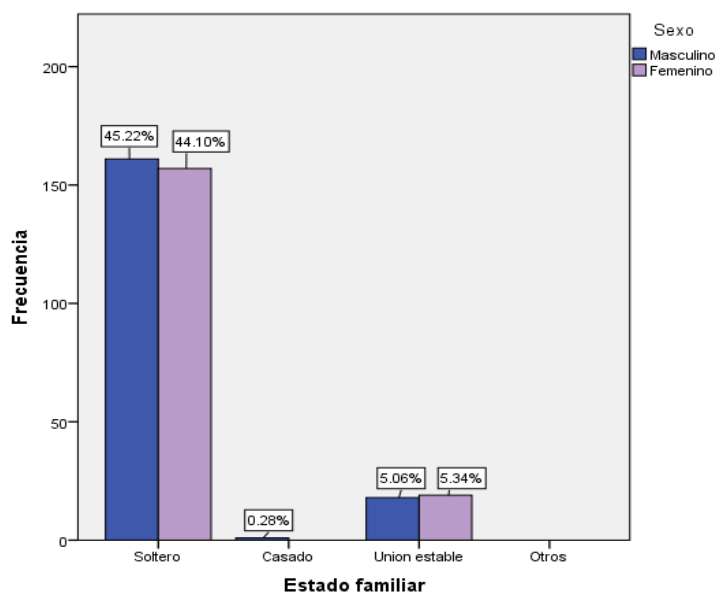
ANÁLISIS:

En la anterior tabla, se evidencia que la mayoría de la población adolescente que participó en la encuesta, su estado familiar es soltero con una distribución equitativa para ambos sexos, de ellos el 45.2% son masculinos y el 44.1% son femeninos. En la población en unión estable se aprecia una distribución igualitaria con 5.1% del género masculino y un 5.3% del género femenino, con la diferencia absoluta de 1.

INTERPRETACIÓN:

La mayor parte de la población adolescente es decir 9 de cada 10 están solteros, lo que refleja una flexibilidad en las costumbres de los pueblos, puesto que más adelante se evidencia que un buen porcentaje de ellos, tiene vida sexual activa, pero sin compromisos legales. Llama la atención que de 38 adolescentes que manifiestan tener pareja solo uno está casado, poniendo en evidencia que en la adolescencia los jóvenes no se sienten atraídos por el compromiso.

GRAFICO 3: ESTADO FAMILIAR DE LOS ADOLESCENTES SEGÚN SU GÉNERO.



Fuente: Tabla 3.

TABLA 4: RELIGION DE LOS ADOLESCENTES SEGÚN SU PROCEDENCIA.

Religión	Procedencia					
	Urbano		Rural		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Ninguna	33	9.3	78	21.9	111	31.2
Católica	98	27.5	85	23.9	183	51.4
Evangélica	23	6.5	39	11.0	62	17.4
Total	154	43.3	202	56.7	356	100.0

Fuente: Cuestionarios de la población adolescente en estudio.

ANÁLISIS:

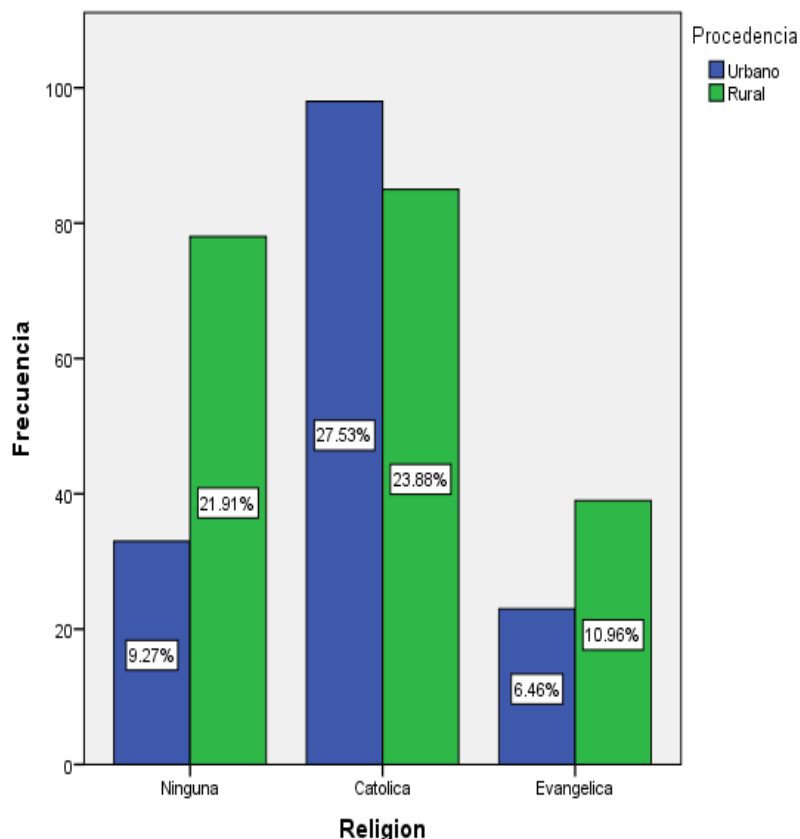
En relación a la religión que practican los adolescentes, la tabla 4 muestra que el 27.5% del área urbana, y el 23.9% del área rural profesan la fe católica, el 6.5% del área urbana son evangélicos, y el 11% del área rural. Se muestra que un buen porcentaje de la población no practica ninguna religión aproximadamente 1 de cada 3, con predominio del área rural con el 21.9%, dato que puede sostenerse al revisar además los valores absolutos.

INTERPRETACIÓN:

Es notorio, que la Iglesia Católica predomina en ambos sectores tanto en el urbano como en el rural, confirmando la tradición religiosa de El Salvador, aunque cabe señalar que en el sector rural, la indiferencia ante algún credo casi se equipara con los que profesan la religión católica. Esto confirmaría la flexibilidad en cuanto a los patrones culturales, de compromiso con el matrimonio, evidenciados en tablas anteriores.

Hay establecimientos, donde las diferencias entre iglesias evangélicas y católica se aumenta, tal es el caso de San Alejo, donde la población es eminentemente católica.

GRAFICO 4: RELIGION DE LA POBLACION ADOLESCENTE SEGUN SU PROCEDENCIA.



Fuente: Tabla 4.

7.2 CONOCIMIENTO SOBRE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS.

TABLA 5: NIVEL DE CONOCIMIENTO POR UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR.

Nivel de conocimiento	Unidad Comunitaria de Salud Familiar							
	Agua Blanca		Jucuapa		San Alejo		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Nada	4	6.3	13	7.6	2	1.6	19	5.3
Poco	16	25.0	27	15.9	24	19.7	67	18.8
Aceptable	24	37.5	58	34.1	69	56.6	151	42.4
Muy aceptable	18	28.1	53	31.2	25	20.5	96	27.0
Excelente	2	3.1	19	11.2	2	1.6	23	6.5
Total	64	100.0	170	100.0	122	100.0	356	100.0

Fuente: Cuestionarios de la población adolescente en estudio.

ANÁLISIS:

Al observar, de manera general, el nivel de conocimiento de la población en estudio, se encuentra a predominio de nivel aceptable con un 42.2%, se encuentra un 27% en nivel muy aceptable y una minoría de 6.5% con nivel de conocimiento excelente.

Al revisar los datos por cada establecimiento de salud, en Agua Blanca, en las tres áreas más sobresalientes, el mayor porcentaje de la población adolescente cuenta con nivel de conocimiento aceptable, con el 37.5%, y el 28.1% posee un conocimiento muy aceptable, y un 25.0% posee poco conocimiento.

En Jucuapa, los porcentajes correspondientes a aceptable y muy aceptable, son bastantes cercanos, presentando un 34.1% y un 31.2%, respectivamente, y un rubro que sobresale al compararlos con otros establecimientos es el nivel excelente, con 11.2%

Por otro lado, la población adolescente, en San Alejo, más de la mitad de ellos, el 56.6% tienen un conocimiento aceptable, mientras que el porcentaje de poco nivel de conocimiento y de muy aceptable son prácticamente iguales, con un 19.7% y 20.5% respectivamente.

INTERPRETACIÓN:

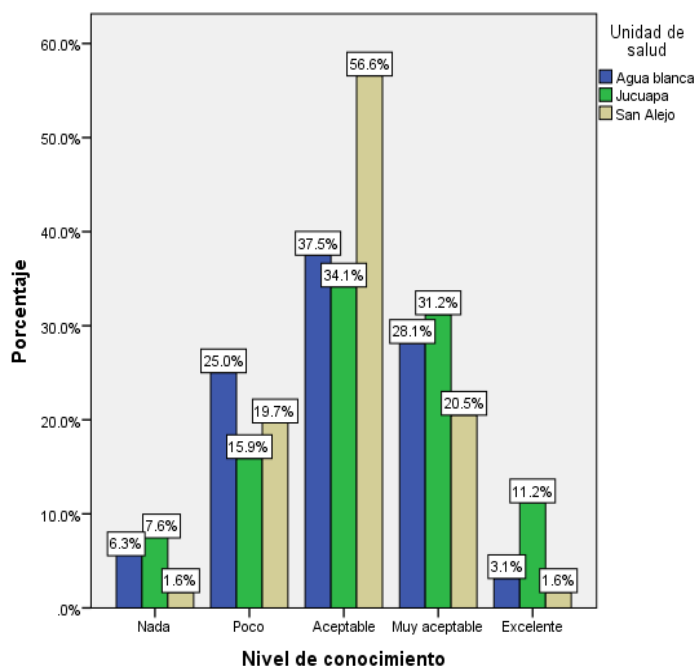
Al analizar toda la población encuestada, cerca de un 75%, de los adolescentes, se encuentran con un nivel de conocimiento aceptable, muy aceptable y excelente, dicho dato contribuye al análisis de la hipótesis, puesto que se espera que un 60% de ellos tengan un conocimiento adecuado.

En la UCSF Agua Blanca, los porcentajes, tienen una tendencia a aceptable, que presenta el mayor de todos los niveles, pero además este establecimiento posee un mayor porcentaje de conocimiento de poca calidad, ya que un 31.3% posee poco o nada de conocimiento, más que las otras poblaciones restantes.

En la UCSF Jucuapa, se denota mejor calidad en el conocimiento, puesto que, existe un buen porcentaje de población adolescente con conocimiento muy aceptable y excelente, más que otro establecimiento.

Y en UCSF San Alejo, más de la mitad de la población encuestada, posee conocimiento aceptable, en general, cerca de un 77%, tiene un conocimiento de aceptable a excelente, aunque no tiene, un conocimiento de calidad, es el establecimiento que mayor conocimiento adecuado posee.

