

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



**CONOCIMIENTO SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LOS
ADOLESCENTES USUARIOS DE LAS UNIDADES DE SALUD EL PLATANAR (SAN
MIGUEL), SESORI (SAN MIGUEL), MEANGUERA (MORAZÁN), EN EL PERIODO
DE JULIO A SEPTIEMBRE DE 2010.**

PRESENTADO POR:

NELSON EDGARDO BENAVIDES RIVERA

IVONNE MARILÚ CHÁVEZ CUADRA

OSCAR JOEL RIVERA PORTILLO

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE:
DOCTORADO EN MEDICINA

DOCENTE ASESOR:

DOCTORA OLIVIA ANA LISSETH SEGOVIA VELÁSQUEZ

SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA, 2011

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES

MASTER RUFINO ANTONIO QUEZADA SÁNCHEZ

RECTOR

ARGUMENTO MIGUEL ÁNGEL PÉREZ RAMOS

VICERRECTOR ACADÉMICO

MASTER OSCAR NOÉ NAVARRETE

VICERRECTOR ADMINISTRATIVO

LICENCIADO DOUGLAS VLADIMIR ALFARO CHÁVEZ

SECRETARIO GENERAL

DOCTOR RENÉ MADECADEL PERLA JIMÉNEZ

FISCAL GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

AUTORIDADES

DOCTORA ANA JUDITH GUATEMALA DE CASTRO

DECANA EN FUNCIONES

DOCTORA ANA JUDITH GUATEMALA DE CASTRO

VICEDECANA

INGENIERO JORGE ALBERTO RUGAMAS RAMÍREZ

SECRETARIO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

AUTORIDADES

DOCTORA OLIVIA ANA LISSETH SEGOVIA VELÁSQUEZ

JEFE DEL DEPARTAMENTO

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO

COORDINADORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN

MAESTRA SONIA MARGARITA DEL CARMEN MARTÍNEZ PACHECO

MIEMBRO DE LA COMISIÓN COORDINADORA

MAESTRA OLGA YANETT GIRÓN DE VÁSQUEZ

MIEMBRO DE LA COMISIÓN COORDINADORA

ASESORES DE LA INVESTIGACIÓN

DOCTORA OLIVIA ANA LISSETH SEGOVIA VELÁSQUEZ

DOCENTE ASESOR

LICENCIADO SIMÓN MARTÍNEZ DÍAZ

ASESOR DE ESTADÍSTICA

MAESTRA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO

ASESORA DE METODOLOGÍA

JURADO CALIFICADOR

DOCTORA OLIVIA ANA LISSETH SEGOVIA VELÁSQUEZ

DOCENTE ASESOR

DOCTOR HORACIO GARCÍA ZARCO

JURADO CALIFICADOR

DOCTOR HENRY RIVERA VILLATORO

JURADO CALIFICADOR

Nelson Edgardo Benavides Rivera

Carnet No. BR 00010

Ivonne Marilú Chávez Cuadra

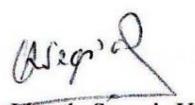
Carnet No. CC 03086

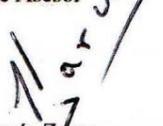
Oscar Joel Rivera Portillo

Carnet No. RP 03022

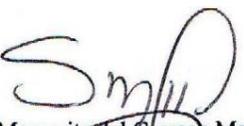
CONOCIMIENTO SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LOS ADOLESCENTES USUARIOS DE LAS UNIDADES DE SALUD EL PLATANAR (SAN MIGUEL), SESORI (SAN MIGUEL), MEANGUERA (MORAZÁN), EN EL PERÍODO DE JULIO A SEPTIEMBRE DE 2010.

Este trabajo de investigación fue **revisado, evaluado y aprobado** para la obtención del título de Doctorado en Medicina por la Universidad de El Salvador.


Dra. Olivia Ana Lisseth Segovia Velásquez
Docente Asesor


Dr. Horacio García Zarco
Jurado Calificador

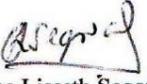

Mtra. Olga Yanett Girón de Vásquez
Miembro de la Comisión Coordinadora


Mtra. Sonia Margarita del Carmen Martínez Pacheco
Miembro de la Comisión Coordinadora


Dr. Henry Rivera Villatoro
Jurado Calificador


Mtra. Elba Margarita Berrios Castillo
Coordinadora General de Proceso de Graduación
del Departamento de Medicina




Vo. Bo. Dra. Olivia Ana Lisseth Segovia Velásquez
Jefe del Departamento de Medicina



San Miguel, El Salvador, Centro América, febrero 2011.

AGRADECIMIENTOS:

A Dios: por ser el centro de nuestras vidas, fuente de inspiración y fortaleza a lo largo de nuestras vidas y carrera universitaria, ya que de Él obtuvimos sabiduría, paciencia, serenidad para culminar nuestros estudios.

A nuestra familia: por todo el apoyo, paciencia, comprensión brindada en todo momento.

A la Universidad de El Salvador: por ser nuestra alma mater, donde se nos ha formado como profesionales exitosos, responsables y con el conocimiento suficiente para desenvolvemos en la sociedad como personas de bien.

A los docentes del Departamento de Medicina: por todas las enseñanzas brindadas a lo largo de nuestra carrera, contribuyendo en nuestra formación académica y profesional.

A nuestra Docente Asesora: Doctora Olivia Ana Lisseth Segovia, por toda su colaboración a lo largo de nuestra carrera, dedicación y conocimientos impartidos, orientación en esta investigación y durante toda nuestra formación académica y por su cariño.

A nuestro asesor estadístico: Lic. Simón Díaz, por su dedicación y sus conocimientos impartidos, orientación, apoyo incondicional, disposición de tiempo y aprecio.

A las personas: que con su apertura y colaboración nos facilitaron el desarrollo de nuestra investigación: Licda. Elba Margarita Berrios Castillo, Lic. Carlos Osorio, Licda. Gloria Navarro.

A los adolescentes usuarios de las Unidades de Salud El Platanar, Sesori y Meanguera que con mucha disponibilidad colaboraron con el llenado del cuestionario de investigación.

Grupo Investigador:

Ivonne Marilú Chávez Cuadra

Nelson Edgardo Benavides Rivera

Oscar Joel Rivera Portillo

DEDICATORIA:

A Dios: Porque con su mano poderosa me ha llevado a lo largo de mi vida y durante mi formación académica con inmenso amor, me ha colmado de su sabiduría y ha permitido que alcance mis metas.

A mi madre: Dina Marilú Cuadra Girón porque con todo el amor de su corazón, me ha brindado dedicación, por esforzarse para que alcanzaré mis sueños, por sus sacrificios, por su paciencia, comprensión y estar siempre a mi lado apoyándome.

A mi tío: José Romny Girón Cuadra, por su apoyo incondicional, cariño, cuidados como un padre y esforzarse para que tuviera todo lo necesario para salir adelante.

A mi abuela: Vilma Haydee Cuadra, por todo su amor, sus oraciones, sus consejos, apoyo incondicional, por cuidarme y educarme, fomentar en mí valores y el amor al prójimo.

A mi hermana: Jacqueline Stephanie Chávez Cuadra, quien me ha acompañado en todo momento, me ha brindado su amistad y su cariño, me ha apoyado en todas las circunstancias de la vida sobre todo en las más difíciles, por compartir sus conocimientos.

A mi tía y mis primos: Luz Yaneth Girón, Romny y Vilma Girón Cuadra, por todo su apoyo y comprensión, por brindarme su cariño y animarme cuando más lo he necesitado.

A mis amigos: Nelson Benavides, Joel Rivera, por su apoyo incondicional, su paciencia, su comprensión, su cariño. Por su colaboración sobre todo en los momentos difíciles Alicia Osegueda, Simeí Pleitez, David Pacheco, Miguel Aguirre, Nestor Chávez, Alcides Díaz.

A personas especiales: José Luis Vigil, Josefina Ventura, quienes me han brindado su colaboración, por su cariño; a mis madrinas Arely de Meráz y Leticia Girón, por sus oraciones.

Ivonne Marilú Chávez Cuadra

DEDICATORIA:

A Dios: por su infinito e incondicional amor, por brindarme sabiduría en el transcurso de mi carrera universitaria y permitir que logre lo que más deseo.

A mis padres: Oscar Rivera y María de Rivera quienes con su esmero y trabajo han hecho posible que cumpla mis proyectos, alentándome en los momentos difíciles, orientándome en mis decisiones y brindándome apoyo incondicional tanto espiritual como material.

A mis hermanos: Noé Isaac y Herson Daniel por haber estado presentes en todo momento, no dudando ayudarme cuando se los solicito y a mi hermana Wendy Saraí quien a pesar de su corta edad me ha llenado de felicidad y mucho cariño.

A mi familia: incluyendo abuelos, tíos y primos, por crear un ambiente de unidad, ayuda mutua y compartir muchos buenos momentos.

A mis amigos: Osmar Argueta, Kenia Castro, Carlos Felipe Ramírez, Hugo Martínez, Carlos Carballo, porque siempre que he necesitado ayuda han estado presentes, no importando si son buenos o malos momentos.

A mis compañeros de Trabajo de graduación: Ivonne y Nelson, por haberme permitido formar parte de este equipo de trabajo y esforzarse junto a mí para lograr juntos nuestros objetivos, considerando el bien común por encima del particular.

Oscar Joel Rivera Portillo

DEDICATORIA:

A mis Madresy Padres: María Salome Rivera Guandique, Armida Osorio de Benavides, Andrés Benavides, Nelson de Jesús Benavides Osorio, por su paciencia, por sus cuidados, comprensión, su apoyo incondicional, y su dedicación y esforzarse para que tuviera todo lo necesario para salir adelante.

A mis hermanos: William y Liliana y resto de hermanos (tíos) por brindarme cariño como mis hermanos, sus consejos, su comprensión, por estar animándome en todo momento, sobre todo en los más difíciles, por no haber dudado de mi capacidad, por su compañía y apoyo en todo momento.

