

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



**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN**

**FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y CULTURALES QUE INFLUYEN EN LA  
NO UTILIZACIÓN DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LOS Y  
LAS ADOLESCENTES DEL MUNICIPIO DE CHINAMECA, DEPARTAMENTO  
DE SAN MIGUEL, PERIODO: ENERO A JULIO DE 2003**

**PRESENTADO POR:  
KARLA LISSETH MARTINEZ RIVERA  
WENDY SORAYA MELGAR CANALES**

**PARA OPTAR AL GRADO DE:  
DOCTORADO EN MEDICINA**

**DOCENTE DIRECTOR:  
DRA. LIGIA JEANNET LOPEZ LEIVA**

**NOVIEMBRE DE 2003.**

**SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA.**

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

**AUTORIDADES**

**DRA. MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ**

**RECTORA**

**ING. JOAQUÍN ORLANDO MACHUCA GÓMEZ**

**VICERECTOR ACADÉMICO**

**LICDA. LIDIA MARGARITA MUÑOZ VELA**

**SECRETARIA GENERAL**

**FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL**

**ING. JUAN FRANCISCO MÁRMOL CANJURA**

**DECANO INTERINO**

**LICDA. LOURDES ELIZABETH PRUDENCIO COREAS**

**SECRETARIA**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**DRA. NORMA OZIRIS SÁNCHEZ DE JAIME**

**JEFA DE DEPARTAMENTO**

**LICDA. ELBA MARGARITA BERRIOS CASTILLO**

**COORDINADORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN**

**LICDO. RODOLFO MARTINEZ**

**ASESOR DE ESTADÍSTICA**

**LICDA. ELBA MARGARITA BERRIOS CASTILLO**

**ASESOR DE METODOLOGÍA**

## **AGRADECIMIENTOS**

### **A Dios Todopoderoso:**

Por haberme permitido culminar con éxitos una de mis más ansiadas metas, por darme la sabiduría y la fortaleza para recorrer tan arduo camino.

### **A María Santísima:**

Madre bondadosa, quien guió mis pasos y me permitió con su infinito amor elegir el camino correcto.

### **A mi amado esposo:**

“David” y mi pequeña “Gabrielita”, tesoros de mi vida, quienes con todo su amor impulsaron mi esfuerzo y me ayudaron a continuar, aún cuando todo parecía más difícil.

### **A mis padres:**

Quienes con todo su apoyo y amor hicieron posible la realización de mis sueños; los amo, gracias por estar cuando los necesité.

### **A mis hermanos:**

Judith, Saúl y Mercedita, por todo su apoyo y cariño, el cual se hizo sentir, sobre todo en los momentos más difíciles.

**A mis tíos:**

Orbe, Haydée y Max, por que siempre estuvieron presentes en mis triunfos y fracasos, y me brindaron los más sabios consejos.

**A mi amiga:**

Sandra, "China", eres de lo mejor, tu amistad es a toda prueba, gracias por tu apoyo.

**A mi amiga y compañera:**

Wendy, porque a pesar de los problemas, formamos el mejor equipo y obtubimos lo mejor de cada una, gracias por tu amistad.

Karla

## **AGRADECIMIENTOS**

### **Salmo 27:1**

Jehová es mi luz y mi salvación; ¿de quién temeré?

Jehová es la fortaleza de mi vida ¿de quién he de atemorizarme?

### **A Dios Todopoderoso:**

Por ser tan bondadoso, a El debo todo lo que soy.

### **A mis padres:**

Edith de Melgar y Francisco Eliseo Melgar, por haberme dado la vida y orientado a seguir esta carrera; por todo su amor, apoyo, comprensión y dedicación, haciendo menos difícil la culminación de mi carrera, me siento orgullosa y afortunada de tenerlos como padres.

### **A mis tíos:**

Martha y Juan Fajardo, por su amor y respaldo incondicional, por hacerme sentir que son mis segundos padres, ya que en cualquier instante puedo contar con ustedes.

**A mis hermanas:**

Carolina y Milay Melgar, por brindarme su ayuda y compartir mis alegrías y tristezas, mis triunfos y fracasos.

**A mis sobrinos:**

Keiry y Luis Francisco, por darle momentos alegres a mi vida, los quiero mucho.

**A mi novio:**

Jorge, por haber llegado en el momento oportuno a mi vida y compartir la alegría de este triunfo.

**A mis asesores:**

Licda. Margarita Berrios, Dra. Ligia Jeannet López Leiva y Lic. Rodolfo Martínez, por la entrega y disposición que mantuvieron para la realización de este trabajo de graduación.

**Wendy Soraya Melgar Canales.**



## INDICE

CONTENIDO	Pág.
<b>RESUMEN</b> .....	
iii	
<b>INTRODUCCION</b> .....	<b>v</b>
<b>CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	
9	
1.1 Antecedentes del problema .....	10
1.2 Enunciado del problema . .....	15
1.3 Objetivos de la investigación .....	16
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b> .....	17
2.1 Sexualidad y anticoncepción en la adolescencia .....	18
2.1.1 Adolescencia una etapa de cambios .....	19
2.1.2 Mecanismo de la respuesta sexual .....	20
2.1.3 Interés y conocimiento sexual .....	21
2.2 Consecuencias de la no utilización de métodos de Planificación familiar en los/las adolescentes.....	23
2.2.1 Consecuencias del embarazo en la adolescente .....	24
2.2.2 Datos estadísticos de embarazos en adolescentes de El Salvador .....	27
2.3 Criterios para selección de un método anticonceptivo en los/las adolescentes.....	28
2.4 Métodos de planificación familiar .....	32
2.5 Factores socioeconómicos y culturales que influyen en la no utilización de métodos de planificación familiar.....	64
2.6 Definición de términos básicos .....	71
<b>CAPÍTULO III: SISTEMA DE HIPÓTESIS</b> .....	74
3.1 Operacionalización de las variables en indicadores .....	76

CAPÍTULO IV: DISEÑO METODOLÓGICO .....	77
4.1 Tipo de estudio.....	78
4.2 Universo.....	78
4.3 Muestra .....	78
4.4 Tipo de muestreo .....	82
4.5 Técnicas de obtención de información .....	83
4.6 Instrumento .....	83
4.7 Procedimiento .....	83
CAPÍTULO V: PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS .....	86
5.1 Tabulación, análisis e interpretación de los datos.....	87
5.2 Resultados del cuestionario administrado a la población en estudio .....	89
CAPÍTULO VI : CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	148
6.1 Conclusiones .....	149
6.2 Recomendaciones .....	151
BIBLIOGRAFÍA .....	154
ANEXOS .....	158
1. Cuestionario.	
2. Cronograma de las actividades realizadas.	
3. Programación de las actividades realizadas durante la ejecución de la investigación.	
4. Croquis del Municipio de Chinameca.	

## RESUMEN

Se entrevistaron a 202 adolescentes de los 6 centros escolares que existen en el municipio de Chinameca, departamento de San Miguel, durante los meses de julio y agosto del 2003, a los cuales se les realizó una encuesta con el objetivo general de investigar los factores que influyen en la no utilización de métodos de planificación familiar en los/as adolescentes, y con los objetivos específicos de conocer el porcentaje de la población de adolescentes masculinos y femeninos sexualmente activos que utilizan algún método de planificación familiar; además identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de los/las adolescentes en el uso de métodos anticonceptivos.

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal y analítico obteniendo información a través de un cuestionario administrado a los/as adolescentes con cuyos resultados se elaboraron cuadros y gráficos, llegando a los siguientes resultados: el 58% de los adolescentes pertenecen al sexo masculino, el estado familiar predominante es el de soltero(a) con un 97.2%, un 30% de los jóvenes se encuentra realizando educación media (bachillerato).

La religión que profesan la mayoría de los encuestados es católica con un 66%, es una comunidad en la cual la mayor parte de las familias están

formadas por 5 a 8 personas y en el 45% de los casos son 2 las personas que aportan ingresos económicos, siendo ese ingreso en 51% igual a \$ 137.14; el 83% de los encuestados dijo conocer algún método de planificación familiar, siendo el condón o preservativo y las pastillas anticonceptivas con un 19 y 16% respectivamente los métodos más conocidos por los/as adolescentes; el 80% del grupo de adolescentes encuestados consideran necesario el uso de métodos de planificación familiar, manifestando la mayor parte de ellos que su importancia radica en que previenen embarazos,

De los 202 jóvenes encuestados 131 manifestaron no ser sexualmente activos y un 35% expresó ya haber iniciado relaciones sexuales; de éstos el 61% expresó no utilizar métodos anticonceptivos al tener relaciones sexuales. La mayoría de ellos no contestaron el por qué de esa decisión, seguido por un 15% que dijo simplemente no querer usarlos; y el grupo de adolescentes que si utilizan métodos anticonceptivos manifestó que el más usado es el condón o preservativo con un 34%.

## INTRODUCCIÓN

En todas las épocas ha existido la preocupación por los fenómenos y problemas que los jóvenes plantean a las generaciones adultas y a la sociedad en general. Los asuntos básicos debatidos a través de las épocas, han sido fundamentalmente los mismos; lo que sí ha cambiado es el énfasis con que estos temas han sido abordados, tanto por los jóvenes como por sus mayores.

Los conflictos generacionales y el proceso de socialización, el trabajo productivo y el ocio, la participación social y la conducta sexual de los jóvenes, constituyen temas permanentes de discusión en todos los tipos de sociedades, pues es indispensable dar respuestas nuevas a los problemas de siempre que plantean las generaciones jóvenes.

Actualmente la quinta parte de la población mundial tiene entre 10 y 19 años, y debido al inicio de relaciones sexuales prematrimoniales está más expuesta al riesgo de embarazos involuntarios o no deseados, en los países en desarrollo se ha demostrado que del 20 al 60% de embarazos no son deseados y que los jóvenes tienen información escasa o incorrecta sobre el uso de anticonceptivos y sobre la fertilidad.

El Salvador no escapa a ésta realidad, por ser un país subdesarrollado; de acuerdo a un estudio realizado en 1997 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la proporción de jóvenes afectados por esta problemática es aún mayor y se ha ido agudizando con el pasar de los años; lo que da una pauta para pensar que existe un aspecto en nuestro sistema de salud que necesita ser mejorado.

Por lo antes mencionado el grupo de trabajo consideró conveniente realizar una investigación sobre los factores socioeconómicos y culturales que influyen en la no utilización de los métodos de planificación familiar en los/as adolescentes del municipio de Chinameca del departamento de San Miguel; puesto que la información sobre anticoncepción muchas veces no está correctamente diseminada y en consecuencia es causa de preguntas, preocupaciones y actos irresponsables que sumergen al adolescente en problemas cuya resolución está fuera de su alcance, situaciones tales como: embarazos no deseados y de riesgo, pérdida de escolaridad y oportunidades futuras, abortos y sus secuelas, enfermedades de transmisión sexual incluyendo el VIH/SIDA.

Es así como en este documento se presentan los resultados tanto teóricos como de campo de dicha investigación. Por lo que el trabajo se ha estructurado en seis capítulos, los cuales se describen a continuación:

En el Capítulo Uno, se presenta el planteamiento del problema en donde se describen los antecedentes, es decir el comportamiento del fenómeno investigado desde 1993; luego se enuncia el problema a través de una

interrogante a la cual el grupo trató de darle respuesta. También se presentan como parte de este capítulo los objetivos, tanto el general como los específicos, que orientaron el proceso de investigación.

El Capítulo Dos, contempla el marco teórico, en donde se plasma un conjunto de constructos relacionados entre sí, los cuales presentan una visión sistemática sobre el fenómeno investigado, también se encuentran los términos básicos, los cuales permiten tener una mayor comprensión sobre el fenómeno investigado

En el Capítulo Tres, se muestra el sistema de hipótesis, como un intento para dar respuesta al trabajo de investigación, tomando en cuenta; la situación del fenómeno en estudio, a la vez se presenta la operacionalización de las variables en indicadores que sirvieron de base para la elaboración del cuestionario.

El Capítulo Cuatro, presenta el diseño metodológico donde se detalla el tipo de estudio que se realizó en el trabajo de investigación, el universo o población objeto de estudio, la muestra o parte de la población con la cual se exploró el fenómeno a estudiar.

Se menciona además el tipo de muestreo o procedimiento utilizado para obtener la muestra, las técnicas de obtención de información, el instrumento utilizado para la recopilación de datos, también se hace mención de forma sencilla al procedimiento que se realizó para el desarrollo del trabajo.

En el Capítulo Cinco, se presentan los resultados de la investigación de campo a través de la tabulación, análisis e interpretación de los datos.

El Capítulo Seis, menciona las conclusiones a las cuales las integrantes del grupo de trabajo llegaron al finalizar la investigación, también se mencionan se incluyen las recomendaciones.

Se presenta también la bibliografía consultada, así como los anexos de la investigación, cuya importancia radica en que muestran el croquis del municipio de Chinameca, lugar donde se llevó a cabo la investigación, el instrumento utilizado para la recolección de datos y se detalla el cronograma de actividades realizadas.

También se incluyó como principal dificultad para realizar la investigación el estado de emergencia de alerta roja, que vivió nuestro país El Salvador con la epidemia de neumonía en el mes de agosto, lo que demandó a todo el personal de salud aumentar el tiempo de trabajo de 8 horas a 12 horas diarias de



atención a la comunidad, debido a esto se pospusieron actividades ya programadas para la realización de trabajo de investigación como ejemplo la obtención de información a través de las encuestas y reuniones con el docente director.

**CAPITULO I:**  
**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

## **1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA**

La planificación familiar como programa, se inicia en El Salvador en 1962 año en que se fundó la Asociación Demográfica Salvadoreña (ADS). Antes de éste año, los hospitales brindaban servicios de planificación familiar, especialmente de esterilización femenina, según la demanda. En 1968 éste programa aumentó por acuerdos de trabajo conjunto entre el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y la ADS.

En 1970, el MSPAS inicia el programa de planificación familiar y establece las normas correspondientes, además el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) incorpora los centros de atención iniciando el programa de esterilización.

En 1974 se revisaron y uniformizaron las normas de esterilización quirúrgica femenina y se reconoce el derecho de la mujer a decidir sobre la misma, sin necesidad del consentimiento del cónyuge o compañero.

En El Salvador el embarazo en adolescentes es un problema de gran magnitud; tanto de sus implicaciones socioeconómicas, como por el alto

porcentaje de mujeres menores de 20 años que actualmente se convierten en madres.

Para el año de 1997 se reporta que “el 25% de los partos atendidos a nivel nacional, ocurrieron en este grupo de edad dando por resultado una tasa de fecundidad de 116 nacimientos por cada 1000 adolescentes en el período de 1997 – 1998”.<sup>1</sup>

Además de los problemas médicos a que se exponen por los riesgos inherentes a la maternidad a temprana edad; las jóvenes que se embarazan antes de los 20 años, sufren posteriormente problemas socioeconómicos, ya que se incrementan sus posibilidades de:

- a) Recibir menos educación.
- b) Tener mayor dificultad para conseguir empleo.
- c) Sufrir el abandono de su pareja
- d) Vivir en la pobreza.

Un problema grave que se presenta en la adolescencia son los altos índices de aborto. “La OMS tiene datos sobre embarazos involuntarios que

---

<sup>1</sup> MSPAS de El Salvador, “Normas de Planificación Familiar” 1999, Pág. 23

causan a nivel mundial, por lo menos 20 millones de abortos en condiciones de riesgo, lo cual produce la muerte de unas 80,000 mujeres”.<sup>2</sup>

Uno de los componentes del Plan Nacional de Salud Reproductiva es relacionado con el acceso a los servicios de planificación familiar y al uso informado y voluntario de los diferentes métodos que regulan la fertilidad; los cuales deben garantizarse a la totalidad de la población salvadoreña. En los últimos años han existido avances muy importantes en los conocimientos sobre la seguridad, eficacia y aceptabilidad de los métodos que regulan la fertilidad.

Como parte de la meta del Plan Nacional de Salud de lograr la máxima cobertura se ha establecido el programa de educación sexual y planificación familiar en adolescentes, el cual se ha implementado en los diferentes niveles, desde unidades de salud hasta hospitales de tercer nivel.

En el departamento de san Miguel y específicamente en el municipio de Chinameca, este servicio es prestado por los profesionales que laboran en la Unidad de Salud de dicho municipio, el cual cuenta con una población total de 40,550 habitantes, tanto en el área urbana como en el área rural; de los cuales

---

<sup>2</sup> [www.celsam.org/prensa.asp?cve\\_boletin=19](http://www.celsam.org/prensa.asp?cve_boletin=19)

se estima que 6,210 son adolescentes entre 10 y 19 años y de éstos un 49% es del sexo femenino y un 51% es del sexo masculino.

Según el Informe Estadístico Mensual Automatizado (IEMA) de la Unidad de Salud de Chinameca, se reportan para este municipio bajas coberturas en el programa de planificación familiar en adolescentes.

De modo que para el año 2000 se registraron:

- Adolescentes de 10 -14 años:
  - 0 personas inscritas.
- Adolescentes de 15 – 19 años:
  - a) Inyectables: 16 personas inscritas.
  - b) Barrera: 0 personas inscritas.
  - c) Orales: 0 personas inscritas.

Para el año 2001 se registraron:

- Adolescentes de 10 – 14 años:
  - a) Inyectables: 2 personas inscritas.
- Adolescentes de 15 – 19 años:
  - a) Inyectables: 18 personas inscritas.
  - b) Barrera: 0 personas inscritas.
  - c) Orales: 1 persona inscrita.

Para el año 2002 se registraron:

- Adolescentes de 10 – 14 años: 0 personas inscritas.
- Adolescentes de 15 – 19 años:
  - a) Inyectables: 31 personas inscritas.
  - b) Barrera: 1 persona inscrita.
  - c) Orales: 12 personas inscritas.

Según los datos anteriormente descritos el número de adolescentes inscritos en el programa de planificación familiar, ha ido incrementándose con el pasar de los años, lo cual podría explicarse por el hecho de que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a través de la Unidad de salud han realizado acciones dirigidas a la población adolescente tales como: charlas sobre educación sexual y métodos de planificación familiar en instituciones educativas urbanas y del área rural, sesiones de concientización con grupos de riesgo; a pesar del incremento estadístico puede observarse que las coberturas son bajas, lo cual podría explicarse por la no inclusión total del grupo de riesgo en el Programa Nacional de Escuela Saludable en el que se brinda atención integral al adolescente hasta el sexto grado de primaria y por la distribución de métodos de barrera e inyectables por promotores de salud que en la mayoría de ocasiones no registran éstos como datos estadísticos.

## **1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA**

Para efectos de la presente investigación el enunciado del problema queda establecido de la siguiente manera:

¿Cuáles son los factores que influyen en la no utilización de métodos de planificación familiar en los/as adolescentes del municipio de Chinameca, departamento de San Miguel, enero a julio de 2003?



### **1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **OBJETIVO GENERAL**

Investigar los factores que influyen en la no utilización de métodos de planificación familiar en los/as adolescentes del municipio de Chinameca departamento de San Miguel, período enero a julio año 2003.

#### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Identificar los factores que influyen en la decisión de la no utilización de métodos de planificación familiar en los/as adolescentes de municipio de Chinameca.
2. Conocer el porcentaje de la población de adolescentes masculinos y femeninos sexualmente activos, del municipio de Chinameca que utilizan algún método de planificación familiar.
3. Identificar conocimientos, actitudes y prácticas de los y las adolescentes en el uso de métodos de planificación familiar.