GRÁFICO 5. NIVEL DE CONOCIMIENTO POR UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR



Fuente: Tabla 5.

TABLA 6: NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA.

Nivel de conocimiento	Etapas de la adolescencia							
	Adolescencia temprana		Adolescencia intermedia		Adolescencia tardía		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Nada	11	16.2	8	5.2	0	0.0	19	5.4
Poco	18	26.5	23	15.0	26	19.3	67	18.8
Aceptable	34	50.0	68	44.4	49	36.3	151	42.4
Muy aceptable	5	7.4	47	30.7	44	32.6	96	27.0
Excelente	0	0.0	7	4.6	16	11.9	23	6.5
Total	68	100.0	153	100.0	135	100.0	356	100.0

Fuente: Cuestionarios de la población adolescente en estudio.

ANÁLISIS:

Se realiza la evaluación porcentual del nivel de conocimiento, en cada columna, las cuales corresponden a las etapas de la adolescencia, y se detalla que en la adolescencia temprana, los 3 porcentajes más representativos, son: Aceptable, en un 50%, Poco, un 26.5% y Nada, representa 16.2%, en todos los niveles mencionados, son el mayor porcentaje en comparación con las otras etapas. Al analizar la adolescencia intermedia, los porcentajes se distribuyen también en los niveles intermedios de conocimiento, con un 44.4% en nivel Aceptable, con 30.7% en Muy aceptable, y un 15% en poco.

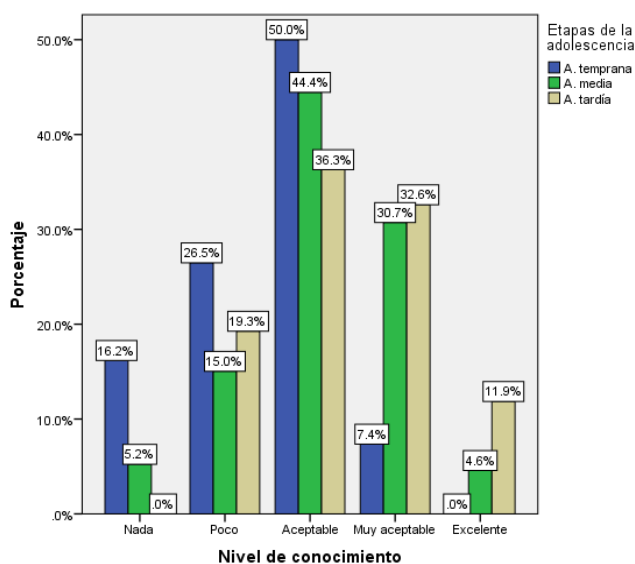
Y en la adolescencia tardía, el mayor porcentaje se encuentra en nivel de conocimiento Aceptable, con 36.3%, y en segundo lugar, con 32.6%, en el nivel muy aceptable, y llama la atención que aunque el nivel Excelente, tiene un porcentaje bajo de 11.9% de los adolescentes comprendidos en esta etapa, es mucho mayor que en el resto etapas.

INTERPRETACIÓN:

Al revisar las estadísticas de la población adolescente temprana, se observa además que la calidad del conocimiento es predominantemente bajo, en comparación con las otras etapas. Al pasar a la etapa intermedia, se reducen los que no saben nada y comienzan a aumentar los de nivel de conocimiento muy aceptable, por ende la calidad del conocimiento se ve mejorada.

Aunque la distribución es muy similar en la adolescencia tardía como intermedia, pero es evidente que hay mayores porcentajes de nivel de conocimientos excelentes, en la adolescencia tardía, lo cual únicamente, señala una mejor calidad del conocimiento y que es directamente proporcional al nivel educativo, según lo vaciado en las tablas.

GRÁFICO 6: NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA.



Fuente: Tabla 6

TABLA 7. NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN EL SEXO

Nivel de conocimiento	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Nada	2	1.1	17	9.7	19	5.3
Poco	46	25.6	21	11.9	67	18.8
Aceptable	66	36.7	85	48.3	151	42.4
Muy aceptable	50	27.8	46	26.1	96	27.0
Excelente	16	8.9	7	4.0	23	6.5
Total	180	100.0	176	100.0	356	100.0

Fuente: Cuestionarios de la población adolescente en estudio.

ANALISIS:

Se describe en la tabla 7, el nivel de conocimiento que la población adolescente posee según su género, y en ambos sexos, la mayor parte de ellos tiene un conocimiento aceptable, entre las mujeres, representa un 36.7% y en los hombres un 48.3%.

Se observa que un mayor porcentaje de hombres que de mujeres posee un conocimiento excelente, con 8.9% versus 4.0%, respectivamente.

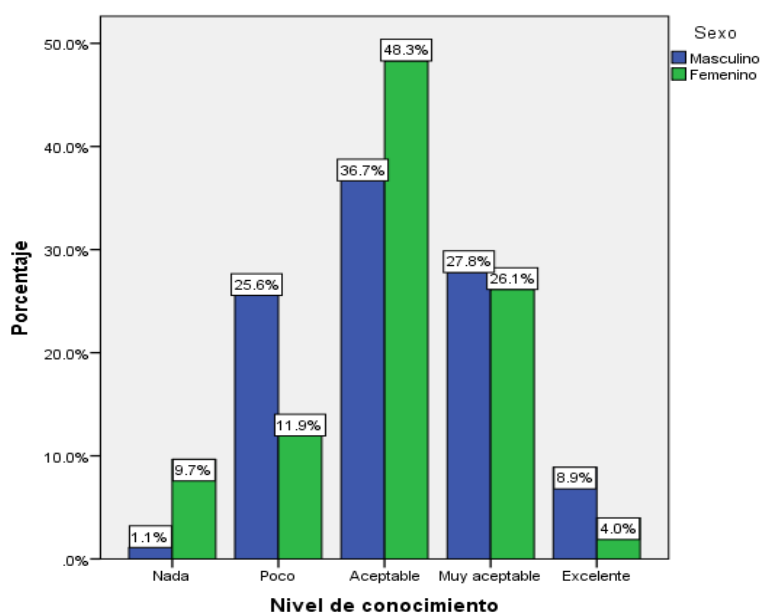
Otra cifra desfavorable y significativa, es el 25.6% de hombres que poseen poco conocimiento, cifra que contrasta con el 11.9% de mujeres con poco conocimiento. El otro contraste es que las mujeres con conocimiento nulo, aunque no es un porcentaje tan significativo, pues es el 9.7% de las mismas, pero es mucho más alto al compararlo con la población masculina, que sólo es el 1.1%.

INTERPRETACION:

Es importante señalar que la población posee mayormente un conocimiento aceptable, ya que representan entre ambos sexos un 42.4%. Al hacer la revisión por sexo, se denota que la población con mayor conocimiento, es decir de aceptable a excelente, es la población femenina, con un 78.4%, con una diferencia porcentual con el sexo masculino del 5%. Por lo tanto puede establecerse con seguridad, que las mujeres, poseen en un mayor número, un conocimiento aceptable de los métodos anticonceptivos.

Pero al realizar una interpretación más meticulosa del conocimiento muy aceptable y excelente, en la población masculina, se evalúa que es superior a la población femenina, por lo que también es válido señalar, que aunque menor cantidad de hombres tiene un adecuado conocimiento, entre éstos existe más dominio del tema, pues poseen mayor conocimiento, no en cantidad de adolescentes, sino en calidad.

GRAFICO 7. NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN EL SEXO.



Fuente: Tabla 7

TABLA 8. CONOCIMIENTO DE LOS ADOLESCENTES SEGÚN NIVEL EDUCATIVO.

Nivel de conocimiento	Nivel educativo									
	Ninguno		Básica		Bachillerato		Universitario		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Nada	0	0.0	13	6.2	6	4.5	0	0.0	19	5.3
Poco	3	25.0	45	21.3	18	13.6	1	100.0	67	18.8
Aceptable	2	16.7	90	42.7	59	44.7	0	0.0	151	42.4
Muy aceptable	7	58.3	59	28.0	30	22.7	0	0.0	96	27.0
Excelente	0	0.0	4	1.9	19	14.4	0	0.0	23	6.5
Total	12	100.0	211	100.0	132	100.0	1	100.0	356	100.0

Fuente: Cuestionarios de la población adolescente en estudio.

ANÁLISIS:

Debido a la predominancia de población del nivel educativo básico, se decide calcular los porcentajes por niveles educativos. Al revisar la población sin algún nivel educativo, cabe destacar que la mayoría de ellos con un 58.3% poseen un nivel de conocimiento muy aceptable, y un 16.7% con conocimiento aceptable.

Al analizar los procedentes del área básica, se encuentran en su mayoría en nivel aceptable, con un 42.7% de los mismos, luego un 28% con nivel muy aceptable, y un 21.3% con un poco conocimiento de los métodos anticonceptivos.

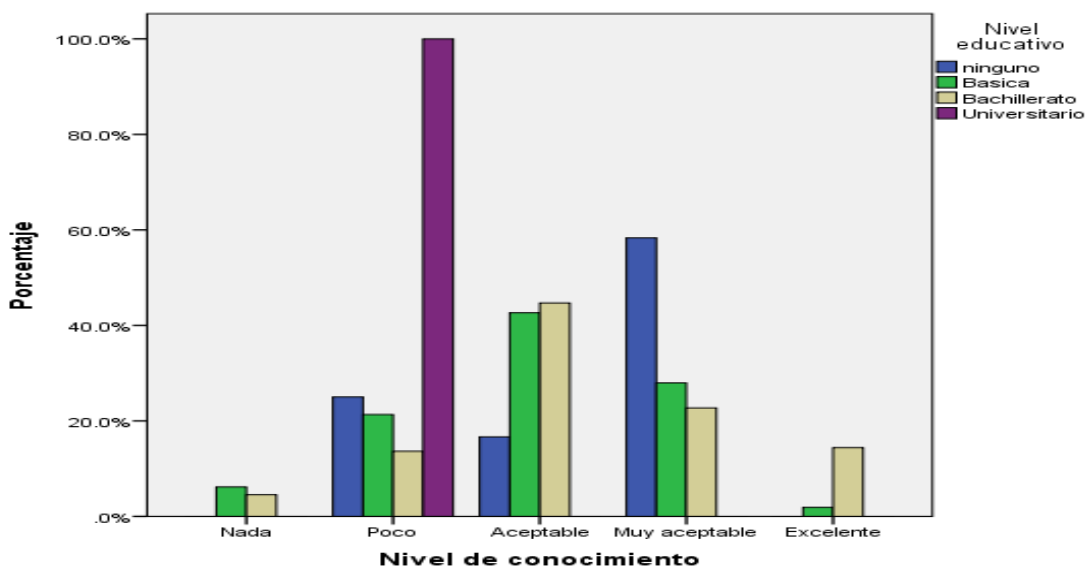
Y entre los adolescentes con nivel académico, en educación media, un 44.7% se encuentran en nivel aceptable, llama a la atención que el 14.4% de ellos, poseen un nivel excelente, es decir la mayoría de los que obtuvieron dicho nivel, son estudiantes de bachillerato.