A mis amigos: Oscar, Ivonne, Osmar, Noé, Octavio, Luis, Nelson, Carlos, Eva, María José, Perla, Carlos A., Alexandra, Manuel, Frank, Raymundo, Cesar, por su amistad y su apoyo.

Nelson Edgardo Benavides Rivera

TABLA DE CONTENIDO

	PÁG
LISTA DE TABLAS.....	xiii
LISTA DE GRÁFICOS.....	xv
LISTA DE FIGURAS	xvii
LISTA DE ANEXOS.....	xix
RESUMEN.....	xx
1. INTRODUCCIÓN	
1.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	21
1.2 ENUNCIADO DEL PROBLEMA.....	28
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	29
2. MARCO TEÓRICO.....	30
3. SISTEMA DE HIPÓTESIS.....	56
4. DISEÑO METODOLÓGICO.....	60
5. RESULTADOS.....	68
6. DISCUSIÓN.....	136
7. CONCLUSIONES.....	138
8. RECOMENDACIONES.....	141
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	144

LISTA DE TABLAS

	PÁG
TABLA 1. Lugar de residencia de la muestra estudiada	68
TABLA 2. Distribución de la población según sexo y residencia	70
TABLA 3. Distribución de la población según edad y residencia	72
TABLA 4. Distribución de la población según procedencia y residencia.....	74
TABLA 5. Distribución de la población según religión y residencia.....	76
TABLA 6. Distribución de la población según escolaridad y residencia.....	78
TABLA 7. Definición de sexualidad por la población en estudio según unidad de salud	80
TABLA 8. Definición de salud sexual por la población en estudio según unidad de salud...	82
TABLA 9. Definición de orientación sexual por la población en estudio según unidad de salud	84
TABLA 10. Adolescentes que han iniciado relaciones sexuales.....	86
TABLA 11. Edad de inicio de relaciones sexuales en la población en estudio segúnunidad de salud.....	88
TABLA 12. Motivacion para el inicio de relaciones sexuales	90
TABLA 13. Adolescentes con mas de una pareja sexual.....	92
TABLA 14. Numero de parejas sexuales que han tenido los adolescentes	94
TABLA 15. Frecuencia de las practicas sexuales de los adolescentes	96
TABLA16. Adolescentes que han recibido informacion sobre salud sexual y salud reproductiva	98
TABLA 17. Fuentes de información sobre Salud Sexual y Salud Reproductiva.....	100
TABLA 18. Edad a la que recibieron conocimiento sobre Salud Sexual y Reproductiva...	102

TABLA 19. Definición de salud reproductiva por la población en estudio según unidad de salud	104
TABLA 20. Conocimiento sobre métodos de planificación familiar	106
TABLA 21. Conocimiento sobre abstinencia sexual.....	108
TABLA 22. Conocimiento sobre Métodos de Planificación Familiar: método del ritmo....	110
TABLA 23. Conocimiento sobre Métodos de Planificación Familiar: anticonceptivos hormonales orales e inyectables.....	113
TABLA 24. Conocimiento sobre Métodos de Planificación Familiar: uso del preservativo	115
TABLA 25. Uso de métodos anticonceptivos.....	117
TABLA 26. Métodos anticonceptivos preferidos	119
TABLA 27. Conocimiento sobre prevención de infecciones de transmisión sexual.....	122
TABLA 28. Infecciones de transmisión sexual conocidas por los adolescentes.....	124
TABLA 29. Conocimiento sobre VIH/SIDA.....	127
TABLA 30. Conocimiento sobre generalidades del embarazo en adolescencia.....	129
TABLA 31. Relación de embarazo en la adolescencia y el aborto.....	131

LISTA DE GRÁFICOS

	PÁG
GRAFICO 1. Lugar de residencia de la muestra estudiada.....	69
GRAFICO 2. Distribución de la población según sexo y residencia.....	71
GRAFICO 3. Distribución de la población según edad y residencia	73
GRAFICO 4. Distribución de la población según procedencia y residencia.....	75
GRAFICO 5. Distribución de la población según religión y residencia	77
GRAFICO 6. Distribución de la población según escolaridad y residencia	79
GRAFICO 7. Definición de sexualidad por la población en estudio según unidad de salud	81
GRAFICO 8. Definición de salud sexual por la población en estudio según unidad de salud.....	83
GRAFICO 9. Definición de orientación sexual por la población en estudio según unidad de salud	85
GRAFICO 10. Adolescentes que han iniciado relaciones sexuales.....	87
GRAFICO 11. Edad de inicio de relaciones sexuales en la población en estudio según unidad de salud.....	89
GRAFICO 12. Motivación para el inicio de relaciones sexuales	91
GRAFICO 13. Adolescentes con más de una pareja sexual	93
GRAFICO 14. Número de parejas sexuales que han tenido los adolescentes.....	95
GRAFICO 15. Frecuencia de las prácticas sexuales de los adolescentes.....	97
GRAFICO 16. Adolescentes que han recibido información sobre salud sexual y reproductiva	99

GRAFICO 17. Fuentes de información sobre salud sexual y salud reproductiva	101
GRAFICO 18. Edad a la que recibieron conocimiento sobre salud sexual y reproductiva	103
GRAFICO 19. Definición de salud reproductiva por la población en estudio según unidad de salud	105
GRAFICO 20. Conocimiento sobre métodos de planificación familiar.....	107
GRAFICO 21. Conocimiento sobre abstinencia sexual	109
GRAFICO 22. Conocimiento sobre métodos de planificación familiar: método del ritmo	112
GRAFICO 23. Conocimiento sobre métodos de planificación familiar: anticonceptivos hormonales orales e inyectables.....	114
GRAFICO 24. Conocimiento sobre métodos de planificación familiar: uso del preservativo.....	116
GRAFICO 25. Uso de métodos anticonceptivos.....	118
GRAFICO 26. Métodos anticonceptivos preferidos	121
GRAFICO 27. Conocimiento sobre prevención de infecciones de transmisión sexual ..	123
GRAFICO 28. Infecciones de transmisión sexual conocidas por los adolescentes	126
GRAFICO 29. Conocimiento sobre VIH/SIDA	128
GRAFICO 30. Conocimiento sobre generalidades del embarazo en adolescencia	130
GRAFICO 31. Relación de embarazo en la adolescencia y el aborto.....	132

LISTA DE FIGURAS

	PÁG
FIGURA 1. CICLO MENSTRUAL.....	147
FIGURA 2. MÉTODO DEL RITMO.....	148
FIGURA 3. METODO DE LA TEMPERATURA BASAL.....	149
FIGURA 4. METODO DEL MOCO CERVICAL.....	150
FIGURA 5. METODO DEL MOCO CERVICAL.....	150
FIGURA 6. METODO DE RETIRO VOLUNTARIO.....	151
FIGURA 7. METODOS DE BARRERA.....	152
FIGURA 8. FORMA CORRECTA DE USO DE PRESERVATIVO MASCULINO.	153
FIGURA 9. CONDON FEMENINO.....	154
FIGURA 10. ESPERMICIDAS.....	155
FIGURA 11. ANTICONCEPTIVOS HORMONALES ORALES.....	156
FIGURA 12. ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES.....	157
FIGURA 13. METODO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.....	158
FIGURA 14. LESION PRIMARIA DE SIFILIS EN PACIENTE MASCULINO.....	159
FIGURA 15. LESION PRIMARIA DE SIFILIS EN PACIENTE FEMENINO.....	159
FIGURA 16. GONORREA EN PACIENTE FEMENINO	160
FIGURA 17. GONORREA EN PACIENTE MASCULINO.....	160
FIGURA 18. LESION HERPETICA EN PACIENTE FEMENINO	161

FIGURA 19. LESION HERPETICA EN PACIENTE MASCULINO	161
FIGURA 20. PACIENTE CON VIH EN FASE SIDA.....	162
FIGURA 21. CONDILOMA ACUMINADO EN PACIENTE MASCULINO	163
FIGURA 22. CONDILOMA ACUMINADO EN PACIENTE FEMENINO	163
FIGURA 23. CHANCRO BLANDO EN PACIENTE MASCULINO	164

LISTA DE ANEXOS

	PÁG
ANEXO 1. CUESTIONARIO DIRIGIDO A LA POBLACIÓN EN ESTUDIO	166
ANEXO 2. GLOSARIO	177
ANEXO 3. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO	179
ANEXO 4. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	180

RESUMEN

La salud sexual y reproductiva implica un conglomerado de aspectos incluidos entre ellos los somáticos, emocionales, intelectuales y sociales, los cuales, interrelacionados permiten disfrutar de una vida sexual sin riesgo y satisfactoria; sin embargo en nuestro país no existen estudios que reflejen el conocimiento que los adolescentes tienen acerca de este fenómeno por lo que los

Objetivo General de esta investigación es: Determinar el conocimiento sobre salud sexual y salud reproductiva en los adolescentes usuarios de las unidades de salud El Platanar (San Miguel), Sessori (San Miguel) y Meanguera (Morazán), en el periodo de julio a octubre de 2010.

Metodología: la investigación es de tipo cuantitativa, prospectiva, transversal, descriptiva, documental y de campo. Tomando una muestra de 184 adolescentes usuarios de las unidades de salud en estudio. Se tomaron como criterios de inclusión: Ser hombre o mujer, edad entre 10 a 19 años, usuario de la unidad de salud, adolescente que acepte voluntariamente contestar la encuesta.

Resultados: Los adolescentes no conocen sobre salud sexual y salud reproductiva; referente a los diferentes aspectos de la salud reproductiva desconocen sobre la definición de salud reproductiva y los métodos de planificación familiar, pero conocen en cuanto a ITS, VIH/SIDA y embarazo en la adolescencia. Sobre los diferentes aspectos de la salud sexual no conocen sobre el significado de sexualidad, pero conocen que implica una actividad sexual responsable libre de riesgo. La principal fuente de información es la escuela, pues el 57% de los adolescentes la refirió como tal, sin embargo dicha información es superficial ya que únicamente alcanzaron el 52% de respuestas correctas para salud sexual y el 49% para salud reproductiva.