**CAPITULO II:**  
**MARCO TEÓRICO**

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1. SEXUALIDAD Y EDUCACIÓN**

La sexualidad humana se define como: “La suma de atributos físicos, funcionales y psicológicos que se expresan por la identidad y conducta sexual de un sujeto en relación o no con los objetos sexuales o con la procreación”.<sup>3</sup>

Por otra parte no supone exclusivamente la explicación de los instintos biológicos, ni tampoco es fruto de un aprendizaje social pasivo, sino que es el resultado de la interacción cognitiva entre el individuo y el medio ambiente. La naturaleza impone entre el hombre y mujer la única diferencia que ninguna cultura ha podido modificar, al menos masivamente: la capacidad de la mujer para menstruar, gestar y lactar, facultad inexistente en el hombre.

Todas las personas nacen capacitadas para manifestar una amplia variedad de comportamientos sexuales, de los que la cultura selecciona aquellos que considera normales, tratando de imponerlos a través de la educación, la moral, la religión y las leyes vigentes.

De esta forma, existen aspectos de la sexualidad considerados positivos por determinadas culturas, pero que son condenados por otras.

---

<sup>3</sup> Océano. Diccionario de Medicina. Tomo I. Pág.1158.

### **2.1.1 Adolescencia una etapa de cambios.**

La adolescencia se define como “el período del desarrollo entre el comienzo de la pubertad y la edad adulta. Suele empezar entre los 11 y los 13 años de edad con la aparición de los caracteres sexuales secundarios, y termina a los 18 a 20 años con la adquisición de la forma adulta totalmente desarrollada”.<sup>4</sup>

De igual manera la adolescencia constituye una etapa amplia en la evolución humana que se caracteriza por una serie de importantes y complejos cambios biofisiológicos, psicológicos, afectivos e intelectuales que, en su conjunto conforman, como resultado de la interacción con el medio, la identidad juvenil de género.

Una de las manifestaciones más típicas, pero no por ello de menor importancia, la constituye la aparición de la menarquia (primera menstruación) y de las primeras eyaculaciones (emisión de semen), que se identifican erróneamente con la maduración sexual. Estos fenómenos incitan, inicialmente, a una búsqueda más intensa de formación sexual. Por extraño que parezca, a pesar del silencio general que suelen mantener los adultos, los adolescentes consideran que deberían ser los padres quienes les informen.

---

<sup>4</sup> Ibidem. Pág.25.

Los cambios biofisiológicos implican la capacidad biológica para la reproducción, que dan lugar a la producción cíclica de óvulos en la mujer y a la formación permanente de espermatozoides en el varón. También implican la capacidad completa de respuesta sexual, es decir, una serie de reacciones conductuales ante un estímulo sexual efectivo que se manifiesta según las fases de deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución.

### **2.1.2 Mecanismo de la respuesta sexual.**

El mecanismo por el cual la persona percibe el estímulo y reacciona frente a él está a su vez integrado por dos sistemas que trabajan en forma coordinada e íntimamente relacionados entre sí; estos sistemas son el fisiológico y el psicológico.

En los centros cerebrales se procesa el estímulo como una computadora. El impulso llega al rinencéfalo – o cerebro primitivo vegetativo – y de allí se transmitirá por la vía nerviosa a todo el organismo. En el rinencéfalo, el impulso es sometido a la influencia de los órganos cerebrales superiores – corteza cerebral – donde residen los elementos que constituyen el factor psicológico, entre los cuales figuran el recuerdo, las experiencias anteriores, las ideas y los conocimientos que en general vienen a formar la actitud que el sujeto posee frente a lo sexual. La acción directa de éstos elementos del factor psicológico va

a producir una modificación del impulso en forma de inhibición o de facilitación, con lo cual el impulso que se va a transmitir a todo el organismo de la persona se intensificará, disminuirá o será frenado.

El impulso transmitido por las vías nerviosas medulares y extramedulares alcanza los sistemas muscular y vascular de todo el organismo, especialmente en los órganos genitales y produce contracción muscular y vasocongestión que son los elementos fisiológicos fundamentales de la respuesta sexual.

### **2.1.3 Intereses y conocimiento sexual.**

Los intereses sexuales de la adolescencia son muy extensos y reflejan en muchos de los casos sus propias inquietudes ante la vivencia que experimentan de la sexualidad humana. Los intereses sexuales de los adolescentes se ponen de manifiesto siempre que se presenta una oportunidad para expresarlos y representan una gama muy amplia de temas que van más allá de lo meramente biológico.

El conocimiento sexual no puede identificarse exclusivamente con los aspectos biológicos de la sexualidad humana, ya que implica el conocimiento de nosotros mismos, de los demás (identidad juvenil de género, imagen corporal, autoestimulación, ciclo de respuesta sexual), de las relaciones

interpersonales (enamoramamiento, amor, afectividad, orientación del deseo sexual) y de las instituciones (matrimonio, divorcio) en cada contexto histórico y geográfico concreto.

El conocimiento sexual no se obtiene como resultado de recibir información, puesto que existe un proceso permanente de interpretación y deformación de la información que recibimos.

La adolescencia no es meramente un proceso biológico, sino también psicológico y social que asume características diferentes según las estructuras sociales y culturales de cada sociedad en particular. La OMS; define a la adolescencia como el grupo etáreo entre los 10 y 19 años.

Los/as adolescentes con vida sexual activa necesitan una anticoncepción apropiada, segura y eficaz. Muchas veces sus estilos de vida pueden exponerlos a un riesgo considerable de contraer una ETS, incluido el VIH/SIDA. Por último la maternidad temprana está asociada con precarias condiciones de salud, tanto para la madre como los(as) hijos(as); así como las repercusiones que esto acarrea en el ámbito biológico, psicológico y social.

“El riesgo de muerte para la madre de 15 años o más jóvenes es 60% mayor que el de madres de 20 años, pues las adolescentes en cinta tienen un riesgo mucho más alto de complicaciones médicas serias tales como:

- La toxemia
- Hipertensión
- Anemia importante
- Parto prematuro
- Y/o placenta previa”<sup>5</sup>

## **2.2 CONSECUENCIAS DEL NO USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LOS/AS ADOLESCENTES.**

### **El embarazo de la adolescente**

El embarazo de una adolescente, puede producirse desde el momento que tiene ovulación; y puede ocurrir en una sola relación sexual. Es considerado también como uno de los embarazos de más alto riesgo por las características físicas aún no bien definidas de la adolescente, hasta los 19 años. Después de los 20 años el crecimiento físico ha terminado y el cuerpo está en condiciones de sobrellevar bien el embarazo y el parto. Antes de los 19 años, la adolescente tiene las siguientes características:

---

<sup>5</sup> [www.tuotromédico.com](http://www.tuotromédico.com)



- a) Está aún en crecimiento y éste se detiene en el embarazo.
- b) El diámetro de la pelvis es aún pequeño e insuficiente para el parto.
- c) Cuanto más joven, es mayor la posibilidad de aborto y de parto prematuro.
- d) Es frecuente que el parto se presente patológico en más del 50% terminando con cesárea, forceps o prematuridad.
- e) El trabajo de parto tiene mayor duración, en vez de 10 a 12 horas llega al doble con el consiguiente sufrimiento fetal.
- f) El bebé generalmente es de peso bajo.
- g) La mortalidad infantil es elevada en hijos de madres menores de 19 años.

Generalmente las madres adolescentes son madres solteras, sin control prenatal, con embarazos no deseados, o adolescentes que ignoran estar embarazadas por lo menos en los primeros meses y pueden estar sobrellevando una preeclampsia (presión arterial alta, edema, albúmina en orina). Al no tener control médico, pueden evolucionar al cuadro denominado eclampsia (convulsión y coma) y puede morir.

### **2.2.1 Consecuencias del embarazo en la adolescente**

El embarazo de la adolescente conlleva problemas para ella misma, el niño, la familia y la sociedad.

En la adolescente, las consecuencias físicas mencionadas: detención de su crecimiento, embarazo de riesgo, probable muerte durante el mismo.

Desde el punto de vista emocional, se deben tener en cuenta los cambios psíquicos que la adolescente está experimentando durante éste período de la vida; su rebelión y sus ansiedades por los cambios físicos. Todo esto sumado a la enorme preocupación por este accidente no deseado, la llevan a una situación desesperante, incluso es probable que su desequilibrio emocional llegue al máximo nivel.

En lo social, pensemos que la adolescente tiene un mundo, para ella grande, donde se maneja. Este mundo es la escuela, su círculo de amigos y familiares. De proseguir el embarazo, perdería su escolaridad, y consecuentemente perdería a largo plazo la oportunidad de lograr una mejor posición en la vida; que la hubiera conseguido estudiando; en adelante deberá trabajar, para proveer alimento y otras necesidades a su hijo, debe dedicar parte de su tiempo cuidándolo. Las perspectivas futuras de ésta joven se ven estrechas y cortas. El rechazo social que la envuelve es común en América Latina.

Para el niño, las consecuencias del embarazo adolescente están en relación con las condiciones del embarazo y del parto y son: muerte al nacer,

probabilidad de muerte durante el primer año de la vida, secuela de trauma obstétrico con probable cociente intelectual inferior al normal. A las consecuencias físicas se suman las psicológicas, originadas de la carencia afectiva, pues como un niño no deseado, indudablemente, y unido a su ilegitimidad y pobreza le ofrecerán pocas posibilidades de ser un niño satisfecho.

La familia sufre las presiones de la sociedad, que recaen sobre la adolescente, y juntas, la familia y la adolescente pueden inclinarse hacia el matrimonio forzado para evitar la vergüenza de la familia. En otras circunstancias se decide el aborto, con o sin consentimiento familiar. otras recurren incluso al suicidio para evitar éste grave problema social.

Los padres ven como una desgracia el embarazo de una hija soltera, se sienten culpables de no haber ayudado temprano a esa hija joven. Frecuentemente los padres rechazan a la hija por su conducta, sin admitir que ésta conducta es resultado de su propio rol equivocado como padres.

### **2.2.2 Datos estadísticos de embarazos en adolescentes en El Salvador.**

“En El Salvador, durante 1999, la red de hospitales públicos atendió a veintiséis mil doscientos cuarenta (26,240) adolescentes que dieron a luz. Esa cantidad representó el 32.1% de las partes en todo el territorio nacional”.<sup>6</sup>

“En el 2000, El Ministerio de Salud Pública registró veintitrés mil trescientos diecisiete (23,317) alumbramientos en menores de 19 años. Eso significó el 27.1% de partos a escala nacional”.

“En el 2001, la cifra fue de veinte mil cuatrocientos trece (20,413) alumbramientos. De setenta y cuatro mil ochocientos treinta y siete (74,837) partos atendidos en 2002, veintiún mil setecientos tres (21,703) fueron de madres adolescentes. Eso significó que al mes se registró un promedio de mil ochocientos ocho alumbramientos en la red hospitalaria del sector público”.

En los primeros tres meses del 2003, el Ministerio ha contabilizado cuatro mil ochocientos doce partos en jóvenes entre los 10 y 19 años.

En el 2001, se contabilizaron 216 estudiantes embarazadas en el último censo que realizó el Ministerio de Educación, debido a esto se comenzó a

---

<sup>6</sup> [www.social@laprensa.com](http://www.social@laprensa.com)

trabajar en el Programa de Educación para la vida, el cual pretende instruir a los estudiantes (adolescentes) sobre la educación integral de la sexualidad.

### **2.3 CRITERIOS PARA SELECCIÓN DE UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO EN LOS/LAS ADOLESCENTES.**

Los/as adolescentes son una categoría especial con un riesgo especialmente alto asociado a:

- Embarazo no esperado
- Aborto y sus secuelas

En algunos escenarios, los/as adolescentes están también expuestos a un riesgo elevado de enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluyendo el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Decidir proveer la anticoncepción adecuada en estas circunstancias deberá ser visto en el contexto de estos riesgos muy elevados. En general, las adolescentes son saludables y elegibles por cualquiera de los métodos anticonceptivos.

Los/as adolescentes con vida sexual activa esporádica o frecuente, con cambios frecuentes de pareja sexual, con varias parejas sexuales simultáneas, con paridad, pueden seleccionar un método anticonceptivo.

En la adolescencia, estas características no se dan de forma aislada sino simultáneamente, por lo que es necesario más que en otras situaciones individualizar cada caso para aconsejar el método más seguro y adecuado para el o la adolescente.

Según estas características y para fines prácticos, se pueden agrupar a los y las adolescentes en 3 grupos.

### **Grupo I**

#### **Adolescentes varones o mujeres sin antecedentes de vida sexual.**

Recomendaciones:

Para mujeres:

Como primera opción, anticonceptivos hormonales orales preferiblemente (píldoras combinadas) se deben prescribir idealmente por lo menos un mes antes de que inicie su vida sexual independientemente de que haya presentado su menarquia y se recomendará reforzarlo con métodos de barreras física (preservativo) para proteger de las enfermedades de transmisión sexual.

Para los varones:

Como primera opción, métodos de barrera física (preservativo).

## **Grupo II**

### **Adolescentes con inicio de vida sexual.**

Recomendaciones:

Adolescente mujer sin hijos:

Adolescente que nunca han estado embarazadas. Como primera opción anticonceptivos hormonales orales preferiblemente (píldoras combinadas) En algunos casos se debe reforzar con métodos de barrera física para proteger de las enfermedades de transmisión sexual.

Adolescentes que tuvieron un aborto o parto con hijo(a) fallecido(a)

- Primera opción anticonceptivos hormonales preferiblemente (píldoras combinadas). En algunos casos se debe reforzar con métodos de barrera física para proteger de las enfermedades de transmisión sexual.
- Segunda opción anticonceptivos hormonales inyectables. En algunos casos se debe reforzar con métodos de barrera física para proteger de las enfermedades de transmisión sexual.
- Tercera opción: dispositivo intrauterino, cuando no hay riesgo de enfermedades de transmisión sexual.

Adolescente varón sin hijos:

Primera opción métodos de barrera física (preservativos)

### **GRUPO III**

#### **Adolescente mujer con hijo (a) vivo (a)**

En el período puerperal: Énfasis en anticoncepción post parto, recomendar siempre la lactancia materna. Aplicar los criterios de elegibilidad para la mujer adulta. Reforzar con métodos de barrera física cuando sea necesario.

En el período intergenésico aplicar criterios de selección para la mujer adulta. Reforzar con métodos de barrera física, cuando sea necesario.

#### **Adolescente varón con hijo:**

Primera opción: Métodos de barrera física. Para los tres grupos se deben incluir la consejería en planificación familiar.



## **2.4 MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

### **GENERALIDADES DE LOS ANTICONCEPTIVOS.**

#### **MÉTODOS TEMPORALES**

##### **Anticonceptivos Orales Combinados (AOC)**

###### **Definición.**

Son pastillas que contienen estrógenos y progestinas en diferentes dosis, que previenen temporalmente el embarazo.

###### **Presentación**

1. Sobre o paquete con 21 pastillas activas
2. Sobre o paquete con 21 pastillas activas y 7 pastillas inactivas.

###### **Mecanismo de acción**

Principalmente inhiben la ovulación y en forma secundaria espesan el moco cervical dificultando el paso de los espermatozoides.

## **Duración del efecto anticonceptivo**

La protección anticonceptiva está limitada a cada uno de los ciclos en los cuales se ingieren las pastillas en forma correcta y sistemática.

## **Retorno de la fertilidad**

El retorno de la fertilidad es inmediato a la suspensión del método.

## **Modo de uso**

En presentación de 21 pastillas, se ingiere una cada día, de preferencia a la misma hora, seguido de 7 días de descanso. Los ciclos siguientes deben iniciarse después del período de 7 días de descanso, sin ingesta de pastillas, independientemente del sangrado menstrual.

En las presentaciones de 28 pastillas, se ingiere una de éstas, que contienen hormonas, diariamente durante 21 días consecutivos, seguido de 7 días durante los cuales se ingiere a diario una pastilla que puede contener hierro o sólo placebo; debe comenzar el nuevo paquete al día siguiente de terminar el paquete anterior (es decir, sin interrupciones).

## **Inicio del Método**

En cualquier momento en que el proveedor esté razonablemente seguro de que la usuaria no está embarazada, de preferencia dentro de los primeros 7 días del ciclo menstrual.

Si se inician después del día 7 del ciclo regular se debe recomendar el uso de métodos de barrera o abstinencia durante 7 días.

En el posparto:

En mujeres con lactancia exclusiva, los AOC no deben iniciarse durante los primeros 6 meses. Su inicio generalmente no se recomienda entre las 6 semanas y los 6 meses.

Para las mujeres no lactando:

Los AOC pueden iniciarse a partir de la tercera semana del postparto.

En el postaborto:

Podrá usarse de inmediato después de un aborto del primer o segundo trimestre. Igualmente aplicable al aborto séptico o bien iniciarse dentro de los primeros 7 días posteriores al aborto, o en cualquier momento en que se pueda estar razonablemente seguro de que la mujer no esté embarazada.

## **Efectos secundarios:**

Algunas mujeres pueden presentar:

- Cefalea
- Nauseas
- Mareo
- Sensibilidad mamaria anormal
- Irregularidades menstruales
- Cambios de estado de ánimo.

## **Signos de Alarma.**

En muy raras ocasiones pueden presentarse los siguientes signos:

- Dolor intenso en el pecho o dificultad para respirar.
- Visión borrosa.
- Cefalea intensa con síntomas neurológicos focales.
- Dolor intenso en las piernas o en el abdomen.

**Disponible en Unidades de Salud**

## **Anticonceptivos inyectables combinados**

### **Definición**

Los anticonceptivos inyectables combinados son compuestos de estrógenos naturales y progestinas sintéticos, que se usan por vía intramuscular con el objetivo de prevenir temporalmente el embarazo.

### **Descripción o Tipo**

1. 5 mg. de Valerianato de Estradiol más 50 mg. de Enantato de noretisterona.
2. 5 mg. de Cipionato de estradiol más 25 mg. de Acetato de medroxiprogesterona.
3. 10 mg. de Enantato de estradiol más 150 mg. de Acetofénido de dihidroxiprogesterona.

### **Mecanismo de acción**

Principalmente inhibe la ovulación y en forma secundaria espesa el moco cervical, dificultando el paso de los espermatozoides.

### **Duración de efecto anticonceptivo**

La protección anticonceptiva es por un período de 30 días.

### **Retorno de la fertilidad**

El retorno de la fertilidad es inmediato, una vez terminados los 30 días de protección anticonceptiva.

### **Modo de uso**

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

### **Inicio de método**

Se recomienda iniciar dentro de los primeros 5 a 8 días de ciclo menstrual, dependiendo de la presentación escogida. Si se inicia después de éste período, utilizar un método de barrera o abstinencia por 7 días.

En cualquier momento del ciclo en que el proveedor esté razonablemente seguro de que la usuaria no esté embarazada.

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

En mujeres postaborto se puede iniciar en cualquier tiempo dentro de la primera semana.

### **Efectos secundarios posibles.**

- Cefalea
- Aumento de peso
- Nauseas
- Sensibilidad mamaria anormal
- Irregularidades menstruales
- Amenorrea
- Cambios del estado de ánimo.

### **Signos de alarma**

- Dolor intenso en el pecho o dificultad para respirar.
- Visión borrosa.
- Cefalea intensa con síntomas neurológicos focales
- Dolor intenso en las piernas o el abdomen.

**No disponible en Unidades de Salud.**

## **Anticonceptivos orales sólo de progestina.**

### **Definición**

Son píldoras que sólo contienen una progestina sintética y que se ingieren diariamente en forma continua.