INTERPRETACION:

Una de las observaciones interesantes, es que el nivel educativo si bien es influyente, no determina el nivel de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, puesto que los que no poseen ningún nivel académico presentan un buen nivel de conocimiento distribuido mayoritariamente entre el nivel aceptable y muy aceptable, lo anterior podría tal vez explicarse, porque la mayoría de ellos, se encuentran en etapa tardía de la adolescencia, y la edad ha demostrado ser muy influyente en el conocimiento de los métodos anticonceptivos.

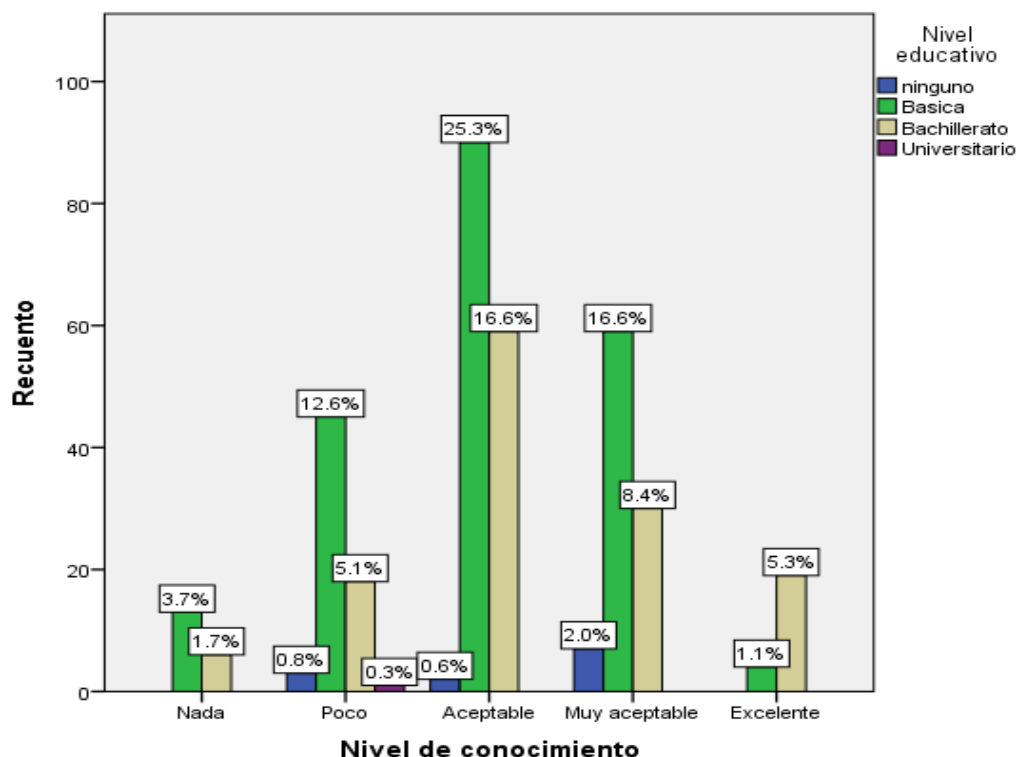
Del mismo modo al valorar el nivel básico, estos poseen mayormente un nivel aceptable de conocimiento, pero aún se observa un buen porcentaje con poco conocimiento, aunque a nivel de bachillerato este se reduce, puesto que hay obviamente un aumento en la población con nivel muy aceptable y excelente, este dato señala, que el nivel académico es determinante no para el nivel de conocimiento, pero sí, para un conocimiento de mayor calidad en los adolescentes.

GRAFICO 8. CONOCIMIENTO DE LOS ADOLESCENTES SEGÚN NIVEL EDUCATIVO.



Fuente: Tabla 8

GRAFICO 9. NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN NIVEL EDUCATIVO.



Fuente: Tabla 8

TABLA 9. FUENTE DE INFORMACION SEGÚN LAS ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA.

	Etapas de la adolescencia							
	A. temprana		A. media		A. tardía		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Padres	8	9.1	31	13.3	35	13.5	74	12.7
Escuela	45	51.1	115	48.9	116	44.8	276	47.4
UCSF	19	21.6	45	19.1	52	20.1	116	19.9
Amigos	13	14.8	35	14.9	52	20.1	100	17.2
Otros	3	3.4	9	3.8	4	1.5	16	2.8
Total	88	100.0	235	100.0	259	100.0	582	100.0

Fuente: Cuestionarios de la población adolescente en estudio.

ANALISIS:

Se realiza la tabla relacionando las distintas fuentes de información según las etapas de la adolescencia, cabe señalar, que en esta pregunta podían elegir más de una opción, es decir, podía marcar tantas veces como fuentes de información tuviese, por eso los totales al final de las

columnas de frecuencia, no reflejan el total de población adolescente, sino el total de opciones marcadas.

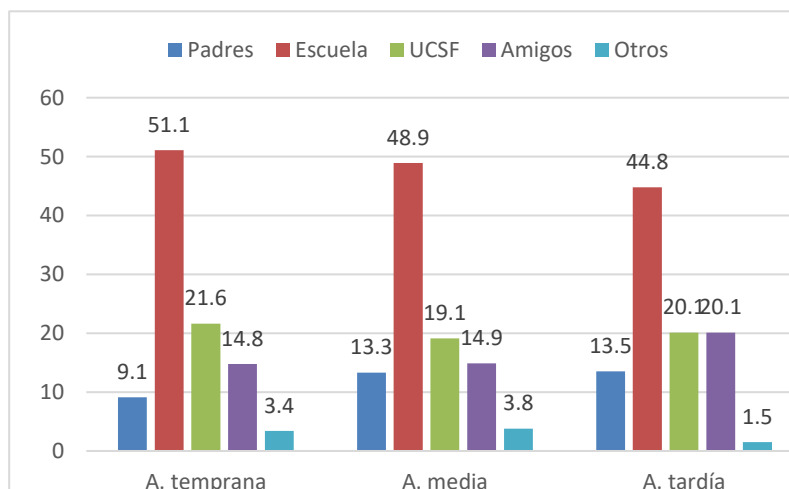
También, los porcentajes fueron calculados tomando como denominador los totales de frecuencia y no la población adolescente de cada etapa, porque algunos adolescentes, marcaron o señalaron hasta 4 opciones, por ende, al realizar las comparaciones entre etapas, saldrían mayores los porcentajes, entre los que marcaron múltiples opciones, y no sería igualitaria la comparación.

Se observa que, en la adolescencia temprana, el 51.1% de las respuestas, señala como fuente de información la escuela, a medida la edad aumenta, este porcentaje disminuye paulatinamente, con 48.9% en la adolescencia media, y un 44.8% en la adolescencia tardía. En contraste con lo anterior, los adolescentes en edad temprana, manifiestan en un 9.1% que su fuente de información son los padres, pero este porcentaje se ve aumentado al aumentar la edad, hasta un 13.5%. En casi todas las etapas, la UCSF, presenta un porcentaje similar que ronda alrededor del 20%, sin variación significativa entre las etapas. Entre las minorías, llama la atención, que solamente alrededor del 3% de las respuestas, señalan otras fuentes de información como internet, videos o revistas.

INTERPRETACION:

A partir de la tabla 9, se puede verificar que la escuela (maestros), se constituyen en la fuente principal de información de la población adolescente, en cuanto a los métodos anticonceptivos, quedando la UCSF, en segundo lugar, y los amigos en tercer lugar. Es tranquilizante señalar, que las fuentes de información predominantes son confiables, la escuela y la UCSF, pero cabe destacar, que la población adolescente, consulta mucho entre los mismos adolescentes, ya sea por curiosidad, o por afinidad hacia sus compañeros, y esto puede generar conocimientos incorrectos, en ellos, puesto que ellos podrían darle mayor validez, a lo señalado por sus amigos. Por otro lado, se evidencia que, en la adolescencia temprana, los padres no están tomando protagonismo en cuanto a la educación sexual de los hijos, dicho porcentaje se ve ligeramente aumentado, según aumenta la edad, lo que podría corresponderse, a que los padres por tabúes culturales, no abordan estos temas a corta edad.

GRAFICO 10. FUENTE DE INFORMACION SEGÚN LAS ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA.



Fuente: Tabla 9

7.3 USO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS.

TABLA 10. ADOLESCENTES CON VIDA SEXUAL ACTIVA SEGÚN SU GÉNERO.

Han iniciado relaciones sexuales	Masculino		Femenino		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
SÍ	141	78.3	107	60.8	248	69.7
No	39	21.7	69	39.2	108	30.3
Total	180	100.0	176	100.0	356	100.0

Fuente: Cuestionarios de la población adolescente en estudio.

ANÁLISIS:

Se realiza esta tabla, a partir de los datos recolectados en la pregunta sobre frecuencia de uso, puesto que únicamente contestaron los que ya han iniciado relaciones sexuales. Esta tabla muestra la población adolescente que ha iniciado relaciones, independientemente de los métodos o frecuencia de uso. Luego en adelante, la población que ha iniciado relaciones sexuales, servirá como denominador para evaluar el uso.

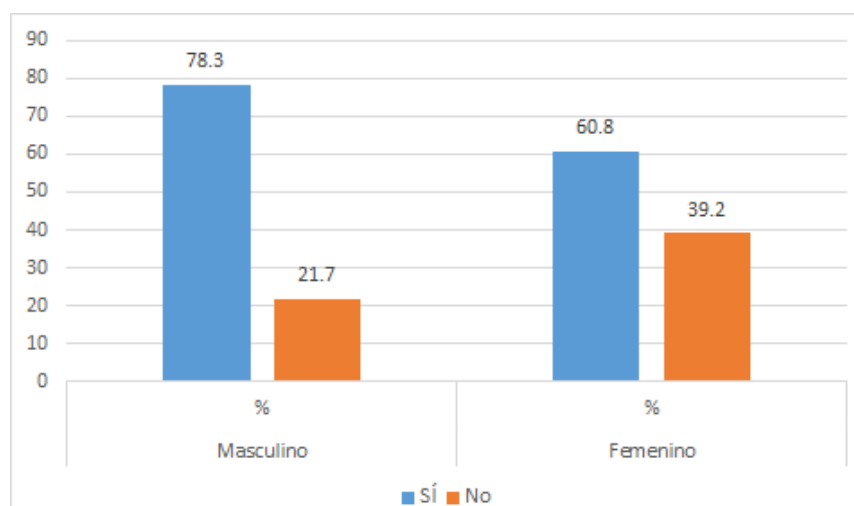
Se destaca que el 78.3%, de la población masculina, es decir 3 de cada 4 adolescentes han iniciado relaciones sexuales, mientras que en la población femenina un 60.8% han iniciado relaciones sexuales, cerca de 2 de cada 4 adolescentes.