Palabras claves: Salud Sexual y Reproductiva, Conocimiento, Adolescentes, ITS, VIH-SIDA, Embarazo, Métodos de Planificación Familiar, Fuentes de Información.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Antecedentes del Problema

1.1.1 Evolución de la Salud Sexual y Reproductiva.

Las primeras investigaciones en el campo de la sexualidad iniciaron con el informe Kinsey (*Conducta sexual en el hombre*, 1948), el cual marcó un hito en cuanto a este estudio, ya que fue la primera vez que se hablaba en términos científicos de los hábitos sexuales de la población estadounidense.

Alfred Kinsey y sus colaboradores elaboraron una escala para establecer una clasificación de la orientación sexual de las personas que entrevistaron para su estudio sobre sexualidad.

Escala	Descripción	Hombres (%)	Mujeres (%)
0	Comportamiento exclusivamente heterosexual.	52-92	61-90
1	Comportamiento mayormente heterosexual con alguna experiencia homosexual.	18-42	11-20
2	Comportamiento heterosexual con importantes experiencias homosexuales.	13-38	6-14
3	Comportamiento tanto heterosexual como homosexual.	9-32	4-11
4	Comportamiento homosexual con importantes experiencias heterosexuales.	7-26	3-8
5	Comportamiento mayormente homosexual con alguna experiencia heterosexual.	5-22	2-6
6	Comportamiento exclusivamente homosexual.	3-16	1-3

La respuesta sexual humana fue estudiada por el famoso ginecólogo William Masters y la trabajadora social Virginia Johnson (conocidos popularmente por sus dos apellidos juntos: Masters y Johnson). Estos autores proponen que la respuesta sexual se cumple de acuerdo a un ciclo compuesto por cuatro fases. Por tanto, se denomina a este modelo “respuesta tetrafásica”. Las cuatro fases son:

a) Fase de Excitación:

La excitación es la primera fase, se puede provocar por muchos estímulos diferentes: la visión de un cuerpo desnudo, una caricia, una mirada. Durante la excitación, en los hombres el pene se agranda y endurece, se pone erecto. En las mujeres la vagina se lubrica, la vulva se dilata.

b) Fase de Meseta:

Aquí la respiración se entrecorta, las pulsaciones son muy altas y todos los efectos de la excitación aumentan.

c) Fase de Orgasmo

El orgasmo las pulsaciones y la respiración llegan a la máxima frecuencia e intensidad, se produce una gran tensión muscular y contracciones en la zona ano-genital.

d) Fase de Resolución.

Es la vuelta del cuerpo a la normalidad, luego de haber experimentado un orgasmo.

Desde hace varios años se han realizado muchas intervenciones, convenios, conferencias a nivel internacional sobre la salud sexual y reproductiva; así se puede mencionar la conferencia internacional sobre la población y el desarrollo El Cairo (Egipto) 1994; también programas en España, Estados Unidos y Colombia que se enfocan en las cuestiones relativas a la salud reproductiva y sexual en la adolescencia, en particular los embarazos no deseados, el aborto en malas condiciones y las enfermedades de transmisión sexual, incluido el virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA); las cuales son las áreas más preocupantes desde el punto de vista de la salud pública y por lo tanto que deben ser atendidas

prioritariamente para reducir la alta tasa de muertes maternas, el aumento de la incidencia de ITS (Infección de transmisión sexual) y VIH/SIDA, aumento en la tasa de embarazo en la adolescencia.²

1.1.2 Salud Sexual y Reproductiva en los adolescentes de El Salvador.

En El Salvador existen factores de vulnerabilidad que se incrementan con conocimientos, actitudes y practicas no saludables; relacionadas con la salud sexual y reproductiva como: inicio temprano de relaciones sexuales, embarazos precoces en la adolescencia, altos índices de morbilidad materno infantil, alta mortalidad por cáncer cervico uterino y de mama, alta incidencia de ITS-VIH/SIDA, violencia intrafamiliar, de género y sexual, entre otras.

Los adolescentes constituyen el 20.7% del total de la población salvadoreña, de los cuales el 48.2% son mujeres y el 51.8% hombres, el 55% se ubican en el área rural y el resto en el área urbana.³

Con relación al acceso a la educación de niños, niñas y adolescentes la Encuesta Nacional de Salud Familiar El Salvador 2008 (FESAL 2008) reporta que el 88% estudiaban durante el año escolar 2002; el abandono escolar fue más crítico a partir de los 12 años de edad, subiendo rápidamente del 9% a partir de esa edad al 20 % en adolescentes de 14 años, ya sea por razones económicas, unión marital o embarazo.⁴

El porcentaje de adolescentes con experiencia de embarazo asciende rápidamente del 7% en las edades de 15 años al 41% en las de 19 años, llegando a ser en el grupo de mujeres de 15 a 19 años, una proporción de 19% con al menos un(a) hijo(a) actualmente vivo(a).⁵

No obstante lo anterior solo el 61% de las adolescentes reporta haber recibido información sobre el embarazo y el 54% información sobre métodos anticonceptivos en los centros educativos. No parece que la familia participe mucho en brindar información, ni educación en la sexualidad y salud reproductiva, ya que a excepción del tema de la

menstruación (15 por ciento), en el resto de temas menos del 10 por ciento mencionó la familia.⁶

En cuanto a su primera experiencia sexual del total de mujeres de 15 a 24 años de edad, la mitad de ellas ya experimentó al menos una relación sexual (51 por ciento). Siendo mayor en el área rural (54 por ciento) con respecto al área urbana (48 por ciento), con predominio de la primera relación sexual premarital en la urbana (41 contra 36 por ciento) y de la marital en la rural (18 contra 7 por ciento).⁷

Al indagar sobre el uso del condón en su última relación, el 86% de las mujeres de 15 a 19 años manifiestan que no usaron condón en su última relación sexual; y en el grupo de hombres, el 38% de 15 a 24 años no uso ningún método anticonceptivo.⁸

Del total de casos VIH positivo desde 1984 hasta diciembre de 2003, el 3.6% corresponde a la población de 10 a 19 años y de este grupo el 49% vive con SIDA o ya han fallecido.⁹

En el grupo de 15 a 19 años, para las mujeres, las enfermedades más frecuentes en primer lugar se encuentra las intoxicaciones por plaguicidas, le siguen los traumatismos en diferentes partes del cuerpo, en tercer lugar, los tumores malignos, en cuarto lugar las complicaciones del embarazo, parto y puerperio y en sexto lugar la enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana. Para los varones en estas edades en décimo lugar se encuentra la enfermedad por VIH.

En el año 2004 del total de atenciones prenatales las adolescentes demandaron el 27.1%. En referencia a la prestación de servicios de planificación familiar se tiene que el 31.2% ha sido en adolescentes. El porcentaje de usuarias activas de 10 a 19 años constituye el 21.3% del total de la población de 10 a 49 años.¹⁰

Con respecto a la atención de partos, el 30.2% fueron atenciones en adolescentes, en el año 2004. Asimismo en el año 2004 del total de atenciones por aborto, el 16.6 % se

presentó en adolescentes. El 26% del total de muertes maternas registradas correspondieron a adolescentes.¹¹

En el país se han realizado acciones para mejorar la salud sexual y reproductiva a lo largo de la historia mediante la implementación de programas, normas, planes y políticas con el fin de mejorar la educación en esta área.

1.1.3 Salud sexual y reproductiva en los adolescentes de Zona Oriental de El Salvador.

A pesar que desde el año 2000 se activó el trabajo en el programa de salud sexual y reproductiva, con el apoyo de la comunidad internacional a través de la Agencia Internacional de Desarrollo de los Estados Unidos (USAID) no se ha logrado el impacto esperado en los indicadores de salud sexual y reproductiva. En la zona oriental a favor de la salud sexual y reproductiva, además de las instancias de MSPAS existen otras instituciones que contribuyen con ésta; así se puede mencionar las acciones que se realizan en el Instituto Salvadoreño para el Desarrollo Integral de la Niñez y la Adolescencia (ISNA) el cual trabaja para proteger el “Derecho” en la niñez y adolescencia, en el campo de salud sexual y reproductiva brindan orientación y protección sobre ésta.

En la zona oriental las mujeres entre 15 a 19 años corresponden a un 23.9% de la población en general, de las cuales el 51.1% tienen experiencia sexual, presentando la primera relación sexual premarital (que incluye las relaciones sexuales de mujeres que nunca se casaron o acompañaron o que ocurrieron antes de la primera unión conyugal, al relacionar la fecha de la primera relación sexual con la fecha de la primera unión conyugal) un 29.1% y marital un 22.0%.¹²

De las mujeres con experiencia sexual un 44.8% la pareja con la que practicó la primera relación sexual fue su compañero de vida, con el novio en un 51.6%, con un

amigo en un 1.1% y con otro (incluye un familiar, vecino, padrastro o desconocido) en un 0.9%.¹³

El porcentaje de mujeres que usó anticonceptivos en la primera relación sexual premarital es un 28.3%, marital en un 14.7%. De las mujeres entre 15 a 24 años de edad que presentaron su primer embarazo en su experiencia prematrimonial es un 11.5%, marital 30.7%. Según el informe de FESAL 2008 la tasa de fecundidad es de 1.9%, la edad mediana de la primera relación sexual es de 18.9 años. En lo referente a la exposición al riesgo de infección de transmisión sexual, incluyendo VIH-SIDA es de 28%.¹⁴

Según los datos del MSPAS a nivel de zona oriental para el año 2009 se presentaron 5904 embarazos en la adolescencia, en el departamento de Usulután fueron 1941, en San Miguel 1476, en Morazán 931, en La Unión 1556; para ese año hasta el mes de marzo las muertes en adolescentes a nivel de región oriental fueron 7, en los últimos cuatro años se han presentado 21 muertes en adolescentes, en 2006 se dieron 5 casos, en 2007 fueron 8 casos, en 2008 se dio un caso.¹⁵

1.1.4 Salud sexual y reproductiva en los adolescentes usuarios de Unidades de Salud El Platanar, Sesori (San Miguel) y Meanguera (Morazán).