### **Descripción o Tipo**

Existen tres formulaciones que contienen una progestina sintética:

1. 500 mcg. de linestrenol.
2. 37.5 mcg. de levonorgestrel.
3. 350 mcg. de noretindrona.

### **Mecanismo de acción**

Espesamiento del moco cervical, dificultando la penetración de espermatozoides.

Inhiben parcialmente la ovulación.

Posibles cambios en el endometrio.



## **Duración del efecto anticonceptivo**

La protección anticonceptiva depende del uso diario y continuo. Si se omiten una o más tabletas el método no es efectivo.

## **Modo de uso, formas de administración y técnicas**

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

Debido a que el efecto anticonceptivo de cada tableta dura 24 horas, es necesario tomar la siguiente tableta a la misma hora, y seguir estrictamente la ingestión diaria. Si la tableta se ingiere después de tres horas de la hora habitual, su efectividad disminuye, por lo que deberá agregar un método de barrera o abstinencia en las siguientes 48 horas.

## **Inicio del Método**

Los anticonceptivos orales que sólo contienen progestina pueden iniciarse en cualquier momento del ciclo menstrual en que se esté razonablemente seguro que la mujer no está embarazada, preferiblemente dentro de los primeros 7 días de ciclo menstrual. Si el método se inicia después del séptimo

día debe usarse un método de apoyo, como condones o abstinencia durante 48 horas.

En el postparto en mujeres lactantes, se debe iniciar después de la sexta semana. En mujeres no lactantes y en el postaborto se puede iniciar inmediatamente después del evento.

### **Efectos secundarios**

- Irregularidades menstruales (hemorragia, manchado prolongado o amenorrea).
- Cefalea.
- Sensibilidad mamaria anormal
- Náuseas y aumento de peso.

### **Signos de Alarma**

- Dolor abdominal intenso (signo de alerta de embarazo ectópico), en este caso se debe acudir inmediatamente a consulta.

**No disponible en Unidades de Salud.**

## **Anticonceptivos inyectables sólo de progestina**

### **Definición:**

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

### **Descripción o Tipo**

Existen 2 formulaciones diferentes, ambos contienen una progestina sintética esterificada:

1. 200 mg. de enantato de noretisterona (MET-EN) en ampollas de 1 ml. de solución oleosa.
2. 150 mg. de acetato de medroxiprogesterona microcristalina (DMPA) en ampollas de 3 ml. de solución acuosa.

### **Mecanismo de acción**

Inhibición de la ovulación.

Espesamiento del moco cervical, dificultando la penetración de los espermatozoides.

### **Duración del efecto anticonceptivo**

La protección anticonceptiva conferida por el enantato de noretisterona (NET-EN) se extiende por lo menos a 60 días después de su aplicación.

La protección anticonceptiva conferida por el Acetato de medroxiprogesterona (DMPA) se extiende hasta por la menos 90 días después de su aplicación.

### **Modo de uso, forma de administración y técnicas**

Enantato de noretisterona (NET-EN): 1 ampolla inyectable profunda cada 8 semanas (2 meses); no debe darse masaje en el sitio de aplicación. En caso contrario puede administrarse 2 semanas antes y hasta 1 semana después de la fecha indicada.

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

Los sitios de aplicación aceptables son tanto el brazo (región deltoide) como las nalgas (región glútea) aunque debe considerarse según la preferencia de la usuaria.

### **Inicio del Método**

Los anticonceptivos inyectables que sólo contienen progestina, pueden iniciarse en cualquier momento del ciclo menstrual en que se esté razonablemente seguro que la mujer no está embarazada, preferentemente durante los primeros 7 días del ciclo menstrual. Si el método se inicia después del día 7 del ciclo, debe usarse un método de respaldo como condones o abstinencia durante 7 días.

En el postparto, en mujeres lactantes, se debe iniciar después de la sexta semana. En mujeres no lactantes y en el postaborto se puede iniciar inmediatamente después del evento.

### **Efectos secundarios**

- Irregularidades menstruales.
- Sangrado prolongado o abundante.
- Amenorrea.
- Cefalea.

- Mastalgias.
- Aumento de peso.
- Cambios del estado de ánimo.

### **Complicaciones**

No se han descrito complicaciones importantes con su uso.

**Disponibles en Unidades de Salud.**

### **Anticonceptivo subdérmico sólo de progestina**

#### **Definición:**

Es un método anticonceptivo temporal, de acción prolongada, de aplicación subdérmica y que contiene una progestina sintética (no contiene estrógeno).

#### **Descripción**

Los implantes de Norplant consisten en 6 cápsulas de dimetilpolisiloxano, conteniendo cada una 36 mg. de levonorgestrel, liberando un promedio de 30 mcg. de levonorgestrel por día.

### **Mecanismo de acción**

Espesamiento del moco cervical dificultando la penetración de los espermatozoides.

Inhiben parcialmente la ovulación

Posibles cambios en el endometrio.

### **Duración del efecto anticonceptivo**

El efecto anticonceptivo dura hasta 5 años y comienza inmediatamente después de su aplicación. El regreso de la fertilidad es inmediato al retiro del implante.

### **Modo de uso, forma de administración y Técnica**

Las cápsulas deben insertarse subdérmicamente en la cara interna del brazo, siguiendo la técnica recomendada para el método.

### **Inicio del método**

Los implantes pueden colocarse en cualquier momento del ciclo menstrual, en que se esté razonablemente seguro que la mujer no está embarazada,

preferiblemente durante los primeros 7 días del ciclo menstrual. Si el método se inicia después del séptimo día debe usarse un método de respaldo, como condones o abstinencia durante 7 días.

En el postparto: en mujeres lactantes, se debe iniciar después de la sexta semana. En mujeres no lactantes y en el postaborto se puede iniciar inmediatamente después del evento.

### **Efectos secundarios**

- Alteraciones del patrón del sangrado menstrual.
- Alteración del peso corporal.
- Cefalea.
- Sensibilidad mamaria anormal.

### **Signos de alarma**

- Dolor intenso en el pecho con dificultad para respirar.
- Cefalea severa, recurrente, incluida migraña con síntomas neurológicos focales.

**No disponible en Unidades de Salud.**



## **Píldoras anticonceptivas de emergencia**

### **Definición:**

Es el uso de anticonceptivos orales dentro de las primeras 72 horas posteriores a una relación sexual sin protección para la prevención del embarazo.

### **Descripción o tipos**

Existen dos tipos principales:

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

Pastillas que contienen sólo progestina.

### **Mecanismo de acción:**

El mecanismo de acción principal depende de cuando en el ciclo menstrual se haga uso del método. El mecanismo principal es la inhibición o postergación de la ovulación.

Es también posible que ocurran efectos en el endometrio, los que teóricamente podrían afectar la implantación de un huevo fecundado. Las

PAE, no son efectivos una vez que ha ocurrido la implantación, no tienen un efecto abortivo.

**Duración del efecto anticonceptivo:**

El efecto anticonceptivo está limitado estrictamente a los días en que se usa el método en la forma recomendada.

**Modo de uso:**

Se recomienda su uso sólo para casos de emergencia y no como método regular de planificación.

**Inicio del Método**

Podrá iniciarse inmediatamente después de una relación sexual no protegida dentro de las primeras 72 horas, en cualquier etapa del ciclo menstrual.

Está indicado posterior a una violación, relación sexual imprevista, como protección adicional en caso de uso incorrecto de otros métodos, ruptura o deslizamiento del condón masculino y como apoyo al uso regular de métodos naturales o de barrera.

## **Efectos Secundarios**

- Nauseas y vómitos
- Irregularidades en el ciclo menstrual

## **Complicaciones**

No se han descrito complicaciones importantes con su uso.

**No disponible en Unidades de salud.**

## **Dispositivo Intrauterino (DIU)**

### **Definición:**

Es un método temporal de planificación familiar que consiste en colocar un dispositivo dentro de la cavidad uterina.

### **Descripción**

Los DIU son fabricados de polietileno flexible con hilos que facilitan su colocación y extracción. Existen los no medicados o inertes y los medicados que a su vez pueden ser con cobre o liberadores de hormonas, estos últimos

liberan constantemente pequeñas cantidades de hormona esteroide en el útero (progestina).

Los DIU más utilizados actualmente en el país son los medicados, de los cuales el más usado es el de polietileno en forma de T recubierto de cobre (TCu-380).

#### **Mecanismo de acción:**

El cobre contenido en el dispositivo afecta la viabilidad y la motilidad de los espermatozoides, impidiendo la fecundación, por lo tanto interfiere con el proceso reproductor antes que el óvulo llegue a la trompa de Falopio. Sin embargo, el mecanismo de acción exacto no es totalmente conocido.

#### **Duración del efecto anticonceptivo**

La protección anticonceptiva se inicia inmediatamente después de su inserción y el efecto de la TCu-380<sup>a</sup> dura hasta 10 años.

#### **Modo de Uso, forma de administración y técnicas.**

Después de realizar un examen ginecológico el DIU se coloca dentro de la cavidad uterina utilizando las técnicas de asepsia establecidas.

### **Inicio del método**

El DIU puede insertarse durante la menstruación o en cualquier día del ciclo menstrual, cuando se esté razonablemente seguro que no hay embarazo.

En el postparto, la inserción debe realizarse preferentemente dentro de los 10 minutos posteriores a la expulsión de la placenta. Esta técnica puede realizarse después de un parto o durante una cesárea. También se puede hacer la colocación del DIU antes de que la usuaria sea dada de alta dentro de las 48 horas posparto. Inmediatamente después de legrado por aborto incompleto no séptico.

### **Efectos colaterales**

Los efectos colaterales son poco frecuentes, generalmente limitados a los primeros 3 meses posteriores a la inserción y puede manifestarse de la siguiente manera:

- Dolor pélvico durante el período menstrual

- Aumento de la cantidad y duración del sangrado menstrual
- Aumento de la secreción vaginal (flujo)
- Sangrado intermenstrual

### **Signos de alarma**

- Dolor abdominal severo con o sin fiebre.
- Secreción vaginal purulenta.
- Hemorragia vaginal.
- Amenorrea de 6 semanas o más.
- Hilos no visibles ni palpables.

La paciente se refiere al 2° nivel (hospital) para la colocación de DIU.

### **Métodos de Barrera**

#### **Definición:**

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

#### **Descripción**

Dependiendo de su naturaleza se dividen en:

**Físicos:**

Preservativo o condón

Diafragma cervical \*

Capuchón cervical\*

\* No están disponible en el país

**Químicos o espermicidas de uso vaginal**

Óvulos

Tabletas

Espumas

Cremas

Jalea

Película

**Mecanismo de acción**

Físicos:

Impiden el paso de los espermatozoides hacia el aparato reproductor femenino por acción de una barrera física.

Químicos:

Inactivan o destruyen los espermatozoides a nivel de la vagina, haciendo improbable la fecundación.

## **Condomes**

### **Descripción**

Condón masculino: Es una bolsa delgada generalmente hecha de poliuretano o látex lubricado con sustancias inertes, tiene la función de cubrir el pene durante el acto sexual no dejando que el semen entre en contacto con la vagina. Algunos contienen espermaticidas.

Condón femenino: Consiste en un tubo de poliuretano fuerte, lubricado, cerrado en un extremo, de unos 15 cms., de largo y 7 cm., de diámetro.

Alrededor de su extremo abierto se encuentra un anillo de poliuretano flexible, que sostiene el condón contra la vulva. El otro extremo tiene un anillo flexible que ayuda a mantenerlo en la vagina durante el contacto sexual.

### **Presentación**

Empaque individual esterilizado.

### **Duración del efecto anticonceptivo**

La duración del efecto está limitado al tiempo de utilización correcta del método.



**Modo de uso:**

Debe usarse un condón o preservativo en cada relación sexual y desde el inicio del coito con el pene erecto previo a la introducción.

**Efectos secundarios**

Reacción alérgica al látex o al espermicida.

**Espermaticidas****Descripción**

Son barreras químicas formadas por 2 componentes: 1 químico, frecuentemente el nonoxynd –9 y otro inerte.

**Presentación**

Tableta, óvulo y película en presentación individual o en tubos de varias unidades.

Espumas, jaleas y gel en tubo con su aplicador.

**Duración del efecto anticonceptivo**

La duración del efecto anticonceptivo está limitada al tiempo de utilización correcta del método (alrededor de una hora después de su aplicación).

**Modo de uso**

Aplicación vaginal 15 minutos antes de cada relación sexual y no practicar lavados vaginales.

**Inicio del método**

En cualquier momento de la vida sexual activa de la clienta, incluyendo el período postparto y postaborto.

**Efectos Secundarios:**

- Irritación del tejido vaginal
- Reacción alérgica local

**No disponible en Unidades de Salud**

**Planificación Familiar Natural****Definición**

Son métodos que se basan en evitar tener relaciones sexuales durante el período fértil de la mujer. El período fértil de una mujer se puede reconocer mediante la observación, el registro y la interpretación de signos y síntomas naturales que se relacionan con la ovulación.

## **Descripción o Tipos de abstinencia periódica**

Método del retiro (coito interrumpido).

Método del calendario (ritmo).

Método del moco cervical (Billings).

Método de la temperatura corporal basal y

Método sintotérmico

## **Mecanismo de acción**

Impiden que los espermatozoides se unan con el óvulo al evitarse el acto sexual alrededor del período en que ocurre la ovulación, o al retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación.

## **Modo de uso**

Para utilizar éstos métodos, se debe tener en cuenta el registro del ciclo menstrual, el cual se basa en la observación de los cambios fisiológicos que se presentan durante los mismos. Su efectividad está determinada por el uso correcto y sistemático de la pareja. Estos métodos pueden ser usados por todas las mujeres en su vida reproductiva y sexualmente activa, pero no son ideales para aquellas que presentan períodos de amenorrea, ciclos irregulares o si no hay colaboración de la pareja.

### **Método de retiro**

Método en el que el acto sexual se interrumpe y el pene se retira de la vagina antes de la eyaculación. Este método tiene un alto porcentaje de falla porque el líquido preeyaculatorio contiene espermatozoides.

### **Método del Calendario (ritmo) o de Ogino-Knaus**

Como resultado de la observación continua de las fechas de la menstruación durante 6 meses se puede estimar el principio del periodo fértil restando 20 días al ciclo más corto, y el final del período fértil, restando 10 días al ciclo más largo.

### **Método de la temperatura corporal basal**

Este método depende de un solo signo, que es la elevación de la temperatura corporal basal en un momento determinado del ciclo menstrual. La pareja debe abstenerse de tener relaciones sexuales entre el primer día de la menstruación y el tercer día consecutivo a la elevación de la temperatura basal.

### **Método sintotérmico**

Este método es denominado así porque combina varios síntomas y signos. Temperatura corporal basal, calendario, moco cervical y otros síntomas ovulatorios.

## **Método de la lactancia y amenorrea (MELA)**

### **Definición**

El MELA es un método anticonceptivo que se basa en la infertilidad natural postparto cuando se cumplen los criterios siguientes:

1. Amenorrea.
2. Lactancia exclusiva o casi exclusiva.
3. Dentro de los primeros 6 meses postparto.

### **Mecanismo de acción**

La succión efectuada por el lactante, inhibe la producción de las hormonas que se requieren para la ovulación.

### **Duración del efecto anticonceptivo**

El MELA proporciona una protección anticonceptiva durante los primeros 6 meses después del parto, siempre y cuando se cumplan los 3 criterios mencionados.

### **Modo de uso e inicio**

Iniciar la lactancia inmediatamente después del parto.

Amamantar cada vez que el lactante lo pide y sin horario fijo.

Evitar el uso de biberones y chupetes.

No dejar transcurrir largos períodos entre una mamada y otra.

No introducir alimentación suplementaria durante los primeros 6 meses.

## **LA ABSTINENCIA**

La abstinencia sexual es el rechazo voluntario a los actos sexuales, el cual requiere compromiso, mucha motivación y control de sí mismo.

La abstinencia sexual implica el evitar las relaciones sexo-coitales, aun cuando éstas se hubieran iniciado previamente, como forma de prevenir embarazos, enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA.

Los jóvenes siempre llegan a un momento en el que deben decidir el inicio de una vida sexual activa. Una de las decisiones para no correr riesgos es posponer el inicio de las relaciones sexuales; el posponer está relacionado con la abstinencia .

Cada vez es más difícil el abstener; porque constantemente están expuestos a situaciones en que el deseo sexual y el deseo de compartir momentos agradables con su pareja los impulsa a una relación sexual.

Además, los medios de comunicación incitan a las prácticas sexuales tempranas, porque bombardean el mundo de los jóvenes con mensajes que solo muestran el placer que obtiene con estas prácticas y no las verdaderas implicaciones que éstas conllevan; debemos orientarlos de manera que comprendan que tales mensajes son irreales y que en la vida se debe actuar con responsabilidad.

Es importante mencionar que la abstinencia es el único método 100% efectivo, con el cual no tienen que preocuparse de enfermedades o embarazos.

El impulso sexual, el deseo y el amor por una persona, las ganas de experimentar y tener sensaciones nuevas, son una gran motivación; pero también es cierto que todas estas sensaciones pueden controlarse y posponer la relación sexo-coital para otra etapa de la vida en que se esté mejor preparado.

Es importante señalar, que aunque el adolescente se siente maduro e independiente, su cuerpo no está preparado para tener una relación sexual y psicológicamente no se encuentra con la posibilidad de enfrentar una maternidad, paternidad o probabilidad de adquirir una infección de transmisión sexual. Además, sus valores, creencias religiosas, pueden posteriormente hacerlo sentir culpable si hace algo que no esté de acuerdo con sus principios.

A continuación se mencionan algunos consejos para ayudar a los jóvenes a practicar la abstinencia:

- Desde el inicio del noviazgo, debes dejar claro con tu pareja tu decisión de mantenerte en abstinencia sexual, hasta estar seguro/a de que esta persona es la que tú eliges para compartir tus metas y proyectos de vida futura.
- Habla con tu pareja acerca de tu decisión. Asegúrate de que él o ella entienden como te sientes. No lo hagas cuando tú o tu pareja están sexualmente estimulados, es mejor hablar de estas cosas antes y en un ambiente relajado. Planea lo que vas a decidir.
- Si no te sientes listo para una relación sexo-coital, no actúes con seducción.
- Evita tener encuentros en tu habitación, en el carro o en un lugar solitario u oscuro.
- Evita el licor y las drogas; estas sustancias parecen darte valor, pero solo impiden su habilidad para juzgar y razonar.
- Recuerda que las decisiones acerca de tu sexualidad solo son tuyas. Si



decides permanecer abstinente o inactivo sexualmente es tu responsabilidad.

- Si tu pareja no respeta tus decisiones, es posible que necesites pensar si la relación vale la pena. ¿Realmente quieres compartir tus sentimientos con una persona que te presiona para tener relaciones sexuales, irrespetando tu decisión?

## **2.5 FACTORES SOCIOECONÓMICOS Y CULTURALES QUE INFLUYEN EN LA NO UTILIZACIÓN DE MÉTODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR EN LOS/AS ADOLESCENTES**

### **Factores Sociales**

Cuando se examina la composición demográfica de los países latinoamericanos resulta que “el 19% de esa población la componen individuos de edades comprendidas entre los 15 y 24 años.”<sup>7</sup> Sin embargo, algunos analistas estiman que los individuos que viven en las áreas rurales y que tienen edades comprendidas entre 15 y 24 años, no puede obedecer el calificativo de jóvenes, pese a tener la edad cronológica indicada, pues psico y socialmente son adultos.