INTERPRETACIÓN:

La utilidad de la tabla radica, en que permite conocer la población adolescente, que ha tenido o tiene vida sexual activa, en ambos sexos, los porcentajes de adolescentes con práctica sexuales, en ambos sexos superan el 50%, lo que refleja, que la vida sexual de la población adolescente, es precoz, pues únicamente un tercio de los mismos se encuentran en etapa tardía.

Los datos recolectados en esta tabla, servirán como denominador, para evaluar datos de uso en siguientes tablas. Es evidente que la población masculina, posee mayores experiencias sexuales, como podría esperarse, pero llama la atención que, aunque la población femenina, es menor, pero presenta un buen porcentaje, con un 60.8%, nada despreciable.

GRÁFICO 11. ADOLESCENTES CON VIDA SEXUAL ACTIVA SEGÚN SU GÉNERO.



Fuente: Tabla 10.

TABLA 11. UTILIZACION DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN EL SEXO.

Uso de método anticonceptivo	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
No	90	50.0	159	90.3	249	69.9
Si	90	50.0	17	9.7	107	30.1
Total	180	100.0	176	100.0	356	100.0

Fuente: Cuestionarios de la población adolescente en estudio.

ANALISIS: En la tabla 11 se describe la utilización que la población adolescente hace de los métodos anticonceptivos, se observa que en la población masculina el porcentaje tanto de los han utilizado algún método anticonceptivo como de los que no lo han hecho es de 50.0%.

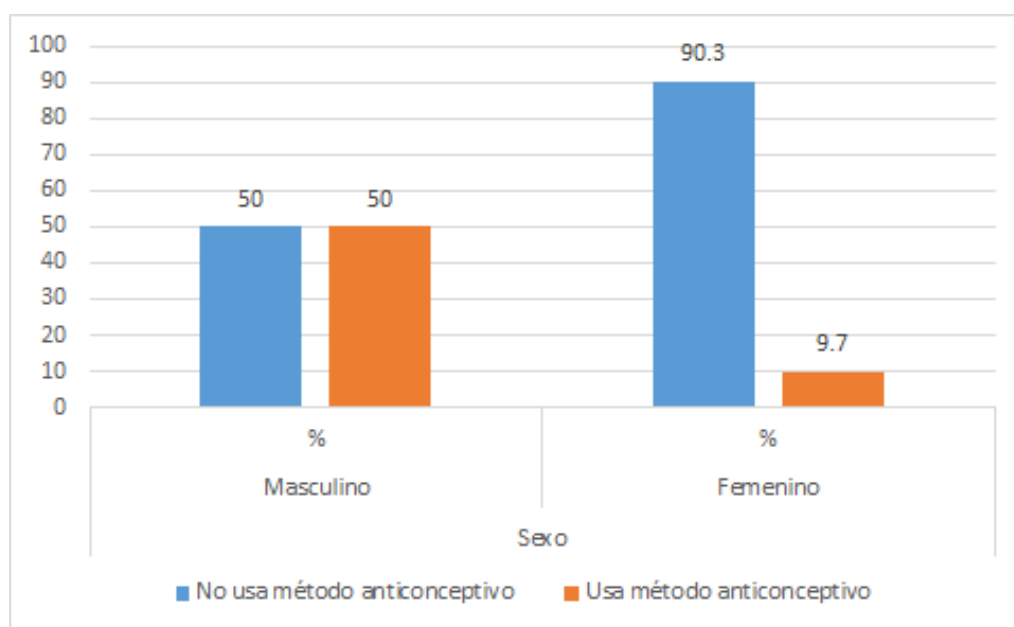
Entre las adolescentes, la gran mayoría con un 90.3% nunca ha usado un método anticonceptivo, y una pequeña población de 9.7% manifiesta haber utilizado alguno de ellos.

En general, más de dos terceras partes de la población adolescente, es decir 69.9% no ha utilizado un método anticonceptivo, esto no quiere decir que no tengan vida sexual activa, sino que sencillamente no lo usan.

INTERPRETACION: A pesar de que la tabla 10 señala que un 78.3% de la población adolescente masculina ha iniciado relaciones sexuales, la tabla 11 nos indica que solamente un 50.0% manifiesta haber utilizado algún anticonceptivo, lo cual nos deja con un 28.3% de adolescentes que ha iniciado relaciones sexuales y que nunca han usado algún método anticonceptivo.

Otro detalle importante, a destacar resulta de la comparación de la tabla 10 y 11, donde se observa un comportamiento despreocupado de parte del sector femenino, al detallar que 107 adolescentes han iniciado relaciones sexuales, pero únicamente 17 de ellas, han hecho uso de algún método, lo cual nos deja un saldo de 90 adolescentes que han iniciado relaciones sexuales, pero que no han usado ningún método lo cual representa un 51.1% de la población femenina. Esto es preocupante debido a que un eventual embarazo, desestabilizaría física, social y emocionalmente a la adolescente.

GRAFICO 12. UTILIZACION DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN EL SEXO.



Fuente: Tabla 11

TABLA 12. METODO UTILIZADO SEGÚN EL SEXO.

Método utilizado	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Preservativo	89	67.9	14	15.1	103	86.6
Orales	3	2.3	4	4.3	7	5.9
Inyectables	4	3.1	10	10.8	14	11.8
Naturales	7	5.3	0	0	7	5.9
Otros	0	0	1	1.1	1	0.8

Fuente: Cuestionarios de la población adolescente en estudio.

ANÁLISIS:

Al revisar la tabla 12, acerca de la utilización de las diferentes modalidades de métodos anticonceptivos, por parte de los adolescentes, estos datos se relacionan con tablas anteriores.

Al realizar los cálculos porcentuales, éstos se realizaron tomando como denominador la población adolescente que ha iniciado relaciones sexuales, para los hombres, son 131, y para las mujeres 93.

El método más preferido por ambos sexos es el preservativo, con un 67.9% de los varones, y 15.1% de las mujeres, y para el caso de la población masculina, el segundo lugar lo ocupan los naturales, con un 5.3% y con un 3.1 % utilizan inyectables (sus parejas).

En las adolescentes, luego del preservativo, el segundo lugar lo ocupan los anticonceptivos inyectables con un 10.8% de las mujeres que han iniciado actividad sexual, y en tercer lugar los anticonceptivos orales con el 4.3%.

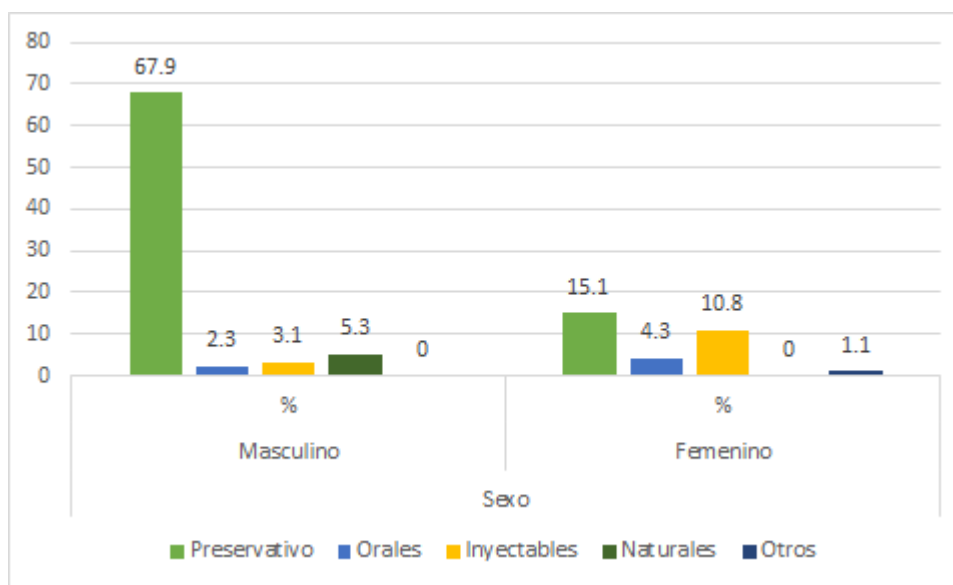
INTERPRETACION:

Entre la población adolescente que ha iniciado actividad sexual, una minoría emplea algún método anticonceptivo, puesto que de los 224 adolescentes que han iniciado relaciones sexuales, solamente y a partir de la tabla 12, es evidente que ambos sexos, se inclinan por el preservativo, es posible que este sea el más accesible en los adolescentes, o el más conocido por ellos, pero definitivamente es el que más usan.

A partir de los porcentajes, se denota que las mujeres se inclinan por métodos anticonceptivos más confiables, puesto que a los preservativos le siguen los inyectables y orales.

Entre tanto en la población masculina, hay empleo de los métodos naturales, que si bien son económicos, son muy poco confiables.

GRAFICO 13. METODOS ANTICONCEPTIVOS UTILIZADOS SEGÚN EL SEXO.



Fuente: Tabla 12

TABLA 13. FRECUENCIA EN EL USO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN EL SEXO.

Con que frecuencia utiliza los métodos anticonceptivos.	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Siempre	22	12.2	1	0.6	23	6.5
Poca veces	34	18.9	13	7.4	47	13.2
Usualmente	34	18.9	3	1.7	37	10.4
Ninguna	51	28.3	90	51.1	141	39.6
No inicio de RS	39	27.2	69	39.2	108	30.3
Total	180	100.0	176	100.0	356	100.0

Fuente: Cuestionarios de la población adolescente en estudio.