1.1.4.1 Unidad de Salud El Platanar, San Miguel.

En la unidad de salud El Platanar para el año 2010 los adolescentes entre 10 a 14 años de edad corresponde un 12% a la población masculina y un 14% a la población femenina; de los adolescentes de 15 a 19 años el 10% corresponde a la población masculina, el 11% corresponde a la población femenina.¹⁶

En los últimos cinco años se han registrado 151 embarazos en la adolescencia que corresponde al 33% del total de embarazos; para los siguientes años se han presentado con la siguiente frecuencia: en el año 2005: 41%, en el año 2006: 34%, en el año 2007: 24%,

en el año 2008: 41%, en el 2009: 36%, en el año 2010 hasta marzo los embarazos en adolescentes representan el 32%.¹⁷

En cuanto al programa de planificación familiar las adolescentes inscritas hasta marzo de 2010 corresponden a un 12%. Además se brinda orientación sobre salud sexual y reproductiva en el club de adolescentes de la unidad de salud.¹⁸

1.1.4.2 Salud sexual y reproductiva en los adolescentes usuarios de la unidad de salud de Sesori, San Miguel.

Los embarazos en el año 2009 para los adolescentes de 10-14 años corresponde a 2, de las adolescentes de 15-19 años a 57, para el año 2010 hasta marzo los adolescentes de 10-14 años se han presentado 3 embarazos, y de los adolescentes de 15-19 años se han presentado 15 embarazos.¹⁹

En cuanto a los datos de planificación familiar de los años 2005, 2006, 2007 y 2008 no se encontraron los registros de datos de planificación familiar en la unidad de salud, en el año 2009 fueron 46 pacientes, en el año 2010 hasta el mes de marzo es de 36 pacientes adolescentes.²⁰

1.1.4.3 Salud sexual y reproductiva en los adolescentes de la unidad de salud de Meanguera, Morazán.

Meanguera se encuentra en la zona norte del departamento de Morazán. La población total de Meanguera es de 1821, de estas la población adolescente es de 512 personas, 187 hombres y 325 mujeres según DIGESTY 2008.²¹

En la unidad de Salud de Meanguera, en los últimos 5 años el porcentaje de embarazos en adolescentes se ha comportado en: 2005: 37%, 2006: 37.5%, 2007: 44%, 2008: 40%, 2009: 57%.²²

En el presente año el número de mujeres adolescentes que asiste a la unidad de salud para obtener información y/o método de planificación familiar es el 15% de las mujeres planificando hasta el mes de marzo de 2010.²³

1.2 Enunciado del problema.

De lo antes descrito se deriva el problema que se enuncia de la siguiente manera:

¿Tienen conocimiento sobre salud sexual y reproductiva los adolescentes usuarios de las unidades de salud El Platanar, Sesori y Meanguera?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

Objetivo General

✓ Determinar el conocimiento sobre salud sexual y salud reproductiva en los adolescentes usuarios de las unidades de salud El Platanar (San Miguel), Sesori (San Miguel) y Meanguera (Morazán), en el periodo de julio a octubre de 2010.

Objetivos Específicos

✓ Conocer la información que poseen sobre salud sexual y salud reproductiva los adolescentes usuarios de las unidades de salud en estudio.

✓ Identificar cuáles son las fuentes de orientación sobre salud sexual y reproductiva de los adolescentes usuarios de las unidades antes mencionadas.

✓ Indagar si durante la formación escolar reciben educación sexual y reproductiva los adolescentes usuarios de las unidades de salud en investigación.

MARCO TEORICO.

2.1 Definición de Conocimiento.

Es una mezcla fluida de experiencias, valores, información contextual y apreciaciones expertas que proporcionan un marco para su evaluación e incorporación de nuevas experiencias e información. El conocimiento deriva de la información, como ésta deriva de los datos, aunque son los humanos los que hacen todo el trabajo para que esta transformación tenga lugar, mediante otra serie de acciones:

- ✓ Comparación: como se ajusta la información en la situación dada, comparada con otras situaciones ya conocidas.
- ✓ Consecuencias: ¿Qué implicaciones tiene la información para la toma de decisiones y la acción?
- ✓ Conexiones: ¿Cómo se relaciona este fragmento de conocimiento con otros fragmentos?
- ✓ Conversación: ¿Qué piensan otras personas acerca de esta información?

2.2 Clasificación del Conocimiento.

a) Conocimiento científico.

Es aquel conocimiento que se obtiene mediante procedimientos metódicos, con pretensión de validez, utilizando la reflexión sistemática, los razonamientos lógicos y respondiendo a una búsqueda intencionada.

El conocimiento científico se vale estrictamente del método científico, o sea se delimita el problema, se diseña la investigación, se prevén medios e instrumentos de indagación y se procede a un análisis de todo lo estudiado.

En suma el conocimiento científico desborda la apariencia y trata de indagar las causas de los hechos que considera.

Cualidades del conocimiento científico:

- ✓ Procura establecer una conexión universal de los fenómenos.
- ✓ Para que el conocimiento tenga carácter científico, es necesario elaborar instrumentos que garanticen y controlen la validez de los conocimientos adquiridos.
- ✓ El conocimiento científico descubre los hechos y fenómenos en el devenir de la realidad.

b) Conocimiento Vulgar (Cotidiano).

Conocimiento que se basa en la percepción inmediata de los sentidos, lo que habitualmente se denomina “*sentido común*”. Esta percepción espontánea no supone una explicación causal verificada sino tan solo asociaciones descriptivas. Muchas de estas percepciones que por siglos han formado parte del saber común, subsisten como confusas metáforas del lenguaje, por ejemplo, cuando se dice que el sol “sale” por el este y “se oculta” por el oeste.

El sentido común indica en efecto que el sol se asoma y se pone, aunque como bien se sabe hoy, es la tierra la que en realidad gira sobre sí misma a través del movimiento de rotación. En este sentido, puede sostenerse que el "conocimiento cotidiano" no es necesariamente "incorrecto" aunque sí "impreciso"²⁴.

En el presente estudio se investigó el conocimiento común sobre Salud Sexual y Reproductiva en la población adolescente usuarios/as de las unidades de salud de El Platanar, Sesori y Meanguera.

2.3 Definición de Adolescencia.

La dificultad para definir de manera universal el concepto de adolescencia estriba en que por sí mismo el fenómeno representa una construcción cultural sujeta a la variación de ambientes y contextos; las características y duración de esta etapa dependen de la clase social, el entorno sociocultural, el género, la etnia, etc.

La necesidad de identificar y analizar la especificidad del comportamiento de los individuos que se encuentran transitando ese período, justifica el que se busque establecer una convención que determine los límites de ese tramo de edad. Uno de los criterios operacionales más utilizados y aceptados es el propuesto por la Organización Mundial de la Salud que considera que la adolescencia abarca entre los 10 y los 19 años de edad, iniciando con los cambios biofisiológicos aparecidos luego de la niñez y finalizando con la madurez sexual y reproductiva.²⁵

De acuerdo a lo anterior, la adolescencia es un período de cambios rápidos y notables en los que el individuo experimenta procesos de:

- ✓ Maduración física: crecimiento corporal general que incluye la capacidad de reproducción.
- ✓ Maduración cognoscitiva: Una nueva capacidad para pensar de manera lógica conceptual y futurista.
- ✓ Desarrollo psico-social: Una mejor comprensión de uno mismo en relación a otros.²⁶

2.4 Características de la adolescencia.

Las manifestaciones de la sexualidad y la maduración biológica de los órganos sexuales son, quizá, las características más destacadas de la adolescencia. Se trata de un fenómeno que se percibe desde dos perspectivas:

✓ **Perspectiva Biológica.**

Aquí el adolescente manifiesta los caracteres sexuales secundarios y es capaz de reproducirse. El varón engrosa la voz y presenta vello y desarrollo muscular característico. La mujer adquiere formas redondeadas, vello de implantación pubiana triangular, crecimiento de mamas y menstruación.

✓ **Perspectiva Psicológica.**

En ella el adolescente culmina el proceso de identidad y de orientación sexual. Esta identidad significa que se reconoce a sí mismo como un miembro de un género, categoría social y culturalmente determinada como un hombre o mujer.²⁷

2.5 Manifestación de la Maduración Biológica

2.5.1 Maduración femenina

✓ Ovulación y Menstruación.

El ciclo menstrual es una serie de fenómenos anatómicos y fisiológicos que se repiten desde la pubertad hasta la menopausia de forma periódica y regida por estructuras superiores a través de hormonas.

Es un proceso que ocurre cada 28 días, pero es normal entre los 26 y 32 días. (La Federación Internacional de Ginecólogos y Obstetras (FIGO) admite entre 21 y 37 días) con escasas variaciones en la misma mujer. Estos ciclos se acompañan de la secreción cíclica de hormonas ováricas, que preparan al organismo para la fecundación. Si ésta no tiene lugar, el ciclo vuelve al punto de partida y ocurre la menstruación. Debido a que la menstruación es el fenómeno más llamativo del ciclo, se considera el inicio del ciclo (Ver figura 1).