---

<sup>7</sup> Aller Atucha, Luis María, “Sexualidad Humana y Relaciones Personales”, pág. 171

Su comportamiento, los trabajos que realizan, sobretodo porque no requieren un nivel educativo superior y su incorporación temprana a las actividades del mundo adulto, hacen que estas personas presenten ciertas características propias de su estrato social, que los somete a trabajos que les conceden muy pocas oportunidades económicas y educativas ; y producen distanciamiento del tipo de características que exige la definición teórica, la cual parece que se aplica más a los jóvenes urbanos y a los sectores sociales de nivel económico superior, ya que ellos pueden estar sometidos a un proceso más gradual de maduración y, por consiguiente, de una incorporación paulatina a las responsabilidades propias del mundo adulto.

Para el caso de los países desarrollados, la proporción creciente de hijos ilegítimos puede ser interpretada como un síntoma de ignorancia acerca de la concepción, ya que al estar disponibles los métodos anticonceptivos para evitar el embarazo no deseado, no puede haber otra explicación que los adolescentes no están debidamente informados sobre los métodos preventivos.

Pero en el caso de los países subdesarrollados los hijos ilegítimos pueden ser estimados como una situación normal, por el hecho de que la unión consensual es la forma más frecuente de constitución de la pareja humana. Además, la prueba de fertilidad temprana de parte de la adolescente es un

factor que se estima como esencial para demostrar la capacidad femenina de procrear, y asegurar así su futuro de mujer.

Sin embargo, es conveniente mencionar que en países como el nuestro la mayoría de las personas son de nivel educativo bajo, lo que la somete a el desconocimiento propio de su status, viéndose obligados a vivir en zonas rurales con poca accesibilidad a los servicios de salud, al transporte y al hacinamiento.

Pero también es necesario destacar que los rasgos culturales del matriarcado que subsisten en las regiones urbanas y marginales de los países subdesarrollados permiten, facilitan e inclusive incentivan el tener hijos sin lazos legales, ya que es considerado como un hecho espontáneo y que responde al sistema de normas y valores tradicionales de esas sociedades.

Sin embargo, en las sociedades subdesarrolladas, como lo son los países latinoamericanos, todavía se mantiene la estructura familiar extensa, la cual es un conglomerado de seres humanos vinculados por parentesco, matrimonio o por uniones consensuales. En esta estructura familiar se lleva a efecto variadas funciones económicas, sociales, y de atención integral a los miembros del grupo.

## **Patrones culturales**

### **a. El Machismo**

El término machismo denota “una relación zoológica entre personas, refleja el comportamiento social no entre hombre y mujer sino entre macho y hembra”.<sup>8</sup> En la actualidad se utiliza para caracterizar un estilo de vida fundado en el predominio abusivo del hombre sobre la mujer. se identifica como patrón propio de las sociedades latinoamericanas por las formas discriminatorias, repulsivas y hasta degradantes de sus manifestaciones, pero es posible rastrearlo igualmente en otras sociedades.

El machismo es uno de los patrones culturales predominantes en el estilo de vida salvadoreño, básicamente consiste en una distinción sexual extremosa, sobrevaloración por un lado y subestimación por el otro, siempre por encima y por debajo del propio valor.

Este patrón es uno de los más conocidos en la sociedad salvadoreña de los que se citan en la diaria conversación, aunque sin ninguna conciencia clara de sus alcances e implicaciones.

---

<sup>8</sup> Velásquez, José Humberto, “La Cultura del Diablo”. Pág. 52.

En el mundo machista el sexo es inefable. No hay palabras decentes para referirse a él. La percepción de lo sexual como sucio y pecaminoso trae consigo la prohibición de mencionarlo y por lo tanto, se cohibe a las mujeres en cuanto al inicio de relaciones sexuales prematrimoniales y en la decisión del uso de un método de planificación familiar.

<b>Hombre</b>	<b>Mujer</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>* Es un don, un regalo.</li> <li>* Debe ser servido.</li> <li>* Es fuerte, astuto, abusador.               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mayor libertad sexual</li> </ul> </li> <li>* Libertad de movimiento</li> <li>* Temor de no responder a las exigencias machistas del grupo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Es una carga.</li> <li>* Debe servir.</li> <li>* Es débil, ingenua y debe mantenerse pura.               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Complejo de virginidad.</li> <li>- Chaperona</li> </ul> </li> <li>* Represión sexual.</li> </ul>

**b. Tabúes**

El tabú, voz de origen polinésico, “es una prohibición de carácter mágico-religioso, que puede afectar a personas, cosas, lugares o circunstancias”.<sup>9</sup> Fundamentado en creencias preanimistas, se da en forma nítida entre los

pueblos primitivos, pero su rastro puede seguirse hasta en sociedades civilizadas. La inefabilidad es uno de los rasgos más frecuentes que permite rastrearlo.

El tabú tiene un doble aspecto, puede tener significado de cosa sagrada y benéfica o de cosa impura y maléfica. Mucho de esto hay entre los cristianos con respecto al sexo, a tal grado que en el vocabulario decente están obliteradas no sólo las palabras referidas a lo genital y a lo sexual, sino también las que se refieren a prendas u objetos relacionados con ambos, elevando la ignorancia a cerca de los temas sexuales a la categoría de virtud y da a los adolescentes una sensación de pecado por tener curiosidad natural a cerca de un asunto tan importante.

### **c. El Atenimiento**

El atenimiento es un patrón cultural que consiste “en la incapacidad para ajustar los actos del presente a situaciones futuras previsibles”.<sup>10</sup> No es la incapacidad de prever el futuro a nivel racional, sino la de actuar ahora en previsión del futuro. Una de sus principales características es la de perder el tiempo, gastarlo inútilmente, tomar decisiones a destiempo, inoportunas, intempestivas y anacrónicas; casi siempre lo sorprende lo súbito, lo inesperado, lo fortuito; suele vivir improvisadamente confiando en el porvenir.

---

<sup>9</sup> Ibidem. Pág. 53

El atenuamiento es un comportamiento contrario a la planificación, pues ésta consiste esencialmente en ajustar las acciones y los recursos presentes a las previsiones y propósitos futuros.

**d. Convencionalismo**

Conjunto de ideas o procedimientos que se establecen en virtud de la costumbre, pero que para los habitantes de las comunidades en realidad solo es un protocolo a seguir, pues tienen que cubrir apariencia, ya que no son normas de conducta propias de cada individuo, sino pautas acostumbradas.

**e. Costumbres tradiciones y creencias**

Conjunto de cualidades, inclinaciones y usos que forman el fondo del carácter de un país.

Son situaciones acostumbradas que vienen de generación en generación, prácticas que forman parte del desarrollo del individuo como integrante de una sociedad, y de las cuales están convencidos o creen estarlo.

Transmisión oral o escrita de los hechos o doctrinas que se relacionan con el sistema de creencias propias de una región o un país.

---

<sup>10</sup> Ibidem. Pág. 35

## **2.6 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS**

### **Amenorrea:**

Ausencia de menstruación. Constituye un hecho fisiológico antes de la maduración sexual, durante el embarazo tras la menopausia y durante la fase intermenstrual del ciclo hormonal mensual.

### **Cefalea:**

Dolor de cabeza debido a múltiples causas, denominada también cefalalgia.



**Coito:**

Unión sexual de dos personas del sexo opuesto en la que el pene es introducido en la vagina para la copulación, produciendo una excitación mutua y terminando con frecuencia en el orgasmo.

**Hipertensión:**

Trastorno muy frecuente a menudo asintomático, caracterizado por elevación mantenida de la tensión arterial por encima de 140/90 mmHg.

**Patrón cultural:**

Es un conjunto de normas que regulan el comportamiento del individuo y del grupo en un sector de las relaciones sociales. El individuo aprende a vivir en sociedad en un proceso que se inicia desde el nacimiento.

**Posparto:**

Después del parto.

**Planificación familiar:**

Conjunto de medios físicos, químicos o biológicos existentes para el control de la natalidad.

**Preeclampsia:**

Trastorno del embarazo caracterizado por la aparición de hipertensión aguda después de la 24ª semana de gestación. Aparece del 5 al 7% de los embarazos; es más frecuente en primigestas.

**CAPITULO III**  
**SISTEMA DE HIPOTESIS**

### **3. SISTEMA DE HIPOTESIS**

#### **3.1 HIPOTESIS DE TRABAJO**

Los factores socioeconómicos y culturales influyen en la no utilización de métodos de planificación familiar en los/as adolescentes sexualmente activos del municipio de Chinameca, departamento de San Miguel.

### 3.2 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES EN INDICADORES.

Hipótesis	Variables	Conceptualización operativa de variables	Indicadores
<p>Los factores socioeconómicos y culturales influyen en la no utilización de métodos de planificación familiar en los/as adolescentes sexualmente activos del municipio de Chinameca, departamento de San Miguel.</p>	<p>Factores socioeconómicos y culturales</p>	<p>Los factores socioeconómicos se definen como:            a. Elementos que conforman a la sociedad considerada en términos económicos.</p> <p>Los factores culturales se refieren a:            a: Agrupación de los hombres que viven sometidos a leyes comunes o sujetos a una misma regla.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Educación</li> <li>-Ingresos</li> <li>-Trabajo</li> <li>-Accesibilidad</li> <li>-transporte</li> <li>-Hacinamiento</li>   <li>-Convencionalismo</li> <li>-Costumbres</li> <li>-Tradiciones</li> <li>-Creencias</li> <li>-Patrones Culturales</li> <li>-Tabúes</li> <li>-Religión</li> </ul>
	<p>Uso de Métodos de Planificación Familiar.</p>	<p>El uso de métodos de planificación familiar se refieren a la decisión por parte del sexo femenino de utilizar métodos temporales o permanentes para la regulación de la natalidad, sean éstos hormonales o mecánicos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Tipos de Métodos de Planificación Familiar</li> <li>-Ventajas y desventajas</li> <li>-Conocimiento</li> <li>-Práctica</li> <li>-Efecto secundario</li> <li>-Modo de uso</li> <li>-Actitudes</li> <li>-Disponibilidad</li> </ul>

**CAPITULO IV:  
DISEÑO METODOLÓGICO.**

#### 4.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo de investigación se caracteriza por ser un estudio de tipo **retrospectivo** porque estudia el comportamiento de los/as jóvenes con respecto al uso de métodos de planificación familiar durante el período de enero a julio del 2003.

Es **transversal** porque el período tomado para la investigación de éste fenómeno es corto, de enero a julio de 2003. (7 meses).

También es **analítico** porque permitió conocer la relación entre los principales factores socioeconómicos y culturales que influyen en la no utilización de métodos anticonceptivos en los/as adolescentes .

#### 4.2 UNIVERSO

Estudiantes activos de 6 centros escolares del área urbana del municipio de Chinameca. Aproximadamente 421 estudiantes.

#### 4.3 MUESTRA

$$n = \frac{Z^2 \times P \times Q \times N}{E^2 (N-1) + Z^2 \times P \times Q}$$

Donde: N = Amplitud de la población objeto de estudio.

Z = Niveles de confianza a utilizar

Z = +/- 1.96, si coeficiente de confianza es 95%

E = Error de estimulación admitida

P = Proporción en la que se encuentra la característica estudiada

Q = 1- p

Donde: Z = 1.96

E = 5% = 0.05

P = 0.5

Q = 1- 0.5 = 0.5

N = 421

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 421}{(0.05)^2 (421 - 1) + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{3.84 \times 0.5 \times 0.5 \times 421}{0.0025 \times 420 + 3.84 \times 0.5 \times 0.5} = \frac{402}{2} \quad n = 202 \text{ adolescentes.}$$



## ¿ COMO SE OBTIENE EL VALOR DE Z?

Para obtener el valor de Z el procedimiento que se llevó acabo fue el siguiente:

En primer lugar se estableció el coeficiente de confianza que se desea, el cual fue de 95%; por tanto este porcentaje expresado en decimales (0.95) se divide entre dos y el valor obtenido 0.475 es utilizado para encontrar el valor que corresponderá a Z, de forma que en la tabla que corresponde a áreas bajo la curva normal tipificada, se busca el valor obtenido, para éste caso 0.475 y se establece como valor de Z a la unión de el valor numérico de la fila y la columna que le corresponde en la tabla, en este caso el número buscado se encontraba en la fila 1.9 y la columna 6, de forma que el valor de Z en este Caso es de 1.96.

## **CRITERIOS DE INCLUSION**

1. Adolescentes de 14 a 19 años de edad que pertenezcan a alguno de los 6 centros escolares del área urbana del municipio de Chinameca.

## **CRITERIOS DE EXCLUSION**

1. Adolescentes de 10 a 13 años de edad.
2. Adolescentes de 14 a 19 años de edad, que no sean estudiantes activos de alguno de los 6 centros escolares del área urbana del municipio de Chinameca.

#### 4.4 TIPO DE MUESTREO

**Muestreo probabilístico estratificado**, ya que es necesario estratificar la muestra en relación a estratos o categorías que se presentan en la población y que aparte son relevantes para los objetivos del estudio.

<b>Estratos</b>	<b>Centros Escolares</b>	<b>Total de población</b>	<b>Muestra/ Instituto</b>
1	Instituto Nacional de Chinameca	120	58
2	Centro Escolar Alberto Sánchez	52	25
3	Centro Escolar Unificada de Chinameca	74	35
4	Centro Escolar Emilia Callejas	65	31
5	Centro Escolar Julián Aparicio	52	25
6	Centro Escolar Severo López	58	28
	Totales	421	202

(fh) Fracción Constante  $\frac{202}{421} = 0.48$

Total de Población x fh = Muestra/instituto

## **4.5 TÉCNICAS DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN.**

### **A. Técnica Documental**

A través de esta técnica se obtuvo información de libros, revistas, periódicos, documentos y sitios electrónicos.

### **B. Técnica de Campo**

**La Encuesta** ya que se recopiló información sobre una parte de la población denominada muestra.

## **4.6 INSTRUMENTO**

El cuestionario el cual estuvo conformado por 17 preguntas cerradas (ver anexo No. 1).

## **4.7 PROCEDIMIENTO**

El desarrollo del trabajo se realizó en 2 etapas:

### **Etapas de planificación.**

En la primera etapa se determinaron los criterios para seleccionar el tema de investigación, se realizó la primera visita al municipio de Chinameca, lugar

donde se desarrolló el estudio, se elaboró el perfil de la investigación donde se conocieron los antecedentes del problema y se estableció de esta manera la justificación y los objetivos de la investigación.

Se realizó recopilación de información a través de revisión bibliográfica y hemerográfica, se realizó la elaboración del instrumento para la obtención de la información.

### **Etapas de Ejecución**

Se procedió a la selección de la muestra utilizando criterios de inclusión y exclusión, mediante los cuales y a través de visitas realizadas en 5 centros escolares de educación básica y un centro escolar de educación media, se seleccionaron 202 estudiantes que corresponden a la muestra tomada, de la forma siguiente:

Se visitó el Centro Escolar Alberto Sánchez el día 11 de julio de 2003, en donde se seleccionaron 26 estudiantes; ese mismo día se visitó el Centro Escolar Julián Aparicio donde fueron seleccionados 26 estudiantes más.

Posteriormente el día 18 de julio del año en curso, se visitó el Centro Escolar Unificado de Chinameca, donde se seleccionaron 37 estudiantes en base a los

criterios mencionados y luego se visitó el Centro Escolar Severo López, seleccionándose 29 estudiantes.

El día 25 de julio del mismo año se realizó la visita al Centro Escolar Emilia Callejas, donde se encuestaron a 24 estudiantes.

Finalizando la obtención de información el día 1 de agosto, cuando se visitó el Instituto Nacional de Chinameca, siendo seleccionados en esta ocasión 60 estudiantes.

Durante las visitas a la comunidad para la obtención de información mediante el instrumento elaborado con dicho fin; ambas encuestadoras realizaron las actividades descritas.

Posteriormente a la obtención de los datos, se procedió a ordenar los resultados obtenidos y de esa forma finalizó la tabulación, análisis e interpretación de resultados, que nos facilitó la elaboración de conclusiones y recomendaciones del tema de investigación.

**CAPÍTULO V:**  
**PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.**

## **5.1 TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.**

A continuación se darán a conocer los resultados de la recopilación de datos a través del cuestionario, el cual fue administrado a los y las jóvenes que pertenecen a los seis centros escolares, en un período de 6 meses comprendidos de enero a julio de 2003, con el fin de investigar los factores socioeconómicos y culturales que influyen en el uso de métodos de planificación familiar, investigación realizada en el municipio de Chinameca, departamento de San Miguel.

Para ello el grupo de trabajo consideró tabular el dato de las generalidades que incluye identificación geográfica, sexo, edad, nivel de escolaridad, estado familiar de los y las adolescentes; así como religión y el ingreso económico de las familias de éstos; con sus respectivos análisis, interpretación y gráficos. También se tabuló los métodos de planificación familiar que conocen, cómo obtuvieron los/las adolescentes la información sobre los métodos anticonceptivos, si consideran necesario el uso de métodos de planificación familiar y por qué, esta información se presenta con su respectiva frecuencia, porcentaje, gráfica, análisis e interpretación de los datos.



En tercer lugar se encuentra la tabulación de los/las adolescentes activos sexualmente, si utilizan éstos algún método de planificación familiar, si los utilizan; ¿cuál es el método usado? Y en caso de no utilizar métodos anticonceptivos ¿cuál es el motivo de no hacerlo?. Esto se presenta con sus frecuencias, porcentajes y gráficos a través de los cuales se puede realizar el análisis en interpretación de los resultados.

Para la obtención de el porcentaje se utilizó la siguiente fórmula:

$$\text{Porcentaje} = \frac{\text{Frecuencia} \times 100}{\text{Total de la muestra}}$$

## 5.2 RESULTADOS DEL CUESTIONARIO ADMINISTRADO A LA POBLACIÓN EN ESTUDIO.

**CUADRO No. 1**  
**IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA**

<b>Area</b>	<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Frecuencia Relativa</b>
Urbana	110	54
Rural	92	46
Total	202	100

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

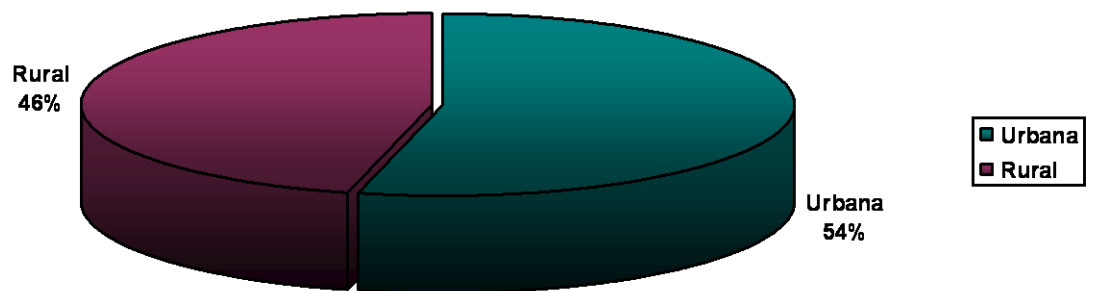
### **Análisis:**

De los datos obtenidos en el cuestionario administrado a los 202 adolescentes estudiantes de distintos centros escolares del municipio de Chinameca, se puede observar que un 54% de los adolescentes son del área urbana y el 46% eran provenientes del área rural.