ANALISIS:

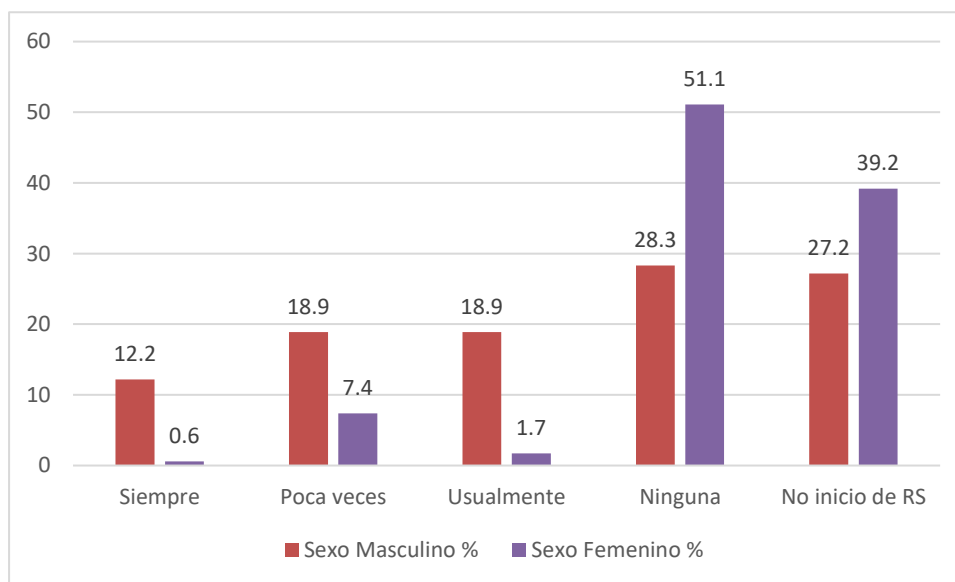
En la tabla 13, se establece una correlación, entre el sexo, y la frecuencia con que la población adolescente, usa métodos anticonceptivos. Se observa que en la población masculina, el 27% ha indicado que no ha usado, porque no ha tenido la oportunidad, es decir no ha iniciado relaciones sexo coitales, por otro lado el 28.3%, manifiesta, que aunque ha tenido relaciones, ninguna vez lo ha hecho con protección, y un buen porcentaje, 18.9% para ser exacto, se protege pocas veces, y los porcentajes que corresponden a situaciones seguras, es decir siempre, se encuentran con bajos porcentajes de 12.3%

En la población femenina, se observa un fenómeno casi similar, presentando en la opción que no ha iniciado relaciones sexuales responde, un 39.2%, que representa una buena proporción; y otro rubro muy significativo que es la opción ninguna, con un 51.1% %, señala una sexualidad irresponsable, puesto que a pesar de tener la oportunidad de usar un método anticonceptivo no han decidido hacerlo.

INTERPRETACION:

Es preocupante que las frecuencias de uso que más se repiten, son las menos confiables, porque las opciones ninguna y pocas veces, son las de mayor porcentaje, lo que significa, que la población adolescente, tiene una conducta sexual de riesgo e irresponsable en su mayoría, entre los que ya iniciaron relaciones sexuales.

GRAFICO 14. FRECUENCIA EN EL USO DE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN EL SEXO.



Fuente: Tabla 13.

7.4 PRUEBA DE HIPÓTESIS # 1.

En este caso se realiza la prueba de hipótesis mediante proporciones con aproximación a la distribución normal, dado que para determinar el conocimiento que poseen los adolescentes que consultan en las UCSF Agua Blanca, Jucuapa y San Alejo año 2016 sobre los métodos anticonceptivos se hizo mediante medición de frecuencias. Además el tamaño de muestra n es mayor que 30, en este caso $n = 356$, y el valor $np = 356(0.759) = 270$ y que $np(1-p) = 60(0.759)(1-0.759) = 65$ que ambos casos son mayores a 5. Y dado que el muestreo es aleatorio se realiza la prueba de hipótesis a una confianza del 95%, la cual su resultado es válido en poblaciones similares.

Para ello, se realizan los siguientes pasos:

Paso 1. Establecimiento de hipótesis.

Según el enunciado de las hipótesis su planteamiento queda así (donde P es la frecuencia o proporción de los adolescentes que consultan en las UCSF Agua Blanca, Jucuapa y San Alejo año 2016 que poseen conocimientos aceptables sobre los métodos anticonceptivos, que formaron parte del estudio):

$$H_{i1}: P > 60\%.$$

$$H_{o1}: P \leq 60\%.$$

Paso 2. Nivel de confianza.

Para la prueba, el nivel de confianza que se utilizó es del 99% lo cual genera un valor estándar (crítico) o de decisión de 1.65 dado que hipótesis de trabajo es unilateral derecha. Este valor es encontrado en la tabla de distribución normal, este es llamado valor Z de tabla, Z_t (ver anexo 8).

Paso 3. Calculo del valor Z .

Para calcular el valor de Z (Z_c) se hace el uso de la siguiente ecuación:

$$Z_c = \frac{\hat{p}-P}{\sigma_{\hat{p}}} \text{ Donde } \sigma_{\hat{p}} = \sqrt{\frac{P(1-P)}{n}}$$

Con $P = 0.60$, $n = 356$ y $\hat{p} = 0.759$

$$\text{entonces } \sigma_{\hat{p}} = \sqrt{\frac{0.60(1-0.60)}{356}} = 0.026$$

Por lo que, $Z_c = \frac{\hat{p}-P}{\sigma_{\hat{p}}} = \frac{0.759-0.60}{0.026} = \frac{0.159}{0.026} = 6.12$. Así: $Z_c = 6.12$

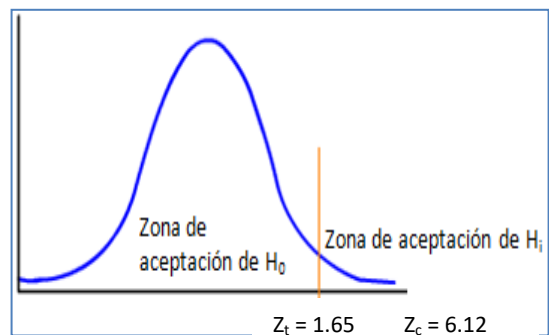
Paso 4. Reglas de decisión.

Si Z_c es mayor que Z_t , entonces se acepta H_1

Si Z_c es menor que Z_t , entonces se acepta H_0

Paso 5. Decisión estadística.

Dado que el valor Z calculado con los datos muestrales es de 6.12 el cual es mayor al valor Z de tabla que es 1.65, entonces se acepta la hipótesis de la investigación, la cual dice de la siguiente manera: Más del 60% de los adolescentes que consultan en las UCSF Agua Blanca, Jucuapa y San Alejo año 2016 poseen conocimientos aceptables sobre los métodos anticonceptivos.



Conclusión general de la prueba de hipótesis:

A partir de la información obtenida y organizada tanto en la parte de procesamiento descriptivo como de la prueba de hipótesis sobre el conocimiento que poseen los adolescentes que consultan en las UCSF Agua Blanca, Jucuapa y San Alejo sobre métodos anticonceptivos, podemos decir que es un porcentaje alto. Pero aun así vale la pena tener las precauciones y atención necesaria con el porcentaje de adolescentes para que no tengan embarazos no deseados cuando estén sexualmente activos o no se vaya a desencadenar consecuencias graves en su estado de salud.

PRUEBA DE HIPÓTESIS # 2.

Para ello, se realizan los siguientes pasos:

Paso 1. Establecimiento de hipótesis.

Según el enunciado de las hipótesis su planteamiento queda así (donde P es la frecuencia o proporción de los adolescentes que consultan en las UCSF Agua Blanca, Jucuapa y San Alejo año 2016 que ha usado algún método anticonceptivo en su vida, que formaron parte del estudio):

H_{i2} : $P > 60\%$.

H_{o2} : $P \leq 60\%$.

Paso 2. Nivel de confianza.

Para la prueba el nivel de confianza que se utilizó es del 99% lo cual genera un valor estándar (crítico) o de decisión de 1.65 dado que hipótesis de trabajo es unilateral derecha. Este valor es encontrado en la tabla de distribución normal, este es llamado valor Z de tabla, Z_t (ver anexo 7).

Paso 3. Calculo del valor Z.

Para calcular el valor de Z (Z_c) se hace el uso de la siguiente ecuación:

$$Z_c = \frac{\hat{p}-P}{\sigma_{\hat{p}}} \text{ Donde } \sigma_{\hat{p}} = \sqrt{\frac{P(1-P)}{n}}$$

Con $P = 0.60$, $n = 356$ y $\hat{p} = 107/356 = 0.3$

$$\text{entonces } \sigma_{\hat{p}} = \sqrt{\frac{0.60(1-0.60)}{356}} = 0.026$$

$$\text{Por lo que, } Z_c = \frac{\hat{p}-P}{\sigma_{\hat{p}}} = \frac{0.30-0.60}{0.026} = \frac{-0.30}{0.026} = -11.53 . \text{ Así: } Z_c = -11.53$$

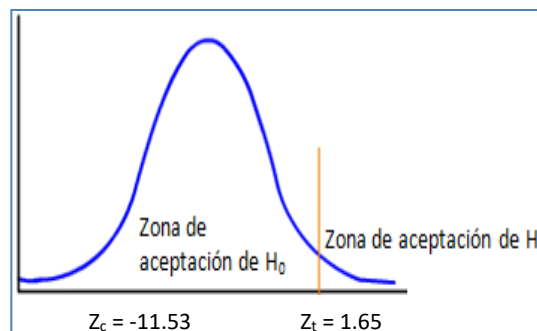
Paso 4. Reglas de decisión.

Si Z_c es mayor que Z_t , entonces se acepta H_1

Si Z_c es menor que Z_t , entonces se acepta H_0

Paso 5. Decisión estadística.

Dado que el valor Z calculado con los datos muestrales es de -11.53 el cual es menor al valor Z de tabla que es 1.65, entonces se acepta la hipótesis nula, la cual dice de la siguiente manera: El 60% o menos de los adolescentes que consultan en las UCSF Agua Blanca, Jucuapa y San Alejo año 2016 no ha usado algún método anticonceptivo en su vida.



Conclusión general de la prueba de hipótesis:

La mayoría de adolescentes no ha utilizado algún método anticonceptivo en su vida, y por ende hay varias adolescentes embarazadas, hace falta averiguar la razón por la cual no los usan.

8. DISCUSIÓN.

La presente investigación, estaba orientada a establecer el conocimiento y uso que la población adolescente posee sobre los métodos anticonceptivos, en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar, de los municipios en estudio, Cacaopera, Jucuapa y San Alejo. Para ello, una vez que se eligió el tema, se establecieron los objetivos, se formularon una serie de preguntas sobre conocimiento específico y general de los métodos anticonceptivos, las cuales fueron plasmadas en un cuestionario, que posteriormente, se utilizó para la investigación, una vez obtenidos los resultados, se procedió a realizar la respectiva sumatoria de las preguntas contestadas correctamente, y de esta manera estadificar el nivel de conocimiento, además de otras variables.