La ovulación se presenta usualmente 14 días antes de la siguiente menstruación. En general se acepta que:

- ✓ La mujer ovula una vez cada ciclo
- ✓ El promedio de vida del óvulo es de 24 horas.²⁸

2.5.2 Maduración Masculina

La maduración del sexo masculino se basa en el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios del desarrollo testicular y de la eyaculación. La primera manifestación es el crecimiento del testículo debido al desarrollo de los conductos seminíferos. Esto es seguido de la aparición del vello púbico y del crecimiento del pene. El crecimiento del vello axilar ocurre generalmente dos años después de la aparición del vello púbico y va seguido de la aparición del vello facial. Los cambios de la voz aparecen en la fase avanzada del

crecimiento genital en varones. La próstata y las vesículas seminales empiezan a crecer a partir del comienzo del desarrollo testicular, lo que dará lugar a la eyaculación. Aumenta la pilosidad en otras regiones corporales:

- A. En la cara se pigmenta el vello en la región nasolabial (bigote), tres años después de iniciada la fase acelerada y final de la pubertad; cerca de un año después lo hace a nivel de la rama ascendente del maxilar superior (patillas); finalmente aparece en la rama horizontal de la mandíbula (barba) y región anterior y superior del cuello alrededor de los 18 a 25 años.
- B. En las axilas empieza a aparecer vello escaso y delgado a nivel de la línea media axilar; posteriormente se engruesa y pigmenta más; alcanza la línea lateral de las axilas.
- C. Aparece vello en los hombros y parte superior de la espalda y ocasionalmente en los brazos y los muslos.
- D. Aparece vello escaso y poco engrosado a nivel de la primera falange de los dedos de las manos y de los artejos de los pies.²⁹

2. 5.3 Estadíos de Tanner de la maduración sexual.

Desarrollo Femenino: Desarrollo de la mama		
Estado	Comentario	Promedio de edad
I	Preadolescente , elevación de papilla solamente	
II	Esbozo de las mamas palpables, aumento de la aréola.	10.9 (8.9-12.9)
III	Elevación del contorno del pecho, aumento de la aréola.	11.9 (9.9-13.9)
IV	La aréola y la papila forman un montículo secundario en la mama.	12.9 (10.5-15.3)
Desarrollo del vello púbico femenino		
Estado	Características	Edad de aparición
I	Prepuberal, sin pelo recio, pigmentado	
II	Pelo mínimamente recio, pigmentado especialmente sobre los labios	11.2 (9.0-13.4)
III	Pelo recio, oscuro, extendido por el monte de venus	11.9 (9.6-14.1)
IV	Pelo con calidad de adulto, sin extenderse al cruce del muslo medial con el periné	12.6(10.4-14.8)

Desarrollo Masculino: Desarrollo testicular		
Estadio	Características	Edad de aparición
I	Prepuberal < 4 mL o eje mayor < 2.5 cms	
II	Testículos agrandados 4 mL o eje mayor > 2.5 cms	11.5 (9.5-13.5)
III	Testículos de 12 ml o eje mayor de 3.6 cms	14.0 (11.5-16.5)

Vello púbico masculino		
Estadio	Características	Edad de aparición
I	Prepuberal, sin pelo recio, pigmentado	
II	Pelo mínimamente recio, pigmentado en la base del pene.	12.0 (9.9-14.0)
III	Pelo recio, oscuro, extendido por el pubis	13.1 (11.2-15.0)
IV	Pelo con calidad de adulto, pero sin extenderse hasta el cruce del muslo medial con el periné.	13.9 (12.0-15.8)

Estado del pene		
Estadio	Característica	Edad de aparición
I	Prepuberal	
II	Aumento más temprano de longitud y ancho	11.5 (9.2- 9.7)
III	Longitud y ancho aumentados	12.4 (10.1-14.6)
IV	Crecimiento continuado en ancho y largo	13.2 (11.2-15.3)

30

2.6 Definición de salud sexual.

La OMS (1975) define a la Salud Sexual como: “la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser humano sexual, en formas que sean enriquecedoras y realcen la personalidad, la comunicación y el amor”. Así mismo la OMS considera que se requieren tres elementos básicos para conseguir una salud sexual, a saber:

- ✓ La posibilidad de disfrutar de una actividad sexual reproductiva equilibrando una ética personal y social.

- ✓ El ejercicio de la sexualidad sin temores, vergüenzas, culpas, mitos ni falacias; en esencia, sin factores psicológicos y sociales que interfieran con las relaciones sexuales.
- ✓ El desempeño de una actividad sexual libre de trastornos orgánicos, enfermedades o alteraciones que la entorpezcan.

Con lo mencionado es imposible negar que la salud sexual es parte integral del concepto de salud que habla del completo estado de bienestar físico, psicológico y social.³¹

2.7 Definición de sexualidad.

Es una dimensión de la vida de las personas que se ha desarrollado a partir del hecho de pertenecer a un sexo o al otro, posibilitando ver el mundo y así mismas, como mujeres o como hombres, con todos sus sentimientos, emociones, valores, expectativas, actitudes y relaciones.

Si la sexualidad se conceptúa de manera fragmentaria, incompleta es tal vez, porque se ha aprendido a vivirla de manera incompleta. De hecho, no sólo se es hombre o mujer cuando se realiza el coito, cuando se gusta de alguien o cuando se concibe un hijo. La masculinidad o la femineidad acompañan todos los actos de los seres humanos, los conforman, transforman o deforman.

El papel que la cultura y la sociedad, a través de la educación, juegan en la formación de la sexualidad de las personas, se está eludiendo el compromiso de contribuir a la formación de individuos felices, satisfechos de ser hombres o mujeres, constructivos, creativos, responsables e independientes.³²

2.8 Dimensiones de la sexualidad.

✓ **Dimensión biológica.**

Se refiere al crecimiento, diferenciación y desarrollo de los genitales externos e internos que se inicia desde la concepción y se desarrolla en la pubertad. Entre las características

anatómicas y fisiológicas mencionadas se encuentran los órganos genitales que diferencian al hombre de la mujer. Su funcionamiento constituye la genitalidad.

Todos los procesos genitales son sexuales; pero algunos de éstos no tienen que ver con la genitalidad. Por ejemplo las funciones sociales, tales como: relaciones interpersonales.

✓ **Dimensión psicológica.**

Dependerá en un primer momento, de la actitud que los padres tengan hacia el sexo del infante y también de la personalidad de los padres, del ajuste emocional que posean y la forma como lo expresen.

Son estos contextos humanos, los que confieren al sexo gran parte de su significado psicológico, además de que ayudan a determinar las formas que asumen la expresión sobre la sexualidad para los hombres y mujeres.

✓ **Dimensión sociocultural.**

Consiste en el trato diferente que se brinda en nuestra cultura al hombre y la mujer; la organización de la familia, las conductas permitidas entre uno y otro sexo, así como la transmisión de las mismas a las nuevas generaciones.

Tanto los deseos como las conductas sexuales reciben un influjo de las relaciones culturales y sociales en que se realizan. Por ejemplo, un aumento de la actividad genital en el hombre es catalogado normal y muy “viriles” mientras que la misma actividad para la mujer es determinada patológica; esto último es referido por las posiciones culturales en las sociedades donde predomina la postura machista.

En la nueva concepción de la sexualidad se rechaza el rol tradicional de la mujer como mero objeto sexual. Se reclama, a través de una relación global humanizada en la que el sexo y los sentimientos estén indisolublemente unidos en definitivo, se reivindica el derecho de todos a vivir la propia sexualidad sin exclusiones, niños, jóvenes, hombres, mujeres y viejos, cada uno con sus características, deseos y necesidades.

✓ **Dimensión ética.**

La dimensión ética hace referencia al conjunto de valores que cada persona construye individualmente a lo largo de su vida, con los cuales se compromete, definiendo éstos el ser y qué hacer sexual específico de cada persona. La base de la ética individual está en la autovaloración; el ser humano valora a los demás teniendo como referencia el valor que se da a sí mismo. El refuerzo de la autoestima, es por tanto, punto importante en la escala de valores. En relación con la dimensión ética la adolescencia es una época de ruptura con la ética sexual adulta y de construcción de una ética propia con base en el discernimiento.

Entre los valores morales que se fortalecen y se desarrollan en la sexualidad se definen:

- a) Libertad: capacidad de optar entre las diversas alternativas posibles, lo cual requiere de información previa y objetiva sobre ellas.
- b) Autonomía: ausencia de presión en la toma de decisiones. La presión puede ser de varios tipos: Física (violencia, agresión) psicológica (manipulación afectiva, alienación).
- c) Responsabilidad: conocimiento y conciencia de las consecuencias de las propias acciones. La primera responsabilidad de la persona es consigo misma, pero también con otros, comunidad en la cual se desenvuelve y la historia.

2.9 Definición de salud reproductiva.

La salud reproductiva comprende la capacidad de disfrutar de una vida sexual sin riesgo y satisfactoria y tener la libertad para decidir procrear o no, cuándo y con qué frecuencia. La salud reproductiva se analiza a partir de tres elementos básicos: capacidad, logro y seguridad.

- ✓ Capacidad: significa la posibilidad que tienen las personas para reproducirse, decidir cuándo y cuántos hijos tener y poder disfrutar de la relación sexual.
- ✓ Logro: indica que la reproducción depende de la supervivencia, del crecimiento y del desarrollo de un niño o niña sana.

- ✓ Seguridad: significa que, el hecho de tener un hijo y el desarrollo del embarazo y del parto deben llevarse a cabo sin riesgo para la salud de la mujer. Así también, una relación sexual debe tenerse sin presentar riesgo para la salud de la pareja.

2.10 Características y Diferencias entre salud sexual y salud reproductiva.

Salud Reproductiva	Salud sexual
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Protección segura y efectiva de embarazos no deseados ✓ Protección de prácticas reproductivas dañinas ✓ Información sobre anticoncepción ✓ Elección y satisfacción de métodos anticonceptivos ✓ Embarazo y parto sin riesgo ✓ Tratamiento de la infertilidad 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Protección de ITS ✓ Protección contra la violencia ✓ Protección contra las prácticas dañinas ✓ Sexualidad satisfactoria

33

2.11 Salud sexual y reproductiva en la adolescencia.

Durante la adolescencia la salud reproductiva tiene una importancia particular, ya que es la etapa de la vida donde se alcanza la maduración sexual, por lo que se hace referencia sobre vivir una vida sexual libre de enfermedades, violencia o riesgo; sin temor, vergüenza,

culpabilidad o ideas erróneas sobre la sexualidad, decidiendo de manera libre y responsable sobre la conducta relacionada con la vida personal, familiar y social, en donde la sexualidad sea parte de su vida.