### **Interpretación:**

Con la información obtenida en este cuadro se observa que un 54% de los adolescentes manifestaron ser del área urbana, lo cual podría deberse a que dicha encuesta se realizó en centros escolares del área urbana de Chinameca; además, un 46% de los jóvenes mencionó ser del área rural, lo que puede deberse a la razón anteriormente mencionada o bien puede reflejar la menor accesibilidad de éstos jóvenes a la educación del tercer ciclo y bachillerato.

**GRAFICO N° 1**  
**IDENTIFICACIÓN GEOGRÁFICA**



Fuente Cuadro N° 1

## CUADRO No. 2

### EDAD Y SEXO DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO.

Edad	Sexo				Total	Frecuencia Relativa
	Femenino	Frecuencia Relativa	Masculino	Frecuencia Relativa		
14 años	17	20	23	19	40	20
15 años	20	23.5	16	14	36	18
16 años	23	27	22	19	45	22
17 años	17	20	27	23	44	22
18 años	8	9.5	16	14	24	12
19 años	-	-	13	11	13	6
Total	85	100	117	100	202	100

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

#### **Análisis:**

Se observa en el cuadro anterior que de los adolescentes encuestados en el período de julio a agosto de 2003, la mayoría de ellos con un 22% presentan edades entre 16 y 17 años de edad, de los cuales la mayoría es de el sexo masculino; seguido de un 20% que presentan la edad de 14 años, y su mayor representación es de el sexo femenino; un 18% se encuentran en los 15 años de edad observándose en este grupo de edad que hay mayor cantidad de el

sexo femenino; una minoría del 12% y 6% se encuentran en las edades de 18 y 19 años respectivamente, siendo el sexo masculino quien posee mayor representación.

**Interpretación:**

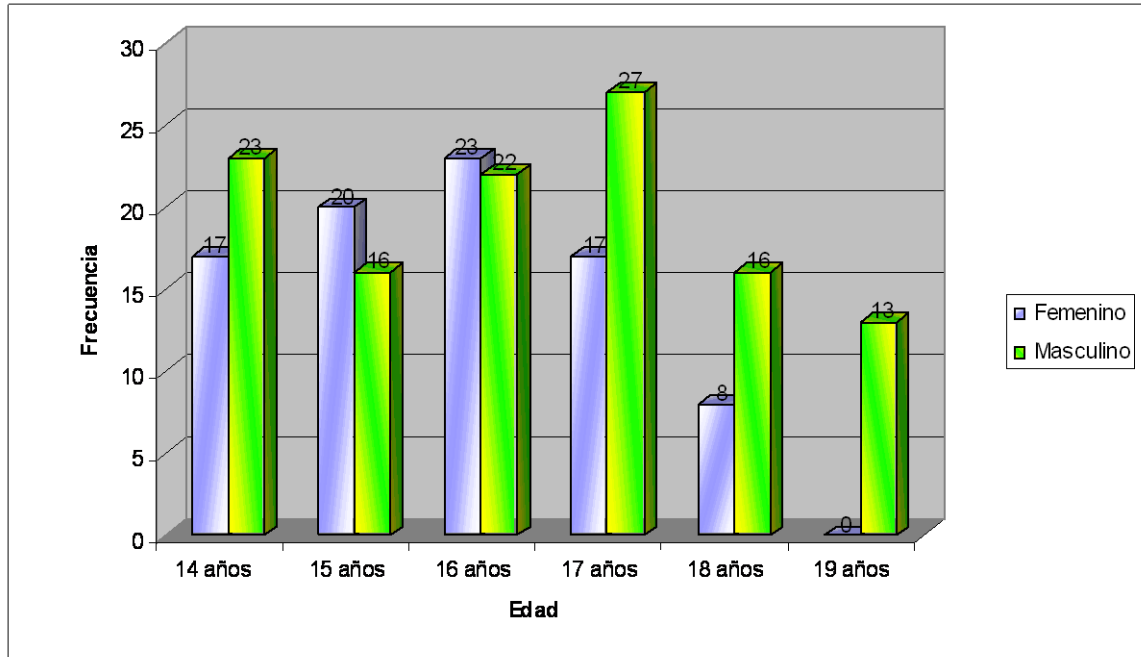
Con la información obtenida en este cuadro se puede observar que las edades de los adolescentes encuestados, en su mayoría oscilan entre los 16, 17, 14 y 15 años, evidenciándose que iniciaron su vida escolar a una edad adecuada, no retrasando de una u otra forma su ingreso a la población estudiantil, influyendo además el hecho de que los padres de familia realizaran un esfuerzo económico para que sus hijos recibieran una educación secular.

Se observa una minoría, la cual se encuentra entre los 18 y 19 años de edad, puede deberse a que estos adolescentes han tenido periodos largos de no ser estudiantes activos por falta de recursos económicos, teniendo que dedicarse a trabajar para poder de esa forma ayudar a los ingresos de la familia. Otro factor que puede influir en este dato es el hecho de que muchos padres de familia nunca recibieron una educación y no vieron la necesidad de que sus hijos la recibieran, retrasando el ingreso de éstos a los centros escolares.

También se observa que la mayoría de jóvenes encuestados en los diferentes centros escolares pertenecen al sexo masculino, posiblemente esto se deba a que es el hombre quien tiene el privilegio de poder optar a estudios de educación media, no así el sexo femenino, a quienes se les asignan responsabilidades en el hogar, como cuidara sus hermanos, oficios doméstico (lavar, aplanchar, cocinar), tareas que les imposibilitan asistir a un centro escolar; también puede verse reflejado por el aspecto económico, ya que si el grupo familiar es numeroso los padres de familia no puede solventar el gasto escolar de sus hijos y deciden darle oportunidad de estudio a uno de ellos, beneficiando con esta decisión a el sexo masculino, cuando realizan estudios de bachillerato.

Aunque puede observarse que un porcentaje considerable del sexo femenino acude a los diferentes centros escolares del municipio de Chinameca, realizando estudios de educación secundaria y media.

**GRÁFICO N° 2**  
**EDAD Y SEXO DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO**



Fuente: Cuadro N° 2



**CUADRO NO. 3**  
**ESTADO FAMILIAR.**

<b>Opinión</b>	<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Frecuencia Relativa</b>
Soltero(a)	196	97.02
Casado(a)	1	0.49
Acompañado(a)	5	2.48
Total	202	99.99

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

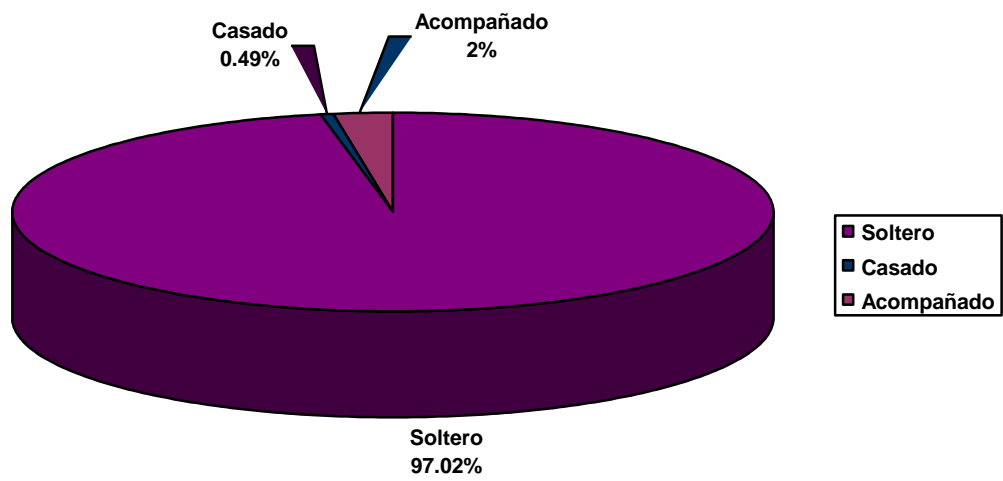
**Análisis:**

En los datos que se presentan en este cuadro se puede observar que de los 202 adolescentes encuestados, 196 que equivale a 97.02% manifestaron ser solteros, un 0.49% dijo ser casado y un 2.48% manifestó estar acompañado.

**Interpretación:**

Con los datos obtenidos se puede observar que un 97.02% de los jóvenes manifestó ser soltero, probablemente debido a que por sus actividades escolares tienen como meta continuar sus estudios hasta un nivel superior, por lo que no adquieren mayores compromisos; un 2.48% de los mismo mencionó estar acompañado, puede deberse sobre todo a que en el área rural existe el patrón cultural de formar uniones de pareja a edades tempranas, un adolescentes dijo estar casado y ser padre de familia.

**GRAFICO N° 3**



Fuente Cuadro N° 3

#### CUADRO No. 4

#### NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO.

Nivel de Escolaridad	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Tercer Ciclo (7 <sup>o</sup> ,8 <sup>o</sup> , 9 <sup>o</sup> )	142	70
Bachillerato	60	30
Total	202	100

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

#### Análisis:

De acuerdo a los datos recolectados, con el cuestionario administrado en los centros escolares de la ciudad de Chinameca, a 202 jóvenes estudiantes activos, se puede observar que un 70% de ellos cursaba el tercer ciclo y el 30% se encontraban en bachillerato.

#### Interpretación:

Según lo manifestado por los adolescentes la mayoría 70% cursa el tercer ciclo, esto se debe porque se visitaron más aulas estudiantiles del nivel escolar básico y el 30% restante cursaba bachillerato, puesto que los jóvenes que fueron tomados como muestra de este nivel, fueron un poco menos.

## CUADRO No. 5

### ¿CUÁNTAS PERSONAS RESIDEN HABITUALMENTE EN SU VIVIENDA?

Número total de personas	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
1-4 personas	45	22
5—8 personas	119	59
9-12 personas	34	17
13-16 personas	4	2
Total	202	100

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

#### **Análisis:**

De la información obtenida a través de la encuesta realizada durante los meses de julio y agosto de 2003, a los jóvenes estudiantes del municipio de Chinameca, se observó en cuanto al número total de personas que residen en las viviendas, que en la mayoría de hogares con 59% están habitadas por 5-8 personas, en un 22% el hogar está formado por 1-4 personas, de 9-12 personas representan un 17% y una minoría con un 2% de los hogares están habitadas por 13-16 personas.

### **Interpretación:**

Con la información obtenida, puede notarse que la mayoría de los hogares están conformados por 5 – 8 personas, esto se debe a que en los hogares hay diversidad de parentescos, padres, hijos, abuelos, tíos, los cuales conforman la estructura de la familia, en menor proporción hay hogares formados por 9-12 integrantes, evidenciándose que en nuestro país es frecuente observar estructuras familiares extensas como una minoría de hogares está formada por 13-16 personas.

Observándose un número considerable de hogares conformados de 1-4 personas, pero en la mayoría de estos casos no son núcleos familiares; pues, en estos falta la figura paterna o materna, viéndose en la necesidad de emigrar de este país para poder ofrecer mejor futuro a sus hijos, quienes quedan bajo la responsabilidad de tíos o abuelos.

## CUADRO NO. 6

### ¿PERTENECE SU FAMILIA A UNA RELIGIÓN?

Opinión	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Si	176	87
No	26	13
Total	202	100

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

#### **Análisis:**

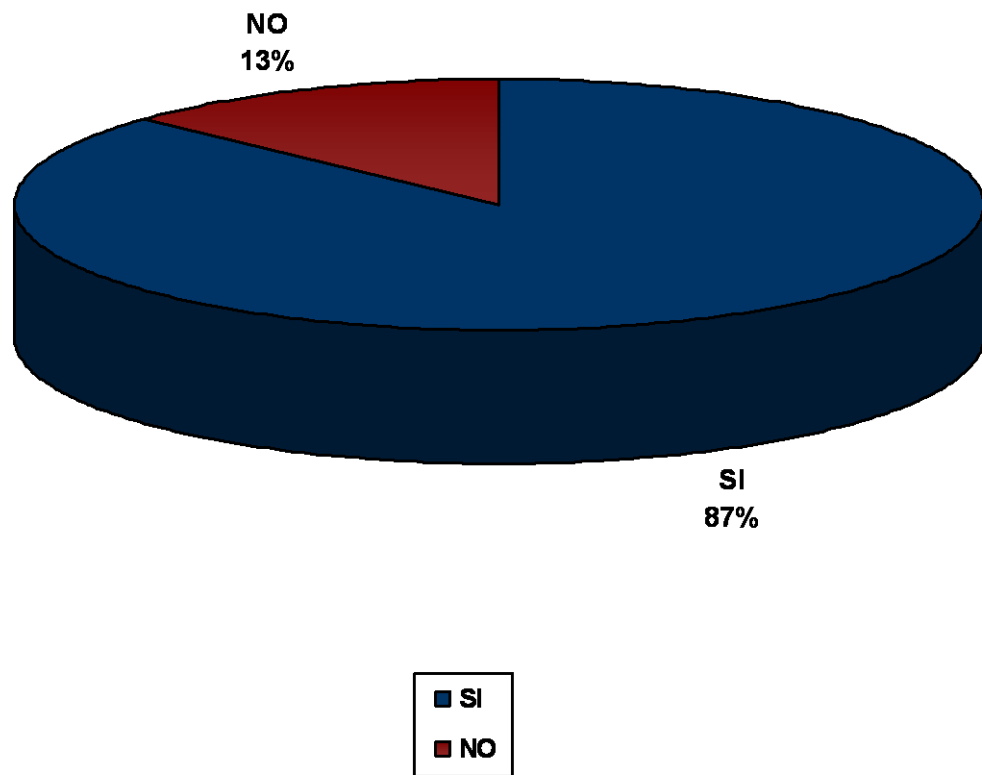
De acuerdo a la información recolectada puede observarse que el 87% de los estudiantes encuestados manifestaron que sus familias pertenecen a algún tipo de religión y únicamente el 13% declaró que su familia no pertenece a ninguna religión.

#### **Interpretación:**

Al interrogar sobre la pertenencia de la familia a alguna religión, se puede observar que la mayoría de jóvenes manifestó que su familia sí pertenecía a alguna religión, lo que se explica que la ciudad de Chinameca es caracterizada por la amplia religiosidad de sus habitantes y sólo un 13% de jóvenes mencionó que su familia no pertenece a ninguna religión, probablemente se deba a que en toda área geográfica siempre hay personas que se abstienen de identificarse con un tipo de religión determinada.

**GRAFICO N° 6**

**¿PERTENECE SU FAMILIA A UNA RELIGION?**



Fuente Cuadro N° 6

## CUADRO No. 7

### ¿A CUÁL RELIGIÓN PERTENECE SU FAMILIA?

Opinión	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Ninguna	26	13
Católica	143	71
Protestante	22	11
Otros	11	5
Total	202	100

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

#### **Análisis:**

Con los datos obtenidos en el cuestionario administrado en los centros escolares de la ciudad de Chinameca, se pudo observar que el 13% manifestó que su familia no pertenecía a ninguna religión. El 71% manifestó que su familia pertenecía a la iglesia católica, un 11% manifestó que su familia pertenecía a la iglesia protestante y un 5% dijo que su familia pertenecía a otra religión. (Mormones, Testigos de Jehová).

#### **Interpretación:**

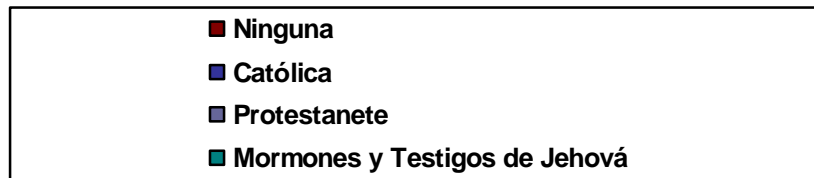
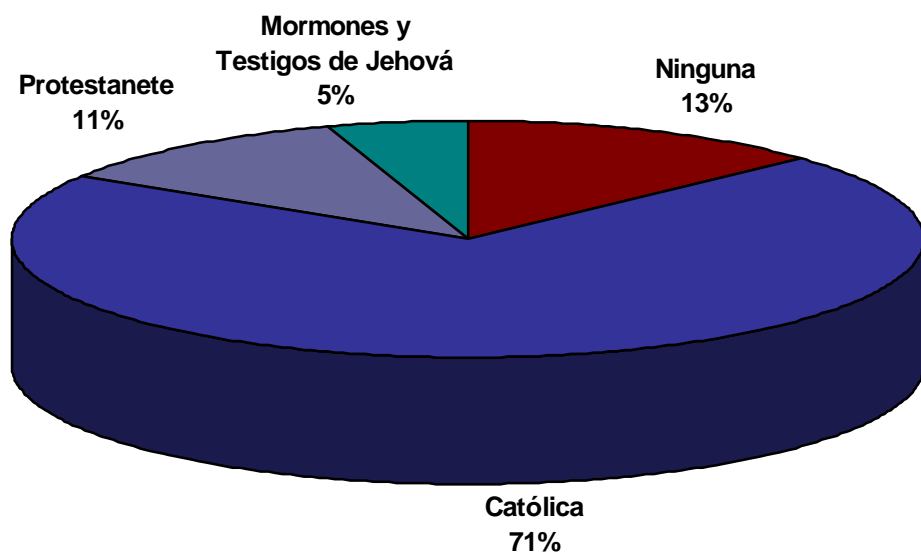
Según los datos obtenidos se encontró que el 71% mencionó que sus familias pertenecían a la religión católica, probablemente debido a que la iglesia católica ha sido con mucho la primera iglesia fundada en esa área y fue por



largo tiempo la única opción religiosa, un 13% mencionó que sus familias no pertenecían a religión alguna, posiblemente por la razón antes descrita; un 8% manifestó que su familia pertenecía a la religión protestante, probablemente porque es la opción más fuerte después de la católica y se sienten más identificados con la ideología de ésta, un 5% dijo que su familia pertenecía a otra religión no especificada (Mormones y Testigos de Jehová) posiblemente por el reciente asentamiento de esta secta religiosa en la ciudad de Chinameca.