En América latina en los estudios de cifras de las tendencias demográficas demuestran una tendencia ascendente de la fecundidad y en particular, la población adolescente aporta un porcentaje creciente del total de nacimientos,³ dicha tendencia es corroborada en El Salvador a través del SIMMOW, que para el caso en particular, en UCSF Agua Blanca, Morazán, se realizaron durante el 2015, 80 inscripciones maternas, de las cuales 30 eran adolescentes, representando el 37.5% del total de embarazadas, para el 2016 se han realizado 25 inscripciones maternas, de estas 13 son adolescentes, representando el 52% de las inscripciones, un dato que refleja el aumento alarmante de embarazos en las adolescentes.⁶

Entre las observaciones, que son respaldadas ampliamente por la investigación, es que la edad, influye mucho en la adquisición de conocimientos sobre métodos anticonceptivos; puesto que un 57.4% de la población adolescente, en etapa temprana, posee un nivel de conocimiento, aceptable hasta muy aceptable, ninguno llega a un nivel excelente, por otro lado, en la adolescencia tardía, un 80.7 % posee un nivel de conocimiento aceptable a excelente, por tanto es evidente, que la edad es muy determinante en la adquisición de conocimientos. Al revisar dichos resultados y comparar con otros países latinoamericanos se obtiene que Colombia y Venezuela se encuentran con niveles de conocimiento muy alto y bueno, 44.5% y 23.1% respectivamente, para un total de 67.6%.^{14 15} Como se observa, las proporciones se manejan relativamente cerca. También es notorio que el nivel educativo es muy determinante no solo para la cantidad de conocimiento, sino sobre todo para la calidad del mismo.

En cuanto a las fuentes de información consultadas por la población adolescente, para obtener conocimiento sobre métodos anticonceptivos, los resultados de esta investigación son similares a lo reportado en otros países de Latinoamérica como México, Colombia y Cuba, en los que la escuela (es decir, los maestros) es predominantemente la fuente más frecuente de información, localmente hablando, un 47.4% de los adolescentes la señalaron como una de sus fuentes de consulta, seguido del personal de salud (19.9%), mientras que en México un 37.5% señala, del mismo modo, la escuela, también en Colombia, se acerca con un 38%, posicionando siempre a la escuela en primer lugar.^{4 16 17}

En relación con el conocimiento sobre métodos anticonceptivos existentes, los resultados coinciden con lo reportado en México por la UNAM, y en Cuba por Fernández-García y cols., siendo el condón masculino el método más conocido (100%), aunque en la presente investigación dicho dato es menor, puesto que la población considerada incluye desde los 10 años hasta los 19, mientras que en los estudios de los otros países, el rango de edad se desplaza a los 15 – 19 años.

El anticonceptivo más utilizado continúa siendo el condón masculino con un 86.6% entre la población adolescente que manifiesta haber utilizado algún método anticonceptivo, lo cual coincide con las investigaciones en México, donde un 65.2% también lo ha empleado, por sobre otros métodos, mientras en Chile, con un 26.7%, es el que cuenta con el mayor porcentaje, asimismo pasa con Colombia.^{4 18 14}

En algunos rubros en que se difiere con otras investigaciones se señala, el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes, encontrando en el presente estudio que solamente un 33%, hacen uso de ellos, menor a lo reportado en Chile por Parra-Villaruel y cols., en donde 67.3% de los hombres y 86% de las mujeres adolescentes usaban métodos anticonceptivos.¹⁸ Se aprecia que cuando se trata de usar los métodos anticonceptivos, a pesar de que muchos de los adolescentes poseen vida sexual activa, muy pocos los utilizan.

Al realizar las comparaciones con un estudio local, realizado por Universidad de El Salvador, se difiere en que, dicho estudio señala que en promedio el porcentaje significativo de la población adolescente no poseen conocimiento teóricos con evidencia científica de las ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos hormonales, además se encontró que el 63.04% de los adolescentes no conocen que los anticonceptivos traen beneficios a la salud, al revisar el presente trabajo se evidencia que un buen porcentaje de los adolescentes, alrededor del 75%, poseen un conocimiento aceptable a excelente, por lo que es posible, que las características de ambas poblaciones, en cuanto a educación, sean diferentes.⁷

Es interesante, denotar que aunque buena parte de la población posee un conocimiento aceptable, pocos la llevan a la práctica, y eso demuestra que la población adolescente, aunque consciente de los métodos, pero su inmadurez, su sexualidad poco responsable, y otros factores son más determinantes en el uso de los métodos anticonceptivos.

Entre las limitantes del estudio, identificadas durante el desarrollo del mismo, se encuentran la poca voluntad de algunos adolescentes, a participar en la investigación, además se observa en los resultados, que, aunque poseen un nivel de conocimiento aceptable, este dista mucho de ser de calidad, puesto que, buena parte del conocimiento, es originado por una fuente no confiable, lo cual repercute en fallos al usarlo, por desconocimiento.

Las pretensiones del grupo están orientadas a transformar la realidad de los embarazos en la población adolescente, tanto a mediano como a largo plazo, que se reduzcan estas cifras, desde el área local, hasta nivel nacional, eso mejorará su calidad de vida, y evitará los embarazos de alto riesgo al que se ven expuestas.

9. CONCLUSIONES.

Al finalizar el trabajo de investigación sobre conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en la prevención del embarazo en los adolescentes que consultan en las UCSF Agua Blanca, Morazán; Jucuapa, Usulután y San Alejo, La Unión. Año 2016. Se concluye lo siguiente:

1-Que el promedio de edad de la población adolescente es de 14 a 16 años en un 43% seguida de la adolescencia tardía esto es entre las edades de 17 y 19 años con un 37.9%. Por otra parte en cuanto al género, hubo una participación equitativa, que permitió una adecuada representatividad en cuanto a la evaluación del conocimiento sin declinarse a un género en específico.

2-En cuanto a la procedencia y educación se observó mayor participación del área rural, con un 56.7% si lo relacionamos con el nivel educativo, el área rural cuenta con educación básica del 43% mientras que el bachillerato alcanza solo un 10.4% en comparación de un 26.7% del área urbana. La población adolescente del área rural tiene menor nivel educativo que los del área urbana, podría explicarse por la inaccesibilidad geográfica, además de que los cantones no cuentan en ocasiones con tercer ciclo o bachillerato.

3- En cuanto al conocimiento de la población adolescente se concluye que estos poseen un conocimiento aceptable en un 42.4%, muy aceptable en un 27% y excelente en un 6.5% lo que indica que más del 75% tiene el conocimiento necesario en relación a los métodos anticonceptivos en la prevención del embarazo.

4. En relación al conocimiento según la etapa de la adolescencia, los adolescentes que se encuentran en etapas tempranas tienen un menor conocimiento que los adolescentes en etapa intermedia y tardía. Aunque los adolescentes en etapas tempranas tengan un 50% de conocimiento aceptable, un buen porcentaje de estos se encuentran con 28.5% y 16.2% en poco o nada de conocimiento, mientras que los adolescentes en etapa tardía se encuentran en un 32.6% con muy aceptable y 11.9% en excelente, lo que refleja que la edad es determinante en cuanto a la calidad de conocimiento.

5. En relación a la fuente de información se concluye que la escuela constituye la fuente principal de información de la población adolescente en todas las etapas con un 47.4%, seguido por la UCSF en un 19.9%. Esto indica que las dos principales fuentes de información en los adolescentes son confiables.

6-De la población adolescente, la mayoría de ellos tienen una vida sexual activa, esto es un 69.7% de los adolescentes. Predominando el sexo masculino con un 78.3% en relación a 60.8% en el sexo femenino. Se concluye que la población adolescente practica relaciones sexuales de forma precoz lo cual se convierte en un factor de riesgo para un embarazo a una corta edad y la mayor posibilidad de contraer una enfermedad de transmisión sexual.

7- En relación al uso de los métodos anticonceptivos, de la población adolescente encuestada, la mayoría de ellos, nunca ha usado un método de planificación familiar en un 69.9% y que solo un 30.1% ha usado uno de ellos. Por lo que, el uso de los anticonceptivos en la población adolescente no recibe la importancia debida y esto se convierte en una de las principales causas de embarazo en la adolescencia. Habría que indagar la razón por la cual los adolescentes no usan los métodos.

8-De los métodos utilizados por los adolescentes, se concluye que el preservativo masculino es el más utilizado con un 86.6%, siendo los hombres quienes lo usan más en un 67.9% en relación a un 15.1% de las mujeres. En segundo lugar los métodos inyectables alcanzan un 11.8% aunque este porcentaje es muy bajo en comparación al total de adolescentes con vida sexual activa.

9-En cuanto a la frecuencia en el uso de los métodos anticonceptivos, los adolescentes que siempre se protegen representan solo el 6.5% mientras que los que nunca lo hacen representa la

mayoría esto es un 30.3%. Por otra parte los adolescentes que están usando los métodos anticonceptivos no lo hacen de forma segura, ya que el 10.4% usualmente los usa y un 13.2% los usa en pocas ocasiones.

10-A partir de la información obtenida se concluye que más del 60% de los adolescentes poseen conocimientos aceptables en cuanto a los métodos anticonceptivos, pero que también más del 60% de los adolescentes no están utilizando los métodos de planificación familiar.

10. RECOMENDACIONES.

En base a los resultados obtenidos en donde se logra determinar que el nivel de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos que posee los adolescentes en la prevención del embarazo es adecuado, no así el uso que ellos les dan a los métodos anticonceptivos, el grupo de investigación recomienda lo siguiente:

AL MINISTERIO DE SALUD.

1-Fortalecer el programa de planificación familiar dirigido a los adolescentes, en cuanto a la promoción del uso.

2-Considerar incluir a los adolescentes dentro del programa de atención preconcepcional, debido al alarmante incremento de embarazos en adolescentes.

A NIVEL DE REGION ORIENTAL DE SALUD

1-Promover las capacitaciones al personal de salud sobre el uso correcto de los métodos de planificación familiar.

2-Proveer a los equipos territoriales y garantizar el abastecimiento de métodos de planificación familiar.

3-Verificar el cumplimiento de los lineamientos sobre planificación familiar.

SE RECOMIENDA A NIVEL LOCAL (UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR).

1- Comprometer al equipo de salud (medico, enfermera, promotores de salud) a promover los conocimientos adecuados para su posterior práctica, haciendo énfasis en los beneficios y consecuencias de no usarlos

2- Disponer de material ilustrativo en los establecimientos de salud alusivos a los métodos anticonceptivos.

3-Fortalecer la educación a los adolescentes, padres, jefes de familia, escuelas e iglesias sobre el uso adecuado, beneficios y consecuencias de un embarazo en la adolescencia.

4-Mantener la confidencialidad del usuario, garantizando que este se sienta satisfecho con los servicios de salud.

A LOS ADOLESCENTES QUE CONSULTAN EN LAS UCSF

1-Que tomen en cuenta las recomendaciones sobre el uso adecuado de los métodos anticonceptivos.

2-Buscar asesoría por parte del personal de salud ante la duda de como usar un método de planificación.

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE EL SALVADOR.

1. Para que promueva la investigación en el área médica sobre temas relacionados con problemas en los adolescentes

A LOS MÉDICOS DE AÑO SOCIAL.