El hecho de hablar acerca de la función sexual en el ser humano, en esta trascendental época de la adolescencia, se debe al cambio biológico y psicológico que se genera en el “despertar del sexo”, al efectuarse una transformación del cuerpo y de la apreciación particular de la sociedad, y al surgimiento, a veces avasallador, del deseo sexual.

Se vive un tiempo que impone tomar considerables precauciones ante el comportamiento sexual espontáneo. La comercialización del sexo provoca inquietud y curiosidad, de manera que el adolescente se puede convertir en un blanco fácil de la “venta” o transmisión de pornografía, de la prostitución e incluso del libertinaje, en el uso de su sexualidad. El adolescente conlleva a la práctica la expresión de su sexualidad iniciando relaciones sexuales con otros sujetos. La oportunidad y calidad de estas primeras experiencias sexuales serán determinantes de la plenitud que alcance en su vida adulta. Por otra parte, la iniciación precoz de la actividad sexual, sin disponer de la información sobre sus riesgos, expone al adolescente a tres tipos de problemas:

- ✓ Ejercicio de una sexualidad conflictiva y poco gratificante.
- ✓ Procreación no planeada y temprana.
- ✓ Contagio de enfermedades transmitidas por contacto sexual.

Para alcanzar su maduración sexual, es necesario que el adolescente:

- ✓ Conozca y comprenda:
 - Su naturaleza masculina o femenina y su orientación sexual.
 - La naturalidad de los procesos psicobiológicos relacionados con su sexualidad.
 - La invaluable conservación de su salud física y mental.
 - El respeto a su persona.

- ✓ Cultive:
 - Valores, normas y patrones de conducta, en forma individual o con ayuda de personas que le informen y a la vez le permitan actuar con la libertad pero con responsabilidad, lo cual ayudara poderosamente a aumentar su autoestima.

- ✓ Tenga conciencia:
 - De los obstáculos a los que se enfrenta el adolescente en la actualidad, en un mundo lleno de fantasías, tabúes y mitos combinadas.

- ✓ Reflexione:
 - Que pueda vivir su sexualidad en forma creadora, sustentada por el amor, buscando alternativas y unificando criterios en cuanto a la práctica de la honestidad, la responsabilidad, el respeto, la voluntad y el placer, apoyado y orientado por padres, maestros y amigos que sean verdaderamente merecedores de su confianza.³⁴

2.12 Métodos de anticoncepción en la adolescencia.

Dado el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad, es necesario informar a los/as adolescentes sobre la conveniencia de retrasar los embarazos, para ello se les debe orientar sobre las diversas opciones anticonceptivas.

Existen principios que son básicos en anticoncepción en general pero más importantes en anticoncepción durante la adolescencia:

- ✓ El uso de un método no invalida el uso de otro método simultáneamente por uno o ambos miembros de la pareja.
- ✓ En la adolescencia se deberá recomendar el uso de métodos de barrera en todos los actos sexuales, sobre todo si son esporádicas y con diferentes parejas.
- ✓ Una buena consejería ayuda a las/os adolescentes sexualmente activos a elegir al método anticonceptivo más apropiado.

Definición: Los métodos anticonceptivos son todos aquellos mecanismos utilizados voluntariamente, por el hombre, la mujer o la pareja, idealmente de común acuerdo, con el fin de evitar la concepción.

Clasificación: Los métodos anticonceptivos pueden dividirse en dos grandes grupos, tomando en cuenta la reversibilidad o no del método: Temporales y Permanentes.

2.12.1 Métodos temporales.

2.12.1.1 Métodos naturales.

a) Método del Ritmo (Calendario u Oginoknaus)

Consiste en reconocer los días fértiles de la mujer basado en el cálculo de la duración de los ciclos menstruales anteriores. Se considera ciclo menstrual a los días que transcurren entre el inicio de una menstruación y la siguiente. El período infértil estará comprendido del primero al octavo día de la menstruación y del día 21 al comienzo de la siguiente menstruación, en este período la pareja puede tener actos sexuales (ver figura 2).

b) Método de la temperatura basal del cuerpo

Es el reconocimiento del período de ovulación por medio del registro diario de la temperatura basal durante un ciclo menstrual. La elevación de la temperatura indica que la mujer ha ovulado.

La temperatura puede bajar ligeramente 12 a 24 horas antes de la ovulación. Después de la ovulación, la temperatura se incrementa de 0.2 a 0.5 grados centígrados, de tal manera que la abstinencia sexual debe mantenerse desde el inicio del ciclo hasta que la temperatura haya permanecido elevada por lo menos 3 días consecutivos (ver figura 3).

c) Método del moco cervical

Este método se basa en la observación de los cambios del moco cervical a lo largo del ciclo menstrual, y de la relación de dichos cambios con la ovulación.

Inmediatamente después de la menstruación hay ausencia de moco, o es escaso, de color blanquecino o amarillento, de poca consistencia, pegajoso. La ovulación ocurre generalmente cuando el moco es más claro, elástico y abundante como la consistencia de clara de huevo.

La mujer que use este método debe asumir que puede haber ovulado desde dos días antes de la aparición de estos signos y que continuará siendo fértil hasta 4 días después del último día de moco abundante y resbaloso (ver figura 4 y 5).

d) Método sintotérmico.

Es el método por medio del cual se trata de identificar la fase fértil e infértil del ciclo combinando los métodos del moco cervical y de la temperatura basal corporal: a esto se debe agregar la palpación cervical, la observación de la aparición de dolores durante la ovulación y sangramiento a mitad del ciclo, sin embargo, muchas mujeres no experimentan dolores ni sangramiento de manera regular, y en consecuencia dependen de los cambios en el moco cervical y de la temperatura basal corporal, como base del método sintotérmico (ver figura 3).

Fase fértil, las mujeres sienten:

- Sus genitales húmedos.
- Cambios en el aspecto del moco.
- La temperatura cambia de nivel bajo a alto y se estabiliza.
- Puede aparecer dolor abdominal (intermenstrual) alrededor de la fecha de la ovulación.

e) Coitos interruptus o método del retiro voluntario.

Es un método de planificación familiar que consiste en retirar el pene de la vagina antes de producirse la eyaculación (ver figura 6). Para ello, se requiere:

- Retirar todo el líquido de la punta del pene antes de penetrar en la vagina; esa gota de líquido pre eyaculatorio puede contener millones de espermatozoides.

- Cuando el hombre sienta que está a punto de eyacular debe retirar el pene del interior de la vagina y eyacular lejos de la entrada de la misma.

2.12.2.1 Métodos de barrera

Son métodos anticonceptivos que consisten en barreras físicas y/o químicas que impiden el encuentro entre el óvulo y el espermatozoide (ver figura 7).

a) Preservativo o condón masculino.

Es el único método no permanente que pueden utilizar los hombres, se conocen también como preservativos, profilácticos, gomas o forros. Tiene la función de cubrir el pene durante el acto sexual, no dejando que el espermatozoide entre en contacto con la vagina, en general se fabrican de látex (ver figura 8).

Ventajas no anticonceptivas:

Además de proteger del embarazo, son altamente efectivos para prevenir ETS, siendo la mejor protección que tiene el hombre y su pareja durante el acto sexual para prevenir estas enfermedades.

b) Escudo vaginal o condón femenino

Es un nuevo método de barrera para mujeres, tiene interesantes posibilidades para el futuro. Consiste en un tubo de fuerte poliuretano, cerrado en un extremo, de unos 15 cm de largo y 7 cm de diámetro. Alrededor de su extremo abierto, se encuentra un anillo exterior de poliuretano flexible que sostiene el condón contra la vulva. El otro extremo tiene un anillo flexible que ayuda a mantenerlo en la vagina durante el contacto sexual (ver figura 9).

c) Espermicidas

Son productos químicos (por ejemplo nonoxinol 9), utilizados por la mujer que inactivan o matan los espermatozoides, ya que causan la ruptura de la membrana de los espermatozoides, lo cual afecta su motilidad y habilidad de fecundar al óvulo. El uso combinado con barreras mecánicas mejora su eficacia.

- ✓ La mujer debe insertar el espermicida en su vagina antes de cada acto sexual, entre 10 minutos y una hora antes del acto sexual para que no pierdan su efecto.
- ✓ Después del acto sexual no se deben realizar lavados o duchas vaginales, por lo menos entre 6 a 8 horas de usado el método (ver figura 10).

2.12.3.1 Anticoncepción hormonal

Por su contenido hormonal se reconoce 2 grandes grupos, el primero de los métodos anticonceptivos hormonales que contiene estrógenos y progestinas y el segundo incluye los sólo de progestinas. A su vez dentro de cada uno de estos grupos por su vía de administración se dividen en orales, inyectables e implantes subdérmicos.

a) Anticonceptivos hormonales orales

Son sustancias o combinación de sustancias esteroideas (estrógenos y progestinas o solo de progestinas) que administradas por vía oral evitan el embarazo (ver figura 11).

✓ Anticonceptivos orales combinados

Todas las píldoras combinadas contienen los compuestos estrógenos y progestinas sintéticas pero existe diferencia en los tipos de estrógenos y progestinas que se usan en diferentes tipos de píldoras.

Los anticonceptivos orales inhiben sustancialmente los esteroides ováricos por lo que hay supresión de la ovulación. Además se presentan cambios sobre el moco cervical y el endometrio

Tipos de anticonceptivos orales combinados

- ✓ Monofásicos: Cuando todas las pastillas tienen la misma concentración de estrógenos y progestágenos en todo el ciclo.
- ✓ Bifásicos: Son anticonceptivos en los cuales la concentración hormonal no es constante, en la primera fase se utilizan píldoras con solo estrógenos, durante 10 ó 14

días y en la segunda fase píldoras con estrógenos y progestágenos por 11 ó 7 días respectivamente completando un ciclo de 21 días con la idea de imitar los cambios del ciclo menstrual normal. Este tratamiento ha sido menos utilizado que los monofásicos y trifásicos.

- ✓ Trifásicos: Esta forma de combinación persigue simular aún más el ciclo hormonal ovulatorio normal con dominio inicial de los estrógenos. Se presentan variaciones progresivas de hormonas en tres fases del ciclo.

b) Anticonceptivos hormonales inyectables

Son sustancias que están constituidas por una combinación de estrógenos y progestinas o sólo de progestina para proteger del embarazo y son administrados por vía intramuscular (ver figura 12).

Clasificados de acuerdo a los componentes se distinguen dos categorías:

- ✓ Anticonceptivos inyectables combinados
- ✓ Anticonceptivos inyectables solo de progestinas

- **Anticonceptivos inyectables combinados.**

El mecanismo de acción es similar a los anticonceptivos hormonales orales combinados:

- ✓ Supresión de la ovulación.
- ✓ Cambios en el endometrio.

Las inyecciones subsecuentes se administran cada 30 días con un período de gracia de 3 días (por lo que puede ser entre los 27 y los 33 días después de la inyección previa).

- **Anticonceptivos inyectables de progestinas.**

Los anticonceptivos inyectables solo de progestinas tienen una duración más prolongada, con una duración de 2 o 3 meses, están constituidas por una forma sintética de la hormona femenina llamada progesterona.

- ✓ Actúan a nivel del moco cervical haciéndolo más espeso.
- ✓ A nivel del endometrio haciéndolo más delgado e hipotrófico.
- ✓ Se produce una inhibición de la ovulación por reducción de las hormonas FSH Y LH.

En mujeres adolescentes menores de 16 años la OMS clasifica estos métodos como categoría 2, es decir que usualmente pueden usarse.

2.12.4.1 Método de lactancia amenorrea.

Es un método temporal de planificación familiar, que utiliza la infecundidad temporal que ocurre durante la lactancia (ver figura 13).

Las guías para el uso del MELA especifican que se deben tener tres criterios para que éste pueda tener una eficacia de más del 99% en la prevención del embarazo.

Los criterios son:

- ✓ La mujer que está lactando no debe haber tenido la menstruación desde el parto.
- ✓ La mujer debe amamantar de manera exclusiva.
- ✓ El o la lactante debe tener menos de 6 meses.³⁵

2.13 Embarazo durante la adolescencia

Las expectativas reproductivas están influenciadas por la cultura y la ideología, y difieren según el grupo social y el contexto histórico.

En el país se ha observado una tendencia constante al aumento del uso de métodos anticonceptivos. Sin embargo, en la práctica, existen mujeres que no desean reproducirse pero siguen expuestas al “riesgo” de quedar embarazadas, por estar en edad reproductiva y llevar una vida sexual activa sin usar ningún método anticonceptivo o porque utilizan métodos “tradicionales” como el ritmo o el coito interrumpido, de escasa eficacia para evitar el embarazo

Diversas encuestas realizadas en distintos países proporcionan algunas indicaciones sobre las razones que subyacen a esta situación. La falta de conocimientos sobre los anticonceptivos es una de ellas, si bien en los últimos años se menciona menos frecuentemente que antes. En cambio, contribuye más el conocimiento deficiente de cómo utilizar un método determinado (especialmente los anticonceptivos orales), resultado de la ausencia total de asesoramiento (esto sucede, por ejemplo, cuando se adquieren los anticonceptivos en la farmacia y no se accede a una consulta con una persona calificada) o de un asesoramiento deficiente. Este desconocimiento hace que el fracaso de los métodos sea frecuente.

Otras razones que explican la “necesidad no satisfecha” son el temor a los efectos secundarios de los métodos, la oposición de la pareja, la postura de algunas iglesias (sobre todo la Católica y grupos asociados con ella) y las barreras para conseguir los métodos (inexistencia de servicios, costos, diferencias culturales o lingüísticas). Estas barreras, junto con la deficiente calidad de los servicios, representan factores particularmente importantes para ciertos grupos de mujeres (rurales e indígenas, sobre todo), los hombres y los adolescentes, cuyas necesidades de atención son diferentes de las de la mayoría de la población usuaria. Porque existen relaciones sexuales que no son voluntarias ni deseadas, cuyas expresiones extremas son la violación y la violencia sexual, o cuando existe una fuerte presión social para el inicio de la vida sexual, como sucede en algunos grupos de adolescentes

Los embarazos no deseados son especialmente comunes en adolescentes, mujeres solteras y mayores de 40 años; sin embargo, también se dan en otros grupos de edad. Su frecuencia parece ser mayor entre las mujeres de escasos recursos y bajo nivel educativo, aunque ocurren en todas las clases sociales. Sus consecuencias no solo afectan a las mujeres, sino también a los hombres y a las familias.³⁶

2.14 Conocimientos sobre las enfermedades de transmisión sexual y VIH.

Son enfermedades contagiosas y se transmiten de una persona enferma o infectada a otra sana a través del contacto sexual.

Las ETS son producidas por diferentes microorganismos tales como bacterias, hongos, virus, parásitos. Existen muchas ETS, pero las más importantes por su frecuencia, daños y complicaciones son: VIH/SIDA, sífilis, gonorrea, condiloma acuminado, herpes genital, chancro blando.

a) Sífilis

La sífilis “venérea” ocurre en todo el mundo, variando la incidencia con la distribución geográfica y el entorno socioeconómico (ver figura 14 y 15).

La enfermedad puede ser adquirida por contacto sexual, de forma congénita a través de la placenta, por transfusión de sangre humana contaminada y por inoculación accidental directa.

✓ Manifestaciones Clínicas

• Sífilis primaria

Poco después del período de incubación aparece una pápula en el lugar de inoculación que rápidamente se erosiona dando lugar al chancro. Se caracteriza por ser de base limpia e indurada, no exuda y es poco o nada dolorosa, acompañando al chancro hay una linfadenopatía regional consistente en un agrandamiento moderado de un ganglio linfático, que no es supurativo.

• Sífilis secundaria

Representa el estadio clínico más florido de la infección. Empieza entre dos y ocho 8 semanas después de la aparición del chancro, pudiendo estar éste presente todavía. Los treponemas invaden todos los órganos y la mayoría de los líquidos orgánicos.

La sintomatología constitucional consiste en febrícula, faringitis, anorexia, artralgias y linfadenopatías generalizadas (la que afecta al ganglio epitroclear sugiere el diagnóstico). Cualquier órgano del cuerpo puede estar afectado: el SNC, con dolor de cabeza y meningismo, en un 40%, el riñón se puede afectar por depósitos de inmunocomplejos, puede aparecer hepatitis sifilítica, alteraciones del tracto gastrointestinal, sinovitis, osteítis, etc.

b) Gonorrea

Enfermedad de transmisión sexual producida por la especie bacteriana *Neisseria gonorrhoeae*.

Se transmite de hombre a mujer con mayor facilidad que de mujer a hombre, el riesgo de contagio de una mujer por sexo vaginal es de 40% a 60%, y el riesgo de adquirir gonorrea orofaríngea por sexo oral es de 20%. Este microorganismo se adhiere a la superficie de los epitelios uretral, endocervical, vaginal, rectal, faríngeo e incluso a los espermatozoides humanos y a las células ciliadas de las trompas de Falopio (ver figura 16).

✓ Clínica

En hombres los síntomas suelen aparecer 3 a 7 días después de la infección. Se inician con leve molestia uretral, seguida de disuria de grado variable y a veces urgencia miccional. Hay eritema y edema del meato urinario y salida de material purulento por él, sin embargo la infección puede ser asintomática en 5 a 7% de los afectados. Puede complicarse con epididimitis, prostatitis, tromboflebitis, absceso periuretral o fístulas, vesiculitis seminal, estenosis uretral y esterilidad.

En mujeres los síntomas suelen aparecer entre 7 y 21 días después de la infección y consisten en disuria, descarga vaginal y a veces fiebre. El 30 a 50% de las infecciones son asintomáticas, y sólo se descubre cuando consulta su pareja por los síntomas. El útero, las trompas de falopio, los ovarios, la uretra y el recto pueden comprometerse y provocar dispareunia, algia pelviana, y un proceso inflamatorio pelviano que puede dejar como secuela infertilidad en el 10 a 20% de los casos.

c) **Herpes Genital**

Corresponde a una de las enfermedades de transmisión sexual más frecuente del mundo. Los agentes etiológicos que lo producen son el virus Herpes Simple tipo 2 y en menor frecuencia el Herpes Simplex tipo 1 (HSV).

La seroconversión para VHS 2 raramente sucede antes del inicio de la actividad sexual. El factor predictivo más importante para desarrollar la infección por HVS 2 es el número de parejas sexuales a lo largo de la vida. Otros factores de riesgo conocidos son el bajo nivel educacional, la pobreza. Los adolescentes presentan la tasa más alta.

Las recurrencias sintomáticas y asintomáticas pueden ser espontáneas o responder a un estímulo, que puede ser estrés emocional, período premenstrual, fiebre, luz UV, daño tisular o neural, inmunosupresión, calor, congelamiento, y otras infecciones locales. El 95% de los herpes genitales sintomáticos desarrollan la enfermedad dentro de 3 a 14 días de la exposición. Hay que recordar que la mayoría de las primoinfecciones son asintomáticas.

En mujeres se produce una vulvovaginitis con fiebre, compromiso del estado general, linfadenopatías y disuria. Las vesículas se pueden desarrollar en vulva, cérvix, uretra, vagina, piel perianal, glúteo, muslos y periné. Puede haber edema perineal y de labios mayores y menores. Las vesículas evolucionan a costras que curan sin dejar cicatriz. La duración del cuadro clínico va de 2 a 3 semanas (ver figura 18 y 19).