## GRAFICO N° 7

### RELIGION DE LA FAMILIA



Fuente Cuadro N° 7

## CUADRO No. 8

### ¿USTED A QUÉ RELIGIÓN PERTENECE?

Opinión	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Ninguna	34	17
Católica	133	66
Protestante	21	10
Otros	14	7
Total	202	100

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

#### **Análisis:**

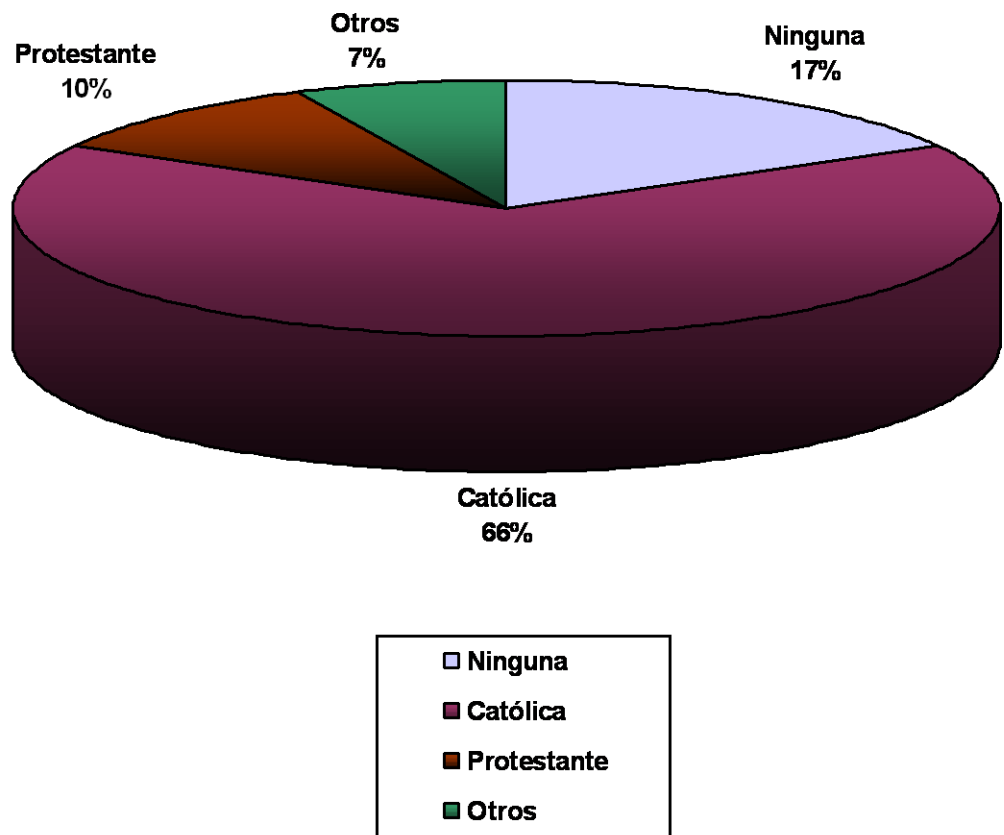
Con la información obtenida mediante la guía de cuestionario que se realizó a 202 adolescente, estudiantes de centros escolares del área urbana del municipio de Chinameca, se puede observar que el 17% dijo no pertenecer a ninguna religión, el 66% pertenece a la iglesia católica, el 10% a la religión protestante y únicamente un 7% mencionó pertenecer a otra religión.

#### **Interpretación:**

Con lo expresado anteriormente se observa que la mayoría de jóvenes mencionó pertenecer a la religión católica, esto debido a que profesar la misma religión que su familia, un 17% dijo no pertenecer a ninguna religión probablemente porque en sus familias no practican ninguna religión o bien por

la rebeldía característica de estas edades en la cual los jóvenes se rehusan a continuar con esquemas establecidos; un 10% mencionó que pertenecían a la religión protestante, reflejándose también la preferencia religiosa de sus familias lo cual es de mucha influencia en ellos, tan solo un 7% dijo pertenecer a una religión no especificada, probablemente por las nuevas opciones religiosas existentes en el área.

**GRAFICO N° 8**



Fuente Cuadro N° 8

## CUADRO No. 9

### ¿CUÁNTAS PERSONAS APORTAN ECONÓMICAMENTE A SU CASA?

Número de personas	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
1 persona	73	36
2 personas	91	45
3 ó más personas	38	19
Total	202	100

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

#### **Análisis:**

De las 202 encuestas realizadas en los diferentes centros escolares del municipio de Chinameca, durante los meses de julio y agosto de 2003, se observó que quienes aportan económicamente al hogar, en su mayoría son 2 personas con un 45%, seguido por un 36% donde se observa que es 1 persona quien aporta económicamente para las necesidades del hogar, y una minoría un 19% son 3 ó más personas quienes aportan económicamente a su casa.

#### **Interpretación:**

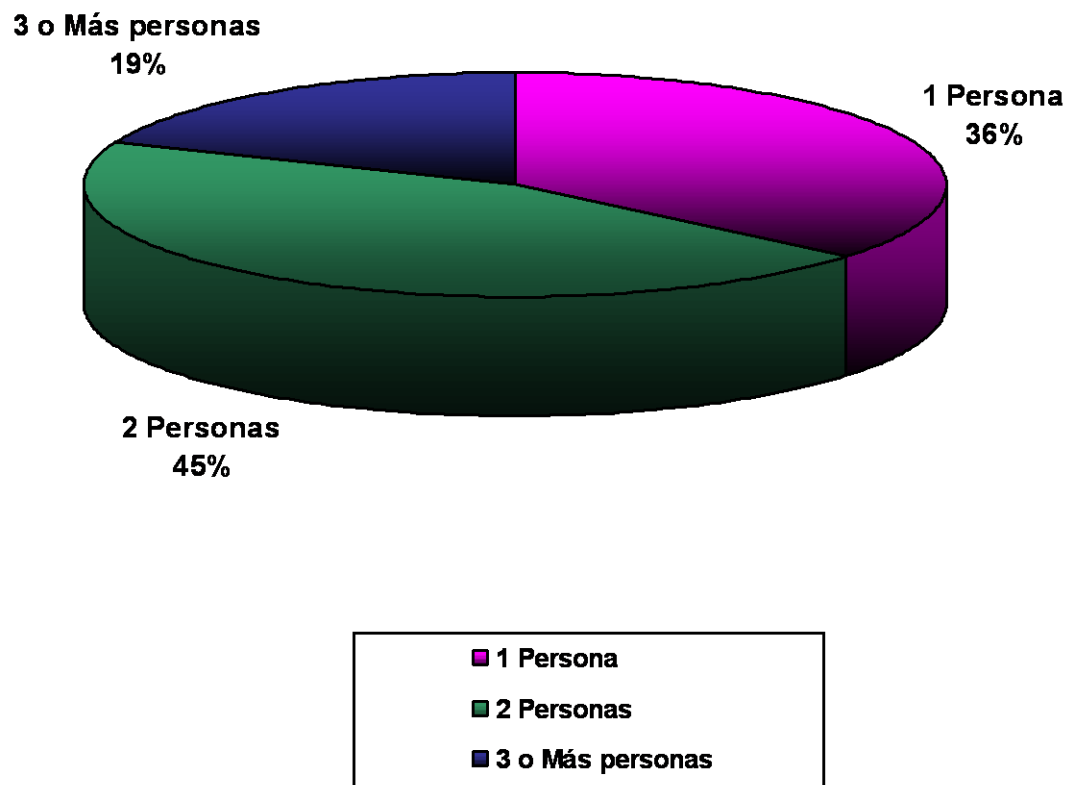
Según los datos del análisis se puede observar que en la mayoría del los hogares son 2 personas quienes aportan los ingresos económicos al hogar, estas personas en su mayoría, son el padre y el hermano mayor, las mujeres también realizan labores, pero éstas no son remuneradas; también se observa

un número considerable de viviendas en las cuales el ingreso económico es aportado por una persona, a la vez reciben ayuda económica del extranjero, por lo que no se ven en la necesidad de que alguien más de la casa realice un trabajo.

La minoría como un 19% de los hogares son 3 ó más personas que tienen que trabajar para obtener un sueldo y así poder satisfacer sus necesidades básicas.

**GRAFICO N° 9**

**PERSONAS QUE APORTAN ECONÓMICAMENTE A SU CASA**



Fuente Cuadro N° 9



## CUADRO No. 10

### ¿DE CUÁNTO ES EL INGRESO MENSUAL EN SU FAMILIA?

Ingresos	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
< \$ 137.14	91	45
\$ 137.14 - \$ 228.57	51	25
\$ 228.57 - \$ 342.85	24	12
> \$ 342.85	25	12
No contestó	11	6
Total	202	100

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

#### **Análisis:**

De los datos obtenidos se observa que del 100% de los encuestados un 45% refiere que el ingreso mensual económico de su familia es de \$ 137.14, seguido de un 25% quienes reportan un ingreso de \$137.14 - \$ 228.57, un 12% manifiestan que el ingreso mensual en su hogar oscila entre \$ 228.57- \$ 342.85, igual porcentaje 12% se registró para un ingreso de más de \$ 342.85 y una minoría 6% no contestó la pregunta.

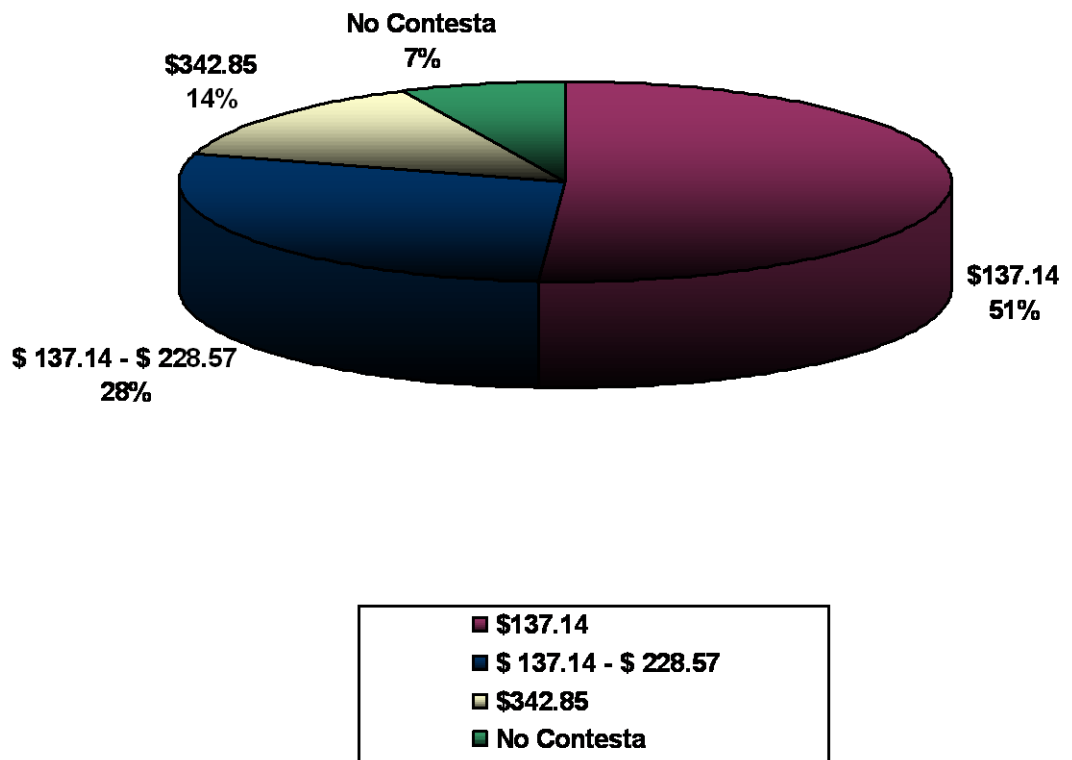
#### **Interpretación:.**

Con los datos de el análisis puede observarse que la mayoría de los encuestados expresa que el ingreso mensual económico de la familia equivale

al sueldo mínimo (\$ 137.14) o se encuentran entre \$137.14 - \$ 228.57. Evidenciándose en la investigación realizada en el 2001 por el personal de enfermería de la Unidad de Salud de Chinameca, que la ocupación predominante en los habitantes de esta comunidad en orden descendente es jornalero, albañil, comerciantes en pequeño para quienes se sobrevalora su mano de obra.

Un porcentaje importante expresa que el ingreso económico en sus hogares se encuentra entre \$ 228.57 - \$ 342.85 ó más, en estos casos se trata de viviendas en las cuales trabajan dos o más personas y desempeñan un profesión o reciben ayuda económica del extranjero. Una minoría un 6% no contestó a la pregunta, manifestando que no sabían de forma estimada el ingreso económico de la familia.

**GRAFICO N° 10**  
**INGRESO MENSUAL POR FAMILIA**



Fuente Cuadro N° 10

### CUADRO No. 11

#### ¿CONOCE USTED ALGÚN MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR?

Opinión	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Si	187	93
No	15	7
Total	202	100

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

#### **Análisis:**

Con la información recolectada en los diferentes centros escolares del área urbana del municipio de Chinameca, podemos ver que el 93% dijo conocer algún tipo de método de planificación familiar y sólo un 7% dijo no conocer ningún método de planificación familiar.

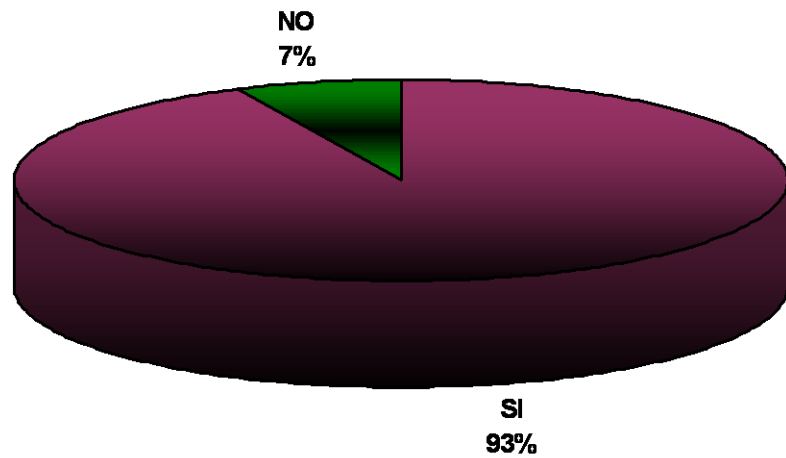
#### **Interpretación:**

Se puede observar que la mayoría de jóvenes manifestó que conocía algún método de planificación, probablemente por la amplia diseminación de información desde temprana edad sobre temas relacionados con la salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes, los temas incluyen información sobre fertilidad y uso de métodos de planificación familiar esto como un esfuerzo conjunto del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y del

Ministerio de Educación; una minoría mencionó no conocer ningún tipo de métodos anticonceptivos, seguramente porque en todo programa existen ciertos vacíos, a lo cual se suma el escepticismo de algunas personas para su correcta difusión, o porque sintieron temor a contestar dicha pregunta al ser juzgada como una pregunta impropia, o al pensar que el conocer sobre métodos de planificación familiar implica haberlos utilizado en alguna ocasión.

**GRAFICO N° 11**

**¿CONOCE USTED ALGUN MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR?**



Fuente Cuadro N° 11

**CUADRO No. 12****¿CUÁLES DE ESTOS MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR CONOCE?**

<b>Métodos</b>		<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Frecuencia Relativa</b>
No	Píldora o pastilla anticonceptiva	125	16
1			
2	DIU o aparatito	60	8
3	Condón o preservativo	145	19
4	Inyección anticonceptiva	91	12
5	Métodos vaginales (Jaleas, espumas, etc.)	42	5
6	Norplant o implante	35	5
7	Esterilización femenina	85	11
8	Esterilización masculina	59	8
9	Método de Billings	23	3
10	Método del ritmo o calendario	65	8
11	Método de lactancia o amenorrea	28	4
12	No conocen	11	1
	<b>Total</b>	<b>769 *</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

\* El total de datos sobrepasa a la población encuestada, debido a que los/as adolescentes conocen más de un método de planificación familiar

**Análisis:**

Con la información recolectada se puede ver que del total de adolescentes que conocían algún método de planificación familiar un 19% conoce el condón, un 16% conoce las píldoras anticonceptivas, un 12% dijo conocer la inyección anticonceptiva, un 11% dijo conocer la esterilización femenina y con igual porcentaje de un 8% mencionaron conocer el DIU, esterilización masculina y el método del ritmo, un 3% manifestó saber sobre el método de la lactancia, un 3% dijo conocer el método de Billings y tan solo 1% dijo no conocer ningún método de planificación familiar.

**Interpretación:**

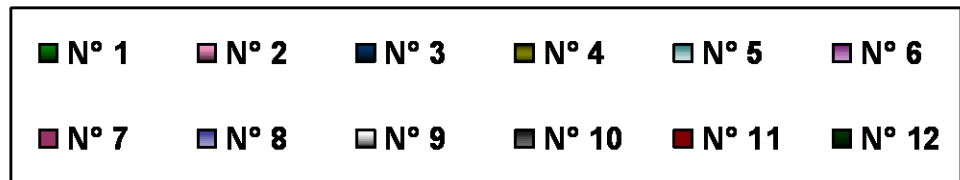
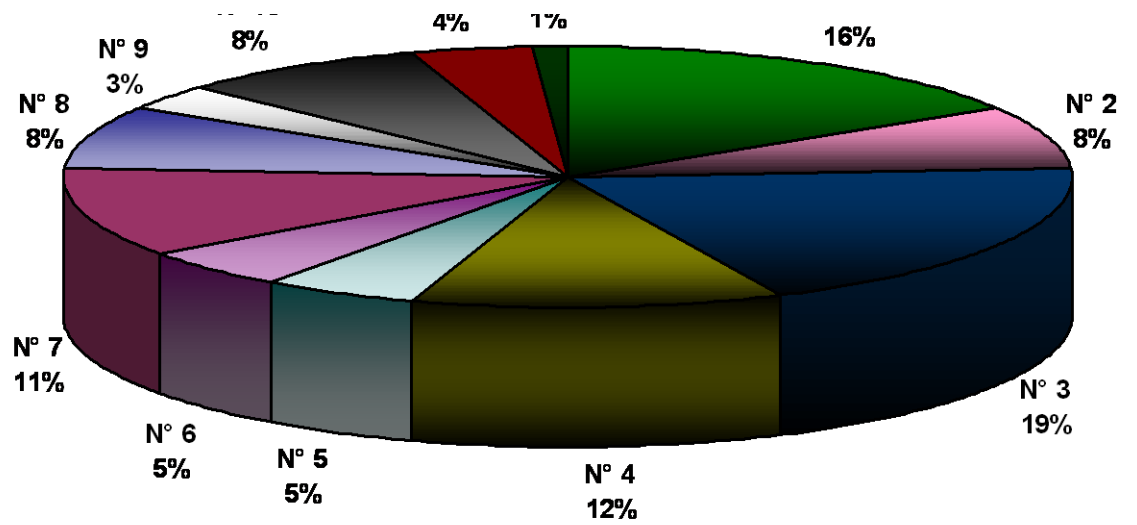
Se puede observar que la mayoría mencionó conocer el condón o preservativo, probablemente porque es uno de los métodos más distribuidos y de más accesibilidad para la población, siendo obtenidos en tiendas, farmacias, unidades de salud, hospitales; un 16% dijo conocer las píldoras o pastillas anticonceptivas, pues también es un método cuya información de uso es una de las más distribuidas y es de fácil adquisición, un 12% manifestó conocer la inyección anticonceptiva, siendo un método que por su variedad de presentaciones es de los más utilizados y su distribución es amplia, un 11% manifestó conocer el método de esterilización femenina, puede deberse a que no es un método recomendable a este grupo de edad, un 8% manifestó conocer



del DIU, posiblemente porque es un método que solamente se distribuye en centros hospitalarios de segundo nivel y la información de su uso es menos difundida; un 8% manifestó conocer de la esterilización masculina, esto podría explicarse porque su utilización en nuestro medio es poco aceptada por el patrón cultural del machismo, que predomina en nuestra población, característica cultural propia de un país subdesarrollado, un 8% dijo conocer sobre el método del ritmo o calendario, su conocimiento es menor pues refleja la necesidad de saber ciertos aspectos anatómicos y funcionales de la sexualidad femenina para su comprensión; un 5% expresó conocer el Norplant o implante, esto se explica a que no es un método disponible con facilidad, ya que no es distribuido por el Ministerio de Salud de nuestro país; igual porcentaje dijo conocer los métodos vaginales (jaleas, espumas), ya que no son distribuidos por el Ministerio de Salud, debido a que no son recomendables y seguros, además un 4% manifestó conocer el método de Billings, esto se explica porque es un método de difícil comprensión, requiere ciertos conocimientos de fisiología humana, tiene alto porcentaje de falla, siendo debido a esto poco recomendable; un 1% de los jóvenes manifestó en esta interrogante que no conocían ningún método anticonceptivo, lo que podría reflejar o bien que conocen algunos de los métodos antes mencionados con otro nombre o que no lograron comprender la interrogante.