1- Que realice promoción sobre el uso adecuado de los métodos de planificación familiar.

2. Que se comprometan a dar consejería de calidad sobre planificación familiar en cuanto a edad de inicio, consistencia, frecuencia, beneficios y consecuencias para estimular prácticas adecuadas.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Asociación Demográfica Salvadoreña. Encuesta Nacional de Salud Familiar. FESAL – 2008. 2009; 3: vi – ix.

2. Torrado S. Procreación en la Argentina: Hechos e ideas. Argentina: Ediciones de la Flor; 1993.

3. Díaz A, Sugg C, Valenzuela M. Embarazo en la adolescencia. Educación sexual y anticoncepción previa. REV SOGIA. 2004; 11 (3): 79-83.

4-Sánchez-Meneses MC, Dávila-Mendoza R, Ponce-Rosas ER, Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud. Aten Fam. 2015; (22)(2):35-38. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S1405-8871\(16\)30044-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30044-X).

5-Fernández García B, Mariño Membribes ER, Ávalos González MM, Baró Jiménez VG. Información sobre anticoncepción y métodos anticonceptivos en adolescentes del municipio "La Lisa". Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2013 Mar; 29(1): 3-7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252013000100002&lng=es.

6. Ministerio de Salud. SIMMOW [base de datos en internet]. El Salvador: Ministerio de Salud; 2009, [actualizado diariamente; consultado el 29 de junio de 2016]. Disponible en: <http://simmow.salud.gob.sv/>

7- Bonilla AG, Valencia González RE. Conocimiento sobre métodos anticonceptivos hormonales que poseen las adolescentes de 15 a 19 años de edad, inscritas en el programa de planificación familiar de la Unidad de Salud de Mejicanos Dr. Hugo Morán Quijada [Tesis]. San Salvador: Universidad de El Salvador. Facultad de Medicina; 2010.

8-. Conferencia internacional de la población 2005

9. Dirección General de Estadísticas y Censos. Censos de Población y Vivienda 2007 [base de datos en internet]. El Salvador: Dirección General de Estadísticas y Censos; 2008, [actualizado 2007; consultado el 25 de junio de 2016]. Disponible en: <http://www.digestyc.gob.sv>

10. Harper C. Embarazo de la adolescente en América Latina y el Caribe. 3ra. Edición. Nueva York: Federación Internacional de Planificación de la Familia; 1994.

11. Diccionario español 2008

12. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud (OMS/RHR) y Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins/Centro para Programas de Comunicación (CCP), Proyecto de Conocimientos sobre la Salud. Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores. Baltimore y Ginebra: CCP y OMS, 2011.

13. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía técnica de atención en planificación familiar. El Salvador: Ministerio de Salud; 2008.

14. Stubblefield PG, Roncari DM. Planificación familiar. In: Berek JS, Berek DL, editores. Ginecología de Berek y Novak. 15ª edición. Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012. p. 211 – 269.

15 - Rengifo-Reina HA, Córdoba-Espinal A, Serrano-Rodríguez M. Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano. Rev Salud Pública, 14 (4) (2012): pp. 558–569

16 - Chelhond-Boustanie EA, Contreras-Vivas L, Ferrer-Ladera M, Rodríguez I. Impacto de la educación sexual en el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en dos instituciones públicas en condición de semilibertad y abandono, Caracas, Venezuela. Revista Médica de Risaralda, 2012; (18) (2): pp. 112–115

17 – González JC. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la sexualidad en una población adolescente escolar. Rev. Salud Pública, 11 (1) (2009), pp. 14–26

18 – Torriente BN, Diago CN, Rizo VAC, Menéndez LLR. Conocimientos elementales sobre educación sexual en alumnos de una escuela secundaria básica urbana. Rev. Habanera de Ciencias Médicas, 9 (4) (2010), pp. 576–587

19 - Parra-Villarroel J, Domínguez-Plascencia J, Maturana-Rosales J, Pérez-Villegas R, Carrasco-Portiño M. Conocimiento y percepción de adolescentes sobre el servicio de planificación familiar en Chile. Salud Colectiva, Buenos Aires, (2013); 9 (3): pp. 391–400

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1. VI CENSO DE POBLACIÓN Y DE VIVIENDA - 2007

INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS POR DEPARTAMENTO

DEPARTAMENTO	Tasa de analfabetismo	Asistencia escolar	Servicio de agua potable	Servicio de energía eléctrica
USULUTAN	23.4 %	83.1 %	65.5 %	87.3 %
MORAZAN	28.8 %	80.7 %	66.1	63.8
LA UNION	27.8 %	80.2 %	57.6 %	85.5%

INDICADORES SOCIODEMOGRÁFICOS POR MUNICIPIO

MUNICIPIO	Tasa de analfabetismo	Asistencia escolar	Servicio de agua potable	Servicio de energía eléctrica
Jucuapa	21.3 %	83.3%	86.8%	86.2%
Cacaopera	38.9 %	75%	45.5%	31.5%
San Alejo	26.0%	78.6%	49%	89.4%

ANEXO 2. GUÍA DE ENTREVISTA

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
DOCTORADO EN MEDICINA**



GUÍA DE ENTREVISTA DIRIGIDA A LOS ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS QUE CONSULTAN EN LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR DE AGUA BLANCA, MORAZÁN; JUCUAPA, USULUTÁN; SAN ALEJO, LA UNIÓN, DE JUNIO A JULIO DE 2016

I. OBJETIVO:

Establecer el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes que consultan en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar Agua Blanca, Morazán; Jucuapa, Usulután; San Alejo, La Unión. Año 2016.

II. INDICACIONES:

A continuación, se presentan una serie de preguntas de carácter anónimo, las cuales serán utilizadas para una investigación realizada por estudiantes egresados de la Universidad de El Salvador.

I- CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Edad: _____
2. Sexo: Masculino Femenino
3. Procedencia: Urbana Rural
4. Nivel Educativo: Ninguno Básica Bachillerato universitario
5. Estado civil: Soltero Casado Unión estable Otro
6. Religión: _____

II- CONOCIMIENTOS SOBRE LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS.

7- ¿Sabe usted que son los métodos anticonceptivos?

Sí___ no___

Si contesta si Explique;

8- ¿Cuáles de los siguientes métodos anticonceptivos conoce?

Preservativo Pastillas Inyección Subdérmicos (barrita) DIU

Naturales Ninguno Otros Cuáles: _____

9- ¿A qué edad escuchó hablar por primera vez sobre los métodos anticonceptivos?

10- ¿Dónde obtuvo información sobre los métodos de planificación familiar?

Padres Escuela UCSF Amigos Ninguno ___ Otros

Cuáles: _____

11- ¿Considera usted que un mayor conocimiento sobre los métodos anticonceptivos ayudaría a prevenir el embarazo en la adolescencia?

De acuerdo ___ Desacuerdo _____

12- ¿Sabe usted, donde puede obtener algún tipo de método de planificación familiar?

13- ¿Los métodos anticonceptivos hormonales son efectivos para prevenir el embarazo?

Sí___ No___ No se___

14- ¿Los anticonceptivos hormonales son métodos reversibles?

Sí___ No___ No se___

15- ¿Los anticonceptivos naturales son más efectivos que los hormonales?

Sí___ No___ No se___

16- ¿Los preservativos protegen contra enfermedades de transmisión sexual incluyendo el VIH/SIDA? Sí___ No___ No se___

17- Conoce usted ¿en qué consiste el anticonceptivo de emergencia?

Sí___ No___ Explique: _____

18- ¿Los anticonceptivos hormonales pueden prevenir enfermedades de transmisión sexual incluyendo el VIH/SIDA.?

Sí___ No___ No se___

19- ¿El uso de anticonceptivos hormonales trae beneficios a la salud, entre ellos previene la anemia?

Sí___ No___ No se___

20- ¿Los anticonceptivos hormonales puede ser utilizados por mujeres de cualquier edad??

Sí___ No___ No se___

21- ¿Los anticonceptivos hormonales pueden ser usados por mujeres que no han tenido hijos?

Sí___ No___ No se___

22- ¿Los métodos naturales tienen una alta tasa de efectividad?

Sí___ No___ No se___

23- Sabe usted ¿cuáles son los efectos adversos más comunes de los métodos anticonceptivos?
Menciónelos:

24- Los métodos hormonales pueden ocasionar sangrados irregulares.

Sí___ No___ No se___

25- Los métodos anticonceptivos hormonales ¿hacen que las personas que lo usan aumenten de peso?

Sí___ No___ No se___

III- USO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

26- ¿Qué tipo de anticonceptivos ha utilizado o utiliza actualmente?

Preservativo Pastillas Inyección Natural Ninguno

Otro ¿Cuál? _____

27- ¿Ha interrumpido alguna vez el uso de anticonceptivos hormonales?

Sí___ No___

Explique _____

28- ¿Con qué frecuencia utiliza los métodos anticonceptivos en sus relaciones sexo-coitales?

Siempre___ Pocas veces___ Frecuente___ Ninguna___ No relaciones sexuales___

29- ¿Sabe usted como se utilizan los anticonceptivos inyectables?

Sí No

Explique: _____

30- ¿Sabe usted como se utilizan los anticonceptivos orales?

Sí No

Explique: _____

30- Sabe usted que hacer si se olvida tomar los anticonceptivos orales, por 3 ó 5 días?

Sí No

Que se debe hacer: _____

31- ¿Por qué consideras que las adolescentes se embarazan, a pesar de tener disponibles muchos anticonceptivos?

ANEXO 3.

CONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE LA INVESTIGACION

Nº	ACTIVIDADES	FEB				MAR				ABR				MAY				JUN				JUL				AGOST				SEPT				OCT				NOV				DIC							
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4								
1	Reuniones generales con coordinadora del proceso de investigación		x				x	x	x			x			x		x			x			x		x			x			x		x			x			x		x			x			x		x
2	Reunión con docente asesor							x	x			x	x			x	x			x	x			x	x			x	x			x	x			x	x			x	x			x	x				
3	Elaboración y presentación del perfil de investigación							x	x	18 de marzo 2016 entrega de perfil																																							
4	Graduación y aprobación de tema de investigación			x			x	x	x																																								
5	Elaboración de protocolo de investigación											x	x			x	x			x	x			x	x			x	x			x	x			x	x			x	x								
6	Presentación inscrita de protocolo de investigación													Entrega 31 de mayo 2016																																			
7	Ejecución de investigación																	x	x	x	x	x	x	x	x																								
8	Tabulación, análisis e interpretación de datos																							x	x	x																							
9	Discusión y prueba de hipótesis																									x	x	x	x																				
10	Elaboración de conclusiones y recomendaciones																																																
11	Redacción del informe final																																			x	x	x	x										
12	Entrega de informe final																																																
13	Defensa final de investigación																																																

ANEXO 4. PRESUPUESTO DE LA INVESTIGACIÓN

RUBROS	PRECIO UNITARIO EN USD	PRECIO TOTAL EN USD
PERSONAL		
3 estudiantes egresados de Doctorado en Medicina en servicio social	00.00	00.00
EQUIPO Y SUMINISTROS INFORMÁTICOS		
3 computadoras	\$300.00	\$900.00
1 impresora	\$ 50.00	\$ 50.00
Consultas en internet	\$ 1.00	\$ 20.00
MATERIALES Y SUMINISTROS DE OFICINA		
5 resmas de papel bond tamaño carta	\$ 3.50	\$ 17.50
1 caja de lapiceros	\$ 4.00	\$ 4.00
1,500 fotocopias	\$ 0.03	\$ 45.00
8 anillados	\$ 3.00	\$ 24.00
Transporte y viáticos (tres ocasiones)	\$ 10.00	\$ 30.00
3 empastados	\$ 10.00	\$30. 00
Sub – total		\$1120.50
10% de imprevistos		\$ 112.05
	GRAN TOTAL	\$ 1232.55

La investigación será financiada por el grupo investigador

ANEXO 5. HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

A quien corresponda:

Yo _____

Declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el estudio de los conocimientos sobre los métodos anticonceptivos hormonales que poseen las adolescentes de 10 a 19 años que consultan en las UCSF AGUA BLANCA, JUCUAPA, SAN ALEJO, cuyo objetivo es obtener información sobre los métodos anticonceptivos.

Es de mi conocimiento que seré libre de retirarme de la presente investigación en el momento en que yo así lo desee.

También que puedo solicitar información adicional acerca de los riesgos o beneficios de mi participación en esta investigación.

Nombre: _____ Firma: _____

Dirección: _____

Fecha: _____

ANEXO 6. TABLA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ALTERNATIVA	Fr	%
Total		

Dónde:

- Cuadro N° = Número de la tabla, según cada interrogante
Alternativa = Posible respuesta a la pregunta planteada.
Fr = Número de veces que se repite una respuesta
%: = Porcentaje equivalente a las veces en que se repite.

La fórmula para obtener el porcentaje fue la siguiente:

$$\% \frac{Fr \times 100}{n}$$

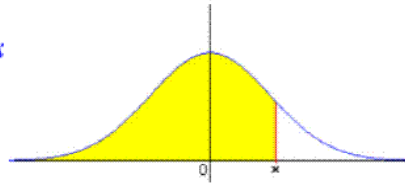
Dónde:

- % = Símbolo de porcentaje
Fr = Frecuencia observada
100 = Constante
n = Total de muestra o número de sujetos en estudio.

ANEXO 7. TABLA DE DISTRIBUCIÓN

NORMAL TIPIFICADA N(0,1)

$$F(x)=P(X \leq x) = \int_{-\infty}^x \frac{1}{\sqrt{2\pi}} e^{-\frac{x^2}{2}} dx$$



	.00	.01	.02	.03	.04	.05	.06	.07	.08	.09
0,0	0.5000	0.5040	0.5080	0.5120	0.5160	0.5199	0.5239	0.5279	0.5319	0.5359
0,1	0.5398	0.5438	0.5478	0.5517	0.5557	0.5596	0.5636	0.5675	0.5714	0.5753
0,2	0.5793	0.5832	0.5871	0.5910	0.5948	0.5987	0.6026	0.6064	0.6103	0.6141
0,3	0.6179	0.6217	0.6255	0.6293	0.6331	0.6368	0.6406	0.6443	0.6480	0.6517
0,4	0.6554	0.6591	0.6628	0.6664	0.6700	0.6736	0.6772	0.6808	0.6844	0.6879
0,5	0.6915	0.6950	0.6985	0.7019	0.7054	0.7088	0.7123	0.7157	0.7190	0.7224
0,6	0.7257	0.7291	0.7324	0.7357	0.7389	0.7422	0.7454	0.7486	0.7517	0.7549
0,7	0.7580	0.7611	0.7642	0.7673	0.7704	0.7734	0.7764	0.7794	0.7823	0.7852
0,8	0.7881	0.7910	0.7939	0.7967	0.7995	0.8023	0.8051	0.8079	0.8106	0.8133
0,9	0.8159	0.8186	0.8212	0.8238	0.8264	0.8289	0.8315	0.8340	0.8365	0.8389
1,0	0.8413	0.8438	0.8461	0.8485	0.8508	0.8531	0.8554	0.8577	0.8599	0.8621
1,1	0.8643	0.8665	0.8686	0.8708	0.8729	0.8749	0.8770	0.8790	0.8810	0.8830
1,2	0.8849	0.8869	0.8888	0.8907	0.8925	0.8944	0.8962	0.8980	0.8997	0.9015
1,3	0.9032	0.9049	0.9066	0.9082	0.9099	0.9115	0.9131	0.9147	0.9162	0.9177
1,4	0.9192	0.9207	0.9222	0.9236	0.9251	0.9265	0.9279	0.9292	0.9306	0.9319
1,5	0.9332	0.9345	0.9357	0.9370	0.9382	0.9394	0.9406	0.9418	0.9429	0.9441
1,6	0.9452	0.9463	0.9474	0.9484	0.9495	0.9505	0.9515	0.9525	0.9535	0.9545
1,7	0.9554	0.9564	0.9573	0.9582	0.9591	0.9599	0.9608	0.9616	0.9625	0.9633
1,8	0.9641	0.9649	0.9656	0.9664	0.9671	0.9678	0.9686	0.9693	0.9699	0.9706
1,9	0.9713	0.9719	0.9726	0.9732	0.9738	0.9744	0.9750	0.9756	0.9761	0.9767
2,0	0.9772	0.9778	0.9783	0.9788	0.9793	0.9798	0.9803	0.9808	0.9812	0.9817
2,1	0.9821	0.9826	0.9830	0.9834	0.9838	0.9842	0.9846	0.9850	0.9854	0.9857
2,2	0.9861	0.9864	0.9868	0.9871	0.9875	0.9878	0.9881	0.9884	0.9887	0.9890
2,3	0.9893	0.9896	0.9898	0.9901	0.9904	0.9906	0.9909	0.9911	0.9913	0.9916
2,4	0.9918	0.9920	0.9922	0.9925	0.9927	0.9929	0.9931	0.9932	0.9934	0.9936
2,5	0.9938	0.9940	0.9941	0.9943	0.9945	0.9946	0.9948	0.9949	0.9951	0.9952
2,6	0.9953	0.9955	0.9956	0.9957	0.9959	0.9960	0.9961	0.9962	0.9963	0.9964
2,7	0.9965	0.9966	0.9967	0.9968	0.9969	0.9970	0.9971	0.9972	0.9973	0.9974
2,8	0.9974	0.9975	0.9976	0.9977	0.9977	0.9978	0.9979	0.9979	0.9980	0.9981
2,9	0.9981	0.9982	0.9982	0.9983	0.9984	0.9984	0.9985	0.9985	0.9986	0.9986
3,0	0.9987	0.9987	0.9987	0.9988	0.9988	0.9989	0.9989	0.9989	0.9990	0.9990

ANEXO 8. GLOSARIO

A

ADOLESCENCIA:

Es la etapa de la vida donde los seres humanos experimentan un rápido crecimiento y maduración de su cuerpo, maduran también sus emociones y manera de pensar. También cambian sus relaciones con sus amigos y su familia. La adolescencia inicia a los 10 años y termina a los 19. Su inicio está marcado por la pubertad o comienzo del desarrollo biológico y finaliza en la capacidad de independencia económica y social que se logra adquirir.

ADOLESCENTE:

Individuo que está pasando por un proceso de cambio bio-psico-social que inicia en la pubertad con los primeros signos de maduración de las glándulas endocrinas.

ANTICONCEPTIVOS:

Son métodos que los seres humanos utilizan para evitar la concepción

C

CRECIMIENTO:

Generalmente se refiere al agrandamiento del cuerpo en su estructura y peso, pero también puede incluir otros aspectos sociales, psicológicos y espirituales de la persona.

COMUNICACIÓN:

Proceso de interiorización entre las personas en el que se intercambia información comprensible, mediante un código común que establece entre el emisor y el receptor.

CONOCIMIENTO:

Noción o ideas acerca de una determinada situación

D

DESARROLLO:

Es la transformación que va sufriendo el cuerpo de los seres humanos a medida.

DESARROLLO FÍSICO:

Comprende la maduración de los órganos y el sistema del cuerpo para adquirir capacidades nuevas y específicas, esto sucede desde las variaciones en las células del feto y recién nacido hasta modificaciones más complejas que acompañan la pubertad y la adolescencia.

DESARROLLO SOCIAL:

Es el conjunto de habilidades, sentimientos y oportunidades con las que va desenvolviéndose el ser humano, según las reglas de la familia, cultura y país en que vive, esto permite relacionarse con las demás personas y el mundo en general, con respeto, iniciativa, confianza, independencia.

E

EDUCACIÓN SEXUAL:

Es una actividad sexual que se inicia en la infancia que consiste en dotar a los/as niños/as y jóvenes de conocimiento, valores y actitudes necesarias, que permitan vivir su propia sexualidad de manera responsable, positiva y creadora dentro de un contexto socio-cultural en el que se desenvuelve.

EMBARAZO:

Preñez de la mujer. Estado producido una vez que se ha implantado el ovulo fecundado en el útero. Su duración es generalmente de 9 meses calendario.

M

MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Son técnicas utilizadas para evitar el embarazo por métodos farmacológicos, instrumentos que alteran o bloquean uno o más de los procesos reproductores de manera que la unión sexual no tenga como consecuencia la reproducción.

RELACIONES SEXUALES

Se refiere a los lazos o vínculos entre dos personas, tanto del sexo femenino como masculino, que se manifiesta en la amistad, en el noviazgo, matrimonio o relación de pareja.

R

RELACIONES COITALES:

Son las relaciones sexuales genitales que se comienza con besos, etc. y que culmina en la penetración del pene del hombre en la vagina de la mujer, popularmente se les conoce como: “hacer el amor”, “tener sexo”, “acto sexual”, “tener relaciones sexuales”, “coito”.

REPRODUCCIÓN HUMANA:

Proceso por el cual los seres humanos dan lugar a descendientes. El espermatozoide del hombre y el ovulo de la mujer se unen durante la fertilización para formar un nuevo individuo.

RESPONSABILIDAD:

Obligación o compromiso para responder por los actos que nosotros hacemos o que otros han realizado.

S

SEXUALIDAD:

Es la forma de expresar y sentimiento que tienen los seres humanos y que tiene que ver con los procesos biológicos, psicológicos, sociales y cultural