Los hombres desarrollan un cuadro agudo con fiebre, edema genital, linfadenopatías, vesículas y erosiones en el glande, prepucio, escroto o piel. La presencia de uretritis es menos frecuente y la duración del cuadro es menor que en mujeres. También puede haber extensión extragenital. En homosexuales puede haber una infección perianal con proctitis (ver figura 18). Las complicaciones son raras.

d) Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA

La infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana tipo 1 o tipo 2, se caracteriza clínicamente por una infección asintomática durante un período variable de hasta alrededor de 8 años, debido a equilibrio entre replicación viral y respuesta inmunológica del paciente. Posteriormente, se rompe este equilibrio aumentando la carga viral y deteriorándose la función inmune, lo que permite la aparición de diversas infecciones, clásicas y oportunistas, y tumores, con lo que se llega a la etapa de SIDA (ver figura 20).

Patologías Incorporadas: Quedan incluidas las siguientes enfermedades y los sinónimos que las designen en la terminología médica habitual:

- ✓ La pandemia de VIH/SIDA se ha extendido a todas las regiones del mundo. El número de casos ha ido en aumento sostenido y ha llegado a transformarse en una de las principales causas de muerte, especialmente en gente joven y en países con recursos limitados.

- ✓ En la infección por VIH se reconocen tres fases: la infección primaria, la fase crónica asintomática y la etapa de síntomas y SIDA. En términos generales, las dos primeras se conocen como etapa A de la infección y durante ellas, con frecuencia, la persona ignora su condición. Con el deterioro del sistema inmunológico, se llega a la etapa de síntomas (etapa B) y al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA clínico o etapa C) que, de no mediar tratamiento antiretroviral (TAR), culminan en la muerte del paciente después de un período total de tiempo variable que, en promedio, es de 9 a 11 años.

✓ **Mecanismo de Transmisión.**

- **Relaciones sexuales no protegidas con una persona infectada:**

Las relaciones sexuales penetrativas anales, orales y vaginales, sin un adecuado uso del preservativo, son el principal modo de transmisión del VIH, ya que durante la relación sexual los fluidos genitales entran en contacto con las membranas mucosas expuestas (la vagina, la uretra, la boca, la mucosa ano-rectal).

- **Exposición a sangre infectada:**

La introducción de sangre infectada por el VIH en el torrente sanguíneo constituye la vía con mayor probabilidad de transmisión de este virus. La mayoría de los casos reportados de transmisión sanguínea a nivel mundial ocurren por compartir instrumentos para el consumo de drogas intravenosas (agujas o jeringas) o por transfusiones de sangre no examinada previamente para la detección de microorganismos. En general, conviene evitar la exposición directa a la sangre de otra persona, no solo para evitar infección por el VIH, sino también las hepatitis virales, entre otras.

Puede suceder durante el embarazo, durante el trabajo de parto, en el momento del parto al entrar en contacto con la sangre de la mamá, situación en que es más frecuente este tipo de transmisión, o, a través de la leche materna.

✓ **Prevención:**

Con el uso adecuado y consistente del condón durante las relaciones sexuales. Abstinencia Sexual. Si la opción personal no es la abstinencia, debe utilizarse el preservativo de forma adecuada y consistente (de principio a fin) en todas las relaciones sexuales penetrativas.

Evitar el contacto con la sangre de otras personas. No entrar en contacto con agujas, jeringas, cuchillos o elementos corto punzantes que han estado expuestos a sangre o fluidos de personas viviendo con el VIH. Las embarazadas deben conocer su estado serológico previa asesoría sobre el pronóstico, el tratamiento para evitar que el bebé adquiera el virus.

Si ha tenido una Infección de Transmisión Sexual (ITS), buscar atención médica inmediata. Evitar el consumo de alcohol. Pues se altera la conciencia plena y en caso de embriaguez disminuye la capacidad de auto protección y aumenta la incidencia de comportamientos de riesgo para contraer la infección.

e) Verrugas Genitales (Condiloma Acuminado)

La verruga genital, también denominado condiloma acuminado, es una enfermedad de transmisión sexual (ETS) causada por el virus del papiloma humano (VPH). El virus del papiloma humano es el nombre que se le da a un grupo de virus que incluye más de 100 tipos o cepas diferentes. Más de 30 de estos virus son transmitidos sexualmente y pueden infectar el área genital de hombres y mujeres, que incluyen la piel del pene, la vulva (área fuera de la vagina) o el ano y los revestimientos de la vagina, el cuello uterino o el recto. Un alto porcentaje de las personas que quedan infectadas por VPH no presentarán síntomas y la infección desaparecerá por sí sola.

Las verrugas genitales se presentan, por lo general, como elevaciones o masas suaves y húmedas, rosadas o de color de la piel, usualmente en el área genital. Las hay planas o elevadas, únicas o múltiples, pequeñas o grandes y en ciertos casos, tienen forma de coliflor. Pueden desarrollarse en la vulva, la vagina o en el ano o alrededor de los mismos, en el cuello uterino y en el pene, en el escroto, en la ingle o los muslos (ver figura 21 y 22).

Los tipos de VPH que infectan el área de los genitales se propagan principalmente mediante el contacto genital. La mayoría de las infecciones por VPH no presentan signos ni síntomas; por esta razón, la mayoría de las personas que tienen la infección no se dan cuenta de que están infectadas, sin embargo sí pueden transmitir el virus a su pareja sexual.

Actualmente existe una vacuna aprobada por el FDA (Food and Drug Administration) que previene el desarrollo de verrugas genitales ocasionadas por los serotipos 6 y 11 (los más comunes). La inmunización completa consta de 3 dosis y tiene una efectividad superior al 95%. La vacuna no cura verrugas ya existentes provocadas por los virus 6 y 11.

f) Chancro Blando

El Chancro blando, llamado también chancroide, es una Infección de Transmisión Sexual (ITS) causada por una bacteria Gram negativa llamada *Haemophilus ducrey*.

Se presenta como una “llaga” o úlcera a nivel genital de carácter doloroso y de aspecto sucio (ver figura 23). El contacto sexual sin uso de condón es un factor de riesgo para la adquisición de esta infección. Por esta razón el tener una pareja estable y uso de preservativo son factores protectores para adquirir el chancroide.³⁷

3. SISTEMA DE HIPOTESIS

3.1 Hipótesis de Trabajo

Hi: Los adolescentes usuarios de las unidades de salud de El Platanar, Sesori y Meanguera no tienen conocimientos sobre salud sexual y salud reproductiva.

3.2 Hipótesis Nula

Ho: Los adolescentes usuarios de las unidades de salud de El Platanar, Sesori y Meanguera tienen conocimientos sobre salud sexual y salud reproductiva.

3.3 Hipótesis Alterna

Ha: Los adolescentes usuarios de las unidades de salud de El Platanar, Sesori y Meanguera tienen conocimientos sobre salud sexual y no sobre salud reproductiva.

3.4 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.

HIPOTESIS	VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES
<p>Hi:</p> <p>Los adolescentes de las unidades de salud de El Platanar, Sesori y Meanguerano tienen conocimientos sobre salud sexual y reproductiva.</p>	<p>Conocimiento</p>	<p>Conocimiento:</p> <p>Es una mezcla fluida de experiencias, valores, información contextual y apreciaciones expertas que proporcionan un marco para su evaluación e incorporación de nuevas experiencias e información.</p>	<p>Datos sociodemográficos</p>	<p>Se obtendrá información mediante un cuestionario el cual está constituido por 66 ítems, con preguntas cerradas, organizadas según las dimensiones sobre Salud Sexual y Reproductiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sexo ✓ Edad ✓ Procedencia ✓ Escolaridad ✓ Religión

3.4 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.

HIPOTESIS	VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES
<p>Hi:</p> <p>Los adolescentes de las unidades de salud de El Platanar, Sesori y Meanguera no tienen conocimientos sobre salud sexual y reproductiva</p>	<p>Conocimiento sobre Salud Sexual</p>	<p>Salud Sexual:</p> <p>Es la integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser humano sexual, en formas que sean enriquecedoras y realcen la personalidad, la comunicación y el amor.</p>	<p>Salud sexual</p>	<p>Se obtendrá información mediante un cuestionario el cual está constituido por 66 ítems, con preguntas cerradas, organizadas según las dimensiones sobre Salud Sexual y Reproductiva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Definición de sexualidad ✓ Definición de Salud Sexual ✓ Orientación sexual ✓ Inicio de relaciones sexuales ✓ Fuentes de información

3.4 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.

HIPOTESIS	VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES
<p>Hi:</p> <p>Los adolescentes de las unidades de salud de El Platanar, Sesori y Meanguerano tienen conocimientos sobre salud sexual y reproductiva</p>	<p>Conocimiento sobre Salud Reproductiva</p>	<p>Salud Reproductiva:</p> <p>Comprende la capacidad de disfrutar de una vida sexual sin riesgo y satisfactoria y tener la libertad para decidir procrear o no, cuándo y con qué frecuencia.</p>	Salud Reproductiva	<p>Se obtendrá información mediante un cuestionario el cual está constituido por 66 ítems, con preguntas cerradas, organizadas según las dimensiones sobre Salud Sexual y Reproductiva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Definición de salud reproductiva ✓ Métodos de Planificación Familiar ✓ Uso de preservativo ✓ ITS ✓ VIH/SIDA ✓ Embarazo en la adolescencia

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de Investigación

✓ Cuantitativo

Esta investigación permitió examinar los datos de manera científica, más específicamente en forma numérica, ya que se realizó una medición exhaustiva para lo cual se aplicó un cuestionario para la obtención de información objetiva, en la que se evaluó a través de una escala, con la que se pudo determinar el conocimiento sobre salud sexual y salud reproductiva de los adolescentes de las unidades de salud en estudio y de esta forma darle respuesta a la hipótesis de trabajo.

✓ Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información el estudio es:

Prospectivo

Porque se registró la información en el momento en que se administró el cuestionarios a la población en investigación de adolescentes usuarios de las unidades de salud El Platanar, Sesori y Meanguera; que permitieron rechazar o aceptar la hipótesis.

✓ Según el periodo y secuencia del estudio es:

Transversal

Porque la investigación se realizó en el periodo comprendido de julio