GRAFICO N° 12

MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR CONOCIDOS



Fuente Cuadro N° 12

**CUADRO No. 13**  
**¿QUIÉN LE BRINDÓ LA INFORMACIÓN SOBRE MÉTODOS**  
**DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR?**

<b>Categoría</b>	<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Frecuencia Relativa</b>
Padres	72	17
Escuela	126	31
Personal de salud	107	26
Amigos	63	15
Otros	28	7
No contestó	17	4
Total	413*	100

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

\* El total de datos sobrepasa a la población encuestada, debido a que los/as adolescentes han obtenido información a través de diferente origen.

**Análisis:**

En base a la interrogante anterior se les preguntó a los encuestados quienes les habían proporcionado esa información, respondiendo un 31% de es información la habían obtenido en la escuela; 26% del personal de salud; 17%

de sus padres; 15% de sus amigos; 7% expresaron que a través de radio, televisión, etc., y un 4% no quiso contestar.

### **Interpretación:**

Con base a la pregunta anterior se obtuvieron los siguientes datos, expresando los/as adolescentes que la información sobre métodos anticonceptivos la obtuvieron en su mayoría en la escuela o fue proporcionada por el personal de salud de dicha comunidad, esta información fue difundida en clase sobre fertilidad y anticoncepción, a través de charlas, videos educativos, panfletos, etc.

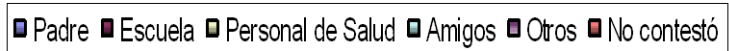
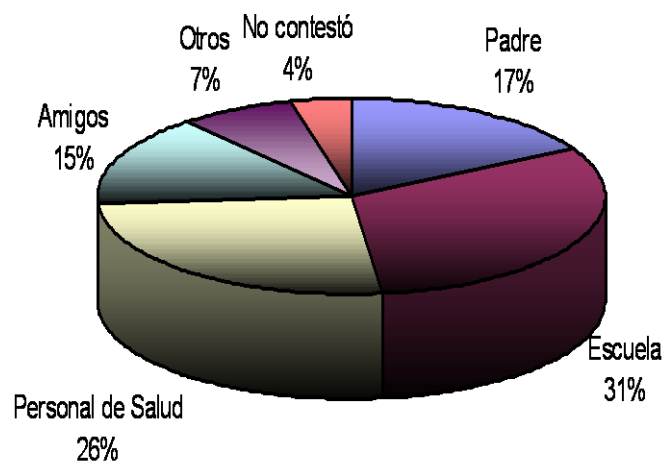
Se observa un porcentaje importante en cuanto a quienes les han proporcionado información sobre métodos anticonceptivos a los padres de familia, quienes están tomando cada vez más un papel activo sobre la educación sexual y reproductiva de sus hijos, orientándolos también en este aspecto.

Quienes además influyen sobre el conocimiento de los diferentes métodos de anticoncepción en un porcentaje considerable son: los amigos, quienes en la mayoría de los casos poseen igual información con respecto al tema y no saben orientar al adolescente, pues tienen información escasa e incorrecta sobre el uso de anticonceptivos.

Una minoría expresó que escucharon sobre métodos de planificación familiar a través de radio, televisión, revistas, periódicos, etc. Esto como un esfuerzo del Ministerio de Educación, para poder disminuir el riesgo de embarazos no deseados, frecuencia de enfermedad de transmisión sexual y VIH-SIDA, abortos, problemas de salud relacionados con embarazos a temprana edad, etcétera.

Un 4% de los encuestados no quiso contestar la pregunta, es posible que piensen que es un tema que para ellos no tiene importancia y nunca se verán en la necesidad de saber sobre esa información.

**GRÁFICO No. 13**  
**¿QUIÉN LE BRINDÓ INFORMACIÓN SOBRE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR?**



#### CUADRO No. 14

### ¿CONSIDERA NECESARIO EL USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR?

Opinión	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Si	180	89
No	16	8
No contestó	6	3
Total	202	100

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

#### **Análisis:**

Según los datos recolectados en el cuestionario, se puede observar que un 89% manifestó que el uso de métodos anticonceptivos es necesario, un 13% dijo que no era necesario su uso y una minoría del 3% no contestó a esta interrogante.

#### **Interpretación:**

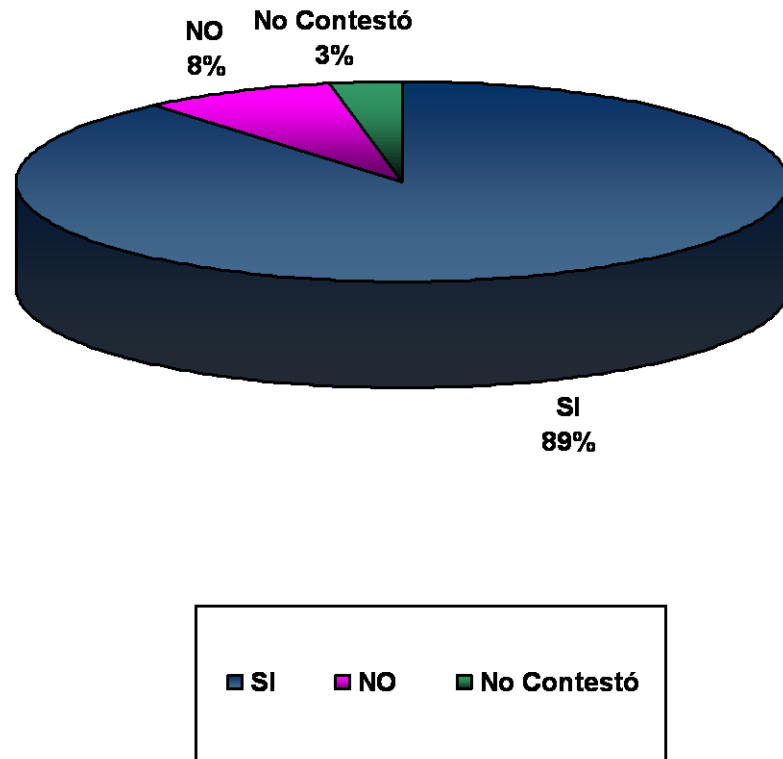
Los datos que reflejan el concepto que tienen los jóvenes sobre si es o no necesario el uso de anticonceptivos, ponen de manifiesto que una mayoría respondió que si era necesario su uso, probablemente porque en las últimas fechas se ha puesto mayor énfasis en la concientización de los jóvenes sobre la importancia de que usen métodos de planificación familiar, un 8% manifestó

que no los consideran importantes, lo cual puede reflejar el escepticismo de los jóvenes para su uso o bien dejar ver el espíritu de contradicción propio de la adolescencia; además un 3% no contestó la interrogante, podría ser porque estos jóvenes no tienen una clara idea de la importancia y beneficio del método de planificación familiar.



**GRÁFICO N° 14**

**CONSIDERA NECESARIO EL USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR**



Fuente Cuadro N° 14

## CUADRO No. 15

### ¿POR QUÉ CONSIDERA NECESARIO EL USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR?

Categoría	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Evita ETS	101	34
Previene embarazo	139	48
Otros	26	9
No contestó	26	9
Total	292*	100

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

\* El total de datos sobrepasa a la población encuestada, debido a que los/as adolescentes consideran necesario el uso de anticonceptivos por más de una razón.

#### **Análisis:**

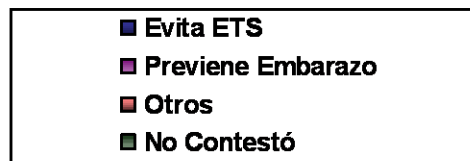
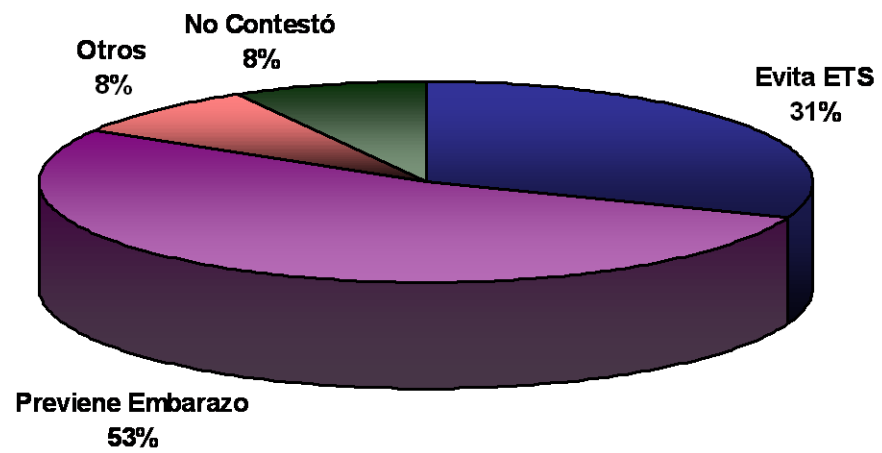
De los datos obtenidos se puede apreciar que la mayoría dijo que los métodos de planificación familiar son importantes porque previenen embarazos, un 34% considera que son importantes porque evitan enfermedades de transmisión sexual, un 9% dijo que son importantes porque de esa manera se planifica el número de hijos que se desean, y un 9% no contestó la pregunta.

**Interpretación:**

Puede observarse que la mayoría mencionó que su importancia se debía a que prevenían embarazos, posiblemente por ser esta la mayor preocupación de los jóvenes que inician tempranamente relaciones sexuales en segundo lugar mencionaron que eran importantes porque evitaban enfermedades de transmisión sexual, pueda deberse a las campañas de educación sexual en los adolescentes lo cual ha creado gran conciencia y ha dado a conocer los riesgos y complicaciones que implica el padecer una enfermedad de transmisión sexual, un 9% lo consideran importante porque ayuda a elegir el número de hijos que formarán parte del núcleo familiar y un 9% no contestó la interrogante, lo que puede explicarse, por falta de comprensión de la misma.

GRÁFICO N° 15

¿POR QUÉ CONSIDERA NECESARIO EL USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR?



Fuente Cuadro N° 15

**CUADRO No. 16**  
**¿ES ACTIVO SEXUALMENTE?**

<b>Opinión</b>	<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Frecuencia Relativa</b>
Si	71	35
No	113	56
No contestó	18	9
Total	202	100

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

**Análisis:**

Del total de jóvenes encuestados en el período de julio y agosto de 2003, un 35% expresó ser activo sexualmente; un 56% respondió que no eran activos sexualmente y un 9% se abstuvo de contestar la pregunta.

**Interpretación:**

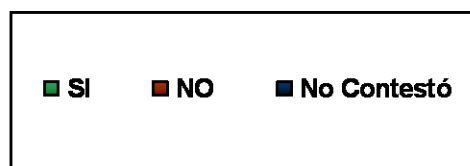
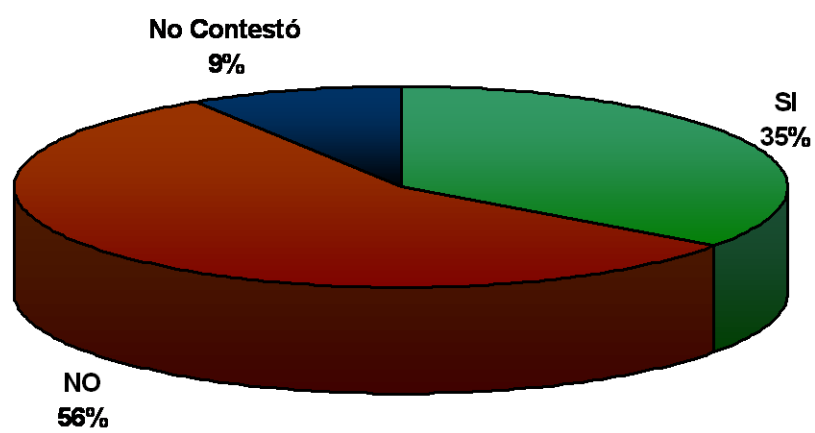
Con la información obtenida en este cuadro la mayoría respondió no ser activos sexualmente, de este total la mayoría son del sexo femenino y una minoría pertenece al sexo masculino, este resultado se debe al hecho de poseer por parte de las mujeres factores morales, culturales y religiosos, que les han detenido para iniciar una vida sexual a temprana edad o en una relación prematrimonial.

También está el hecho de que algunas adolescentes ya iniciaron vida sexual, pero por principios o vergüenza no deciden expresarlo, en esta ocasión en la guía de cuestionario, mucho menos a sus familiares o amigos y en esto se refleja que un 9% no quiso contestar la pregunta.

Un 35% expresó ya haber iniciado vida sexual, de este porcentaje la mayoría pertenece al sexo masculino y esto se explica por el hecho de poseer una sociedad perteneciente a un país subdesarrollado, donde es propio el patrón cultural del machismo, donde el ser hombre le da mayor libertad sexual y al contrario del sexo femenino mientras más pronto inicie su vida sexual demuestra de esta forma ser capaz como hombre y persona de formar una parte importante para la sociedad.

GRÁFICO N° 16

¿ES ACTIVO SEXUALMENTE?



Fuente Cuadro N° 16

### CUADRO No. 17

#### ¿SI ES ACTIVO SEXUALMENTE, UTILIZA ALGÚN MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR PARA PREVENIR EMBARAZOS O ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL?

Opinión	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Si	28	39
No	43	61
Total	71	100

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

#### **Análisis:**

En los datos que se presentan en este cuadro a 71 adolescentes encuestados sexualmente activos, observa que el 39% respondió que si utilizan algún método de planificación familiar y el 61% contestó que no utilizan ningún método anticonceptivo al tener relaciones sexuales.

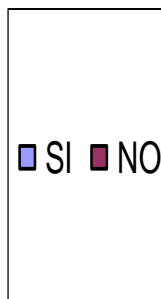
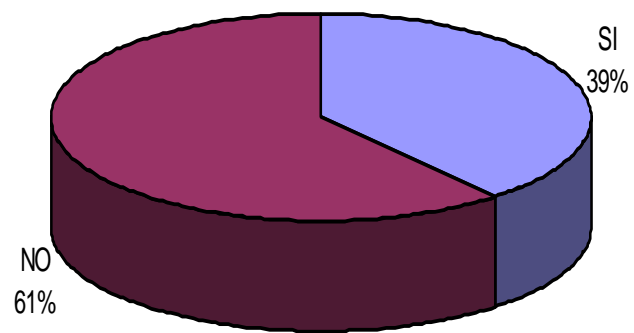
#### **Interpretación:**

Según los datos del cuadro anterior se observa que la mayoría de jóvenes no utiliza ningún método de planificación familiar al tener relaciones sexuales, observándose la actitud despreocupada e irresponsable propia del adolescente, mostrando también el atenimiento como patrón cultural propio de una sociedad



subdesarrollada, además se puede apreciar que un número considerable de adolescente respondió que utilizan algún método de planificación familiar al tener relaciones sexuales, manifiestan que de es forma evitan embarazos no deseados o enfermedades de transmisión sexual, las que pueden poner en riesgo su vida futura y al estar seguros disfrutan el tener relaciones sexuales con su pareja.

**GRÁFICO No 17**  
**¿UTILIZA ALGÚN MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR AL TENER RELACIONES SEXUALES?**



**CUADRO No. 18**  
**EN CASO DE RESPUESTA AFIRMATIVA,**  
**¿QUÉ MÉTODO ANTICONCEPTIVO UTILIZA?**

<b>Método anticonceptivo</b>	<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Frecuencia Relativa</b>
Condón	42	33
Pastillas	10	7
Inyecciones	2	2
Método del ritmo	2	2
Ninguno	71	54
No quiso contestar	1	1
Total	128 *	100

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

- El total de datos sobrepasa a la población de adolescente sexualmente activos debido a que utilizan más de un método anticonceptivo al tener relaciones sexuales

**Análisis:**

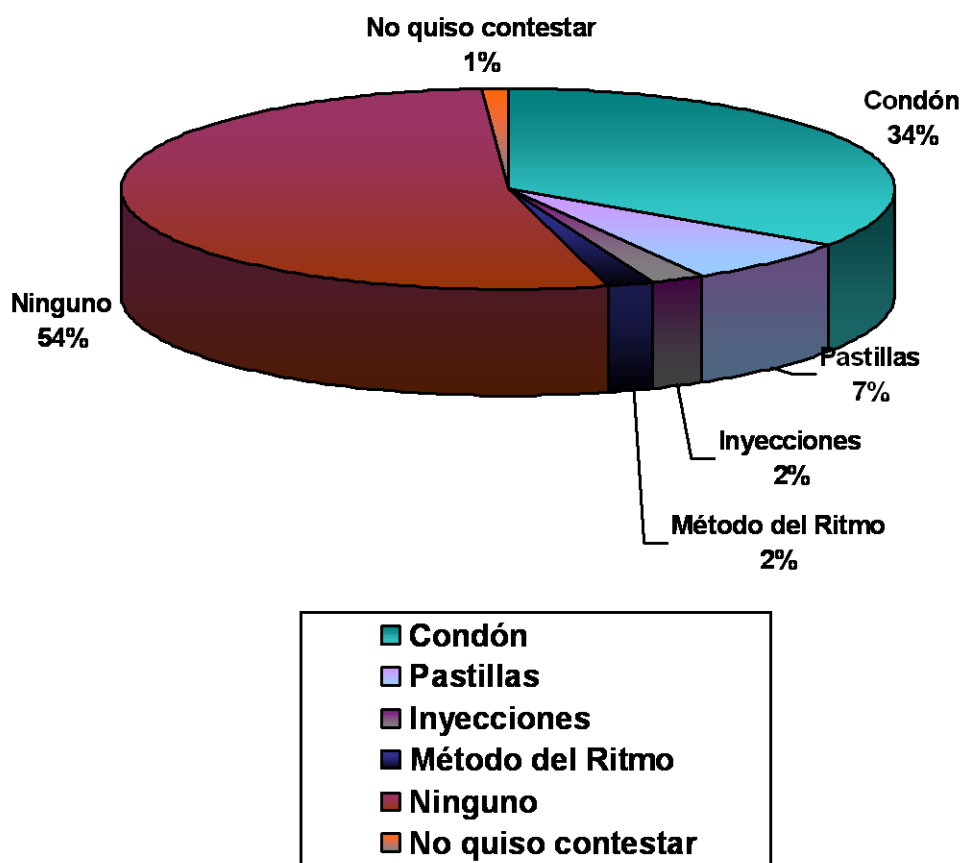
Con la información que se recolectó con el cuestionario, se puede observar que un 33% manifestó utilizar el condón, un 7% dijo utilizar pastillas anticonceptivas, un 2% inyecciones anticonceptivas, 2% mencionó utilizar el método del ritmo, 55% mencionó no utilizar ningún método de planificación familiar y un 1% no respondió a la interrogante.

### **Interpretación:**

La mayoría mencionó que no utilizan ningún método anticonceptivo durante sus relaciones sexuales, probablemente porque a pesar de reconocer su importancia tienen ideas equivocadas sobre lo que afectará su fertilidad, restricciones religiosas, o consideran que el uso de éstos afectará de forma desagradable el total disfrute de su vida sexual o de su pareja, un 33% de jóvenes manifestó que utilizaban como método de planificación familiar el condón, esto porque es un método de fácil acceso, económico y de fácil uso, que evita embarazos y protege contra enfermedades de transmisión sexual, un 7% mencionó que utilizaban pastillas anticonceptivas, posiblemente debido a que el número de adolescentes femeninas sexualmente activas es considerablemente menor que el de adolescentes masculinos, además su uso es más metódico y requiere mayor disposición y responsabilidad, además es poco preferido porque las adolescentes al utilizar este método pueden ser descubiertas por sus padres, un 2% dijo que utilizaban inyecciones anticonceptivas, lo cual puede reflejar el temor de las jóvenes a su aplicación o a sus efectos secundarios, un porcentaje igual prefirió utilizar el método del ritmo, este bajo porcentaje puede deberse a la poca seguridad que brinda el método y a que demanda mayor conocimiento de la fisiología del aparato reproductor femenino, un 1% de los adolescentes no contestó la pregunta posiblemente por olvido, escepticismo o falta de comprensión de la pregunta.

GRÁFICO N° 18

¿QUÉ MÉTODO UTILIZA?



Fuente Cuadro N° 18

### CUADRO No. 19

#### EN CASO DE RESPUESTA NEGATIVA, ¿CUÁL ES LA RAZÓN DE NO UTILIZAR UN MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR?

Categoría	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Hacen daño	13	15
No quieren usarlo	18	21
Su pareja se opone	10	12
Temor a los padres	6	7
Es pecado	2	2
No contestó	33	39
Otros	3	4
Total	85*	100

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

- El total de datos sobrepasa a los adolescentes activos sexualmente, debido a que no utilizan ningún método de planificación familiar por más de una razón.

#### **Análisis:**

Según el dato obtenido en la encuesta de los jóvenes que no utilizaron algún método de planificación familiar se les preguntó cuál era la razón de no utilizar algún método señalando un 21% que no querían usarlo, 39% no contestó la

pregunta; 15% manifestó que no los usaban porque hacían daño,, 7% expresó que no utilizaban métodos anticonceptivos por temor a sus padres, 2% refirió que su pareja sexual se oponía a que usara métodos anticonceptivos.

### **Interpretación:**

Con los datos del cuadro anterior se da a conocer que la mayoría de los adolescentes con vida sexual activa y que no utilizan algún método de planificación al tener relaciones sexuales, no contestan el por qué de es actitud, pueda deberse a que no quieran usarlos, como expresa otro grupo importante en el total de adolescentes encuestados.

Un 15% respondió que no utilizaban algún tipo de anticonceptivo porque hacían daño, puede observarse en estas respuestas que los/las jóvenes tiene información escasa e incorrecta sobre el uso de anticonceptivos, dejándose ver que no solo basta con darles a conocer los diferentes métodos, sino también explicarles de forma gradual y continua los riesgos, beneficios, mecanismos de acción, modo de uso y efectos secundarios que conlleva a utilizar métodos anticonceptivos.

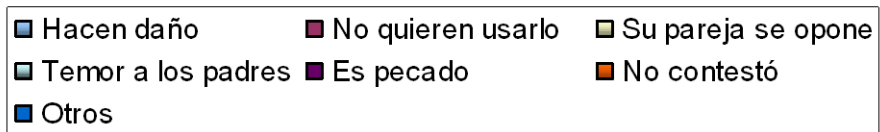
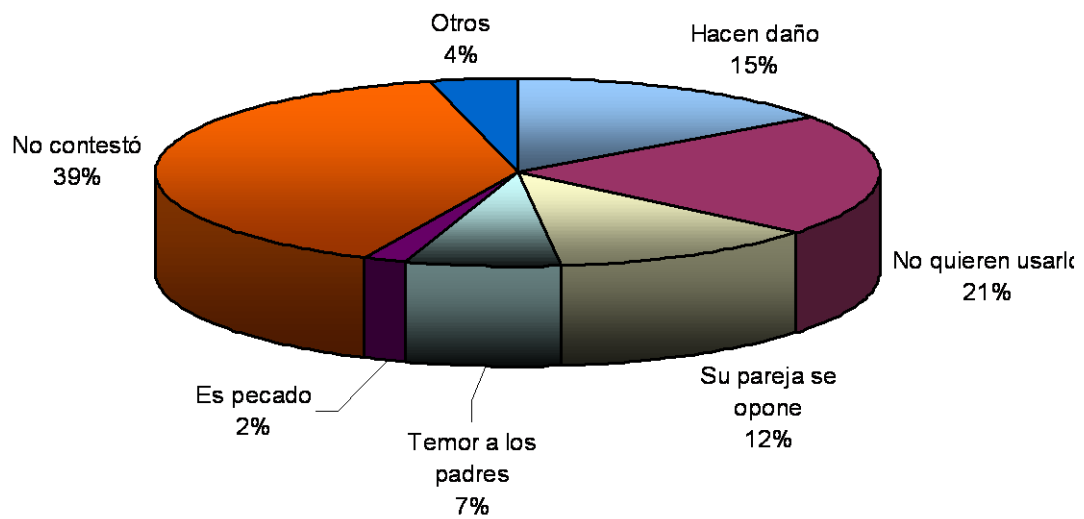
Una minoría expresó no utilizar algún método por temor a que sus padres se dieran cuenta que ya habían iniciado relaciones sexuales o porque referían que era pecado, dándose a conocer de esta forma que las costumbres sociales los

valores en general juegan un papel importante, expresan los/las adolescentes que para ellos es importante el contar con la aprobación de sus padres y en una situación como esta, no son los suficientemente flexibles como para aceptar que sus hijos ya tomaron la decisión de iniciar una vida sexual y es debido a esto que no se les participa o da a conocer sus decisiones.

Un 4% expresó no utilizar anticonceptivos durante el acto sexual ya que su pareja se oponía a que usara algún método, el total de este grupo es del sexo masculino quienes utilizan como método el preservativo o condón y esto en ciertos casos puede relacionarse psicológicamente en las mujeres a que el uso del condón solo es para utilizarlo con “mujeres fáciles” o con “compañeras”, por lo que debe superarse este concepto erróneo.



**GRÁFICO No. 19**  
**¿CUÁL ES LA RAZÓN DE NO UTILIZAR UN MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR?**



**CAPITULO VI:**  
**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.**

## 6.1 CONCLUSIONES

Después de tabular, analizar e interpretar los resultados del estudio sobre los factores socioeconómicos y culturales que influyen en la no utilización de métodos de planificación familiar en los/as adolescentes del municipio de Chinameca, departamento de San Miguel, en el período de enero - julio de 2003, se concluye lo siguiente:

Que los principales factores que influyen en la no utilización de métodos de planificación familiar son los factores sociales tales como : las creencias religiosas, el nivel educativo; también el bajo ingreso económico que perciben la mayoría de éstas familias, lo que dificulta el acceso a los servicios de salud, al mismo tiempo, factores culturales entre los que podemos mencionar: el machismo, el atonimiento y los tabúes.

Se observó que 116 de los adolescentes encuestados pertenecían al sexo masculino, de los cuales el 79% son sexualmente activos y 85 adolescentes pertenecían al sexo femenino de los cuales el 21 % son sexualmente activos; de igual forma, se observó que de el total de adolescentes masculinos y femeninos sexualmente activos el 68% y el 32 % respectivamente utilizan algún método de planificación familiar .

Al mismo tiempo se observó que de los 202 adolescentes encuestados 187 manifestaron conocer algún método de planificación familiar, sin embargo, sólo 180 de ellos consideraban necesario su uso, y entre las razones manifestadas como de importancia para esta actitud mencionaron que: previenen embarazos, evitan enfermedades de transmisión sexual; de igual manera, se observa que a pesar de que estos adolescentes tienen algún conocimiento sobre métodos de planificación familiar y su importancia, en la práctica, una minoría de las que tienen vida sexual activa hacen uso de ellos.

Por lo que se acepta la hipótesis de trabajo: Los factores socioeconómicos y culturales influyen en el uso de métodos de planificación familiar en los/as adolescentes.

Durante la realización del trabajo de investigación nos encontramos con la dificultad del estado de emergencia, de alerta roja, que vivió nuestro país El Salvador con la epidemia de neumonía en el mes de agosto, lo que demandó a todo el personal de salud aumentar el tiempo de trabajo de 8 horas a 12 horas diarias de atención a la comunidad, debido a esto se pospusieron actividades ya programadas para el trabajo de investigación como ejemplo, la obtención de información a través del cuestionario y reuniones con el docente director.

## 6.2 RECOMENDACIONES

1. Es necesario que el Ministerio de Educación junto al Ministerio de Salud refuercen el programa de educación en salud sexual y reproductiva que se imparte en los distintos centros escolares.
2. Que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social difunda en forma adecuada a través de los diferentes medios de comunicación (radio, prensa, televisión, revistas). Información sobre los tipos de métodos de planificación familiar, quienes pueden usarlo, modo de uso, beneficios, así como los riesgos de prácticas sexuales inapropiadas, de manera que esta información se les facilite incluso a aquellos adolescentes que no asisten a ningún centro escolar .
3. Se recomienda también que el Ministerio de Salud realice campañas de información sobre métodos de planificación familiar con el apoyo, si fuera posible, de los diferentes movimientos religiosos existentes en nuestro país, de modo que puedan romperse las barreras morales que han impuesto las distintas religiones y de esta manera incrementar el número de usuarios de métodos de planificación familiar, que de otra forma se ven inhibidos por los tabúes

4. Es necesario que el Ministerio de Educación establezcan programas que involucren a los padres de familia en el papel de facilitadores en la adecuada práctica sexual de sus hijos y que puedan orientarlos a que realicen prácticas sexuales con responsabilidad y de esta forma crear lazos de confianza entre padres e hijos que contribuyan al mismo tiempo a desaparecer tabúes tales como:

- Hablar de sexo es pecado,
- El uso de método de planificación es pecado,
- Los hombres deben ser promiscuos,
- La mujer debe llegar virgen al matrimonio.

5. A el Ministerio de Salud, específicamente a el SIBASI de Nueva Guadalupe, para que a través de la Unidad de Salud de Chinameca aumente la cobertura y continúe brindando la información sobre temas de Métodos de Planificación Familiar, consecuencias de abortos, consecuencias y riesgos de embarazos no deseados y otros temas relacionados con la salud sexual y reproductiva; a los diferentes centros escolares de la zona de dicho municipio y a la comunidad en general, ya que se ha visto en este trabajo de investigación que este ministerio, es un ente primordial para que esta información llegue a los/las adolescentes.

6. A El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, para que brinde capacitaciones continuas al personal de salud (promotores de salud) sobre métodos de planificación familiar, ya que son ellos quienes permanecen en continuo contacto con la población a la que están asignados, siendo ellos los que proporcionan información a los/las jóvenes interesados en conocer sobre este tema.

## BIBLIOGRAFIA

### LIBROS:

ALLER ATUCHA, Luis Maria. Sexualidad Humana y Relaciones Personales. Tomo I, Segunda Edición, Nueva York, EEUU, 1983, se., 362 págs.

OCÉANO. Diccionario de Medicina. Tomo I, Cuarta Edición en Español, España, Grupo Editorial Océano, 1997, 1504 págs.

OCÉANO. Psicología del Niño y del Adolescente. Tomo I, Primera Edición en Español, Barcelona, España, Grupo Editorial Océano, 1999. 640 págs.

ROJAS SORIANO, Raúl. Guía para realizar Investigaciones Sociales. Sexta edición, México. Universidad Autónoma de México. Dirección General de Publicaciones, 1982.100 págs.

PIURA LOPEZ, Julio. Introducción a la Metodología de la Investigación Científica. Cuarta Edición, Managua, Nicaragua, Publicación Científica del Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud CIES-UNAM. 2000. 184 págs.

VELÁSQUEZ , José Humberto. La Cultura del Diablo. Primera Edición, San Salvador, El Salvador, Editorial Universitaria, 1996. 96 págs.

HERNÁNDEZ SAMPIERI, Roberto y Otros. Metodología de la Investigación. Segunda Edición, México, Mc Graw-Hill Interamericana Editores. 2001. 501 págs.



## **DOCUMENTOS:**

ASOCIACIÓN DEMOGRÁFICA SALVADOREÑA Y OTROS. “Encuesta Nacional de Familia de 1998” (FESAL – 98). Documento. San Salvador, El Salvador, C.A. Abril de 2000. 414 págs.

Consejo Nacional para la Cultura y Arte. CONCULTURA y otros. “Monografía de Chinameca, departamento de San Miguel”. se, Chinameca, El Salvador, C.A. Abril 1992.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD Y AGENCIA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL DE JAPÓN “Atención de Enfermería Comunitaria, Aplicación de las Teorías de Virginia Henderson y Dorothea Orem en la Práctica Comunitaria”. Memoria de Taller. San Salvador, El Salvador, C.A., se, mayo- junio de 2001. Págs. 76-98.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y SECRETARIA NACIONAL DE LA FAMILIA “De Adolescentes para Adolescentes. Manual de Educación par la Vida” Documento. San Salvador, El Salvador, Diciembre 2001. 171 Págs.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL y otros. “Normas de Planificación Familiar”. Documento. San Salvador, El salvador, C.A. Julio 1999. 115 págs.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. “Mejorando el Acceso a la Calidad de Atención en Planificación Familiar. Criterios de Elegibilidad Médica Para el uso de Anticonceptivos”. Documento. Primera Edición, Ginebra, Suiza, se., julio, 1997. 141 págs.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL Y OTROS.  
“Guía Metodológica para la Elaboración de Protocolos de Investigación en Salud. Documento. San Salvador, El Salvador, C.A. Marzo 2001. 72 págs.

### **REVISTAS:**

FAMILY HEALTH INTERNATIONAL “Salud de la Reproducción de los Adolescentes”. Revista Network en Español, North Carolina, EEUU, Marina McCune, editora, Vol. 17, No 3, Abril 1997, págs. 9 – 31.

### **PERIÓDICOS:**

EL DIARIO DE HOY. “Voluntad Sexual a Prueba”. Periódico. San Salvador, El Salvador, C.A., 13 de Abril de 2003, págs. 6-7, precio \$0.34.

LA PRENSA GRAFICA. “ Salud Atendió 21,703 Partos en Adolescentes en 2002”. Periódico, San salvador, El Salvador, C.A. 14 de mayo del 2003, pág. 8. Precio \$ 0.34.

EL DIARIO DE HOY. “Solteras. Más abortos en jóvenes”. Periódico. San Salvador, El Salvador, C.A. 19 de mayo del 2003, pág. 9. Precio \$ 0.34.

## DIRECCIONES ELECTRÓNICAS:

- ◆ [www.celsam.org/prensa.asp?cve-boletin=19](http://www.celsam.org/prensa.asp?cve-boletin=19)
  
- ◆ [www.geocities.com/athens/acropolis/9741/conciencia/dic99/art4.html](http://www.geocities.com/athens/acropolis/9741/conciencia/dic99/art4.html) Revista  
Conciencia Latinoamericana
  
- ◆ [www.juventudviva.gov.co/j4.htm](http://www.juventudviva.gov.co/j4.htm)
  
- ◆ [www.mspas.gob.sv/indicador2000.htm](http://www.mspas.gob.sv/indicador2000.htm)
  
- ◆ [www.social@la.prensa.com.sv](mailto:www.social@la.prensa.com.sv).

# **ANEXOS**



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

**ANEXO No. 1  
CUESTIONARIO**

**Dirigida a los/as Adolescentes de 14 a 19 años de edad, estudiantes  
activos del municipio de Chinameca**

**OBJETIVO:** Obtener información sobre los aspectos que influyen en la no utilización de métodos de planificación familiar en los/as adolescentes sexualmente activos del municipio de Chinameca, departamento de San Miguel.

**1. Identificación Geográfica**

Area: Urbana

Rural

**2 Generalidades**

**Sexo:** M

F

**3. Estado Familiar**

Soltera(o):

Casada(o):

Acompañada(o):

Edad:

### Factores socioculturales

4. Nivel de escolaridad

1º - 3º:

4º - 6º:

7º - 9º:

Bachillerato:

Estudio superior

5. ¿Cuántas personas residen habitualmente en su vivienda?

No. Total de Personas \_\_\_\_\_

No. Total de Mujeres \_\_\_\_\_

No. Total de Hombres \_\_\_\_\_

6. ¿Pertenece su familia a una religión?

SI

NO

¿Cuál?

Ninguna:

Católica:

Protestante:

Otras:

7. Usted ¿A qué religión pertenece?

Ninguna:

Católica:

Protestante:

Otras:

8. ¿ Cuántas personas en su casa aportan económicamente al sostén de su familia?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ó más: \_\_\_\_\_

9. ¿De cuánto es aproximadamente el ingreso mensual en su familia?

< \$ 137.14 \_\_\_\_\_

\$ 137.14 - \$ 228.57 \_\_\_\_\_

\$ 228.57 - \$ 342.85 \_\_\_\_\_

> \$ 342.85 \_\_\_\_\_

10. ¿ Conoce usted algún método de planificación familiar?

SI

NO

11. ¿Cuál de éstos métodos conoce?

1. Píldoras o pastillas anticonceptivas:

2. DIU o aparatito:

3. Condón o preservativo:

4. Inyección anticonceptiva

5. Métodos vaginales (jaleas, espumas, etc.)

6. Norplant o implante

7. Esterilización femenina

8. Esterilización masculina

9. Método de Billings

10. Método del ritmo, calendario

11. Método de lactancia y amenorrea

12. ¿ Quién le brindó la información?

a) Padres

b) Escuela

c) Personal de salud

d) Amigos

e) Otros

13. ¿Considera necesario el uso de métodos de planificación familiar?

SI

NO

¿ Por qué?

Evita E.T.S.

Previene embarazos

Otros

14. ¿ Es activo sexualmente?

SI

NO

15. Si es activo (a) sexualmente ¿Utiliza algún método de planificación familiar para prevenir el embarazo o las enfermedades de transmisión sexual?

SI

NO



16. En caso de respuesta afirmativa ¿Qué método utiliza?

---

---

---

17. En caso de respuesta negativa ¿Cuál es la razón de no utilizar un método de planificación familiar?

- a) Hacen daño
- b) No quieren usarlo
- c) Su pareja se opone
- d) Temor a los padres
- e) Es pecado
- f) Otros

## ANEXO No. 2

### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES A REALIZAR EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE FACTORES SOCIOCULTURALES QUE INFLUYEN EN EL USO Y NO USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LOS/LAS ADOLESCENTES SEXUALMENTE ACTIVOS DEL MUNICIPIO DE CHINAMECA, DEPARTAMENTO DE SAN MIGUEL, PERÍODO ENERO A JULIO DE 2003

MES	ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				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
ACTIVIDAD	SEMANA																																			
1. Reunión con Docente Director, Asesores de Metodología y Estadística																																				
2. Visita a la comunidad																																				
3. Selección del Tema																																				
4. Elaboración del Perfil de Investigación																																				
Elaboración del Proyecto de investigación																																				
6. Ejecución del Protocolo																																				
7. Tabulación, Análisis Interpretación de Datos																																				
8. Elaboración de Conclusiones y Recomendaciones																																				
9. Elaboración del Informe Final																																				
10. Socialización del Trabajo de investigación																																				
11. Presentación del Informe Final																																				
12. Exposición oral del Informe Final																																				







MES DE SEPTIEMBRE DE 2003

No	Actividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
1	Reunión con Docente Director		■							■							■						■									■
2	Reunión con Asesor de Estadística				■							■																				
3	Interpretación de Resultados	■		■		■	■			■			■	■																		
4	Reunión con Coordinadora de Procesos de Graduación																■		■					■		■		■				
5	Elaboración de Conclusiones y Recomendaciones.																						■		■							
6	Elaboración del Informe Final																												■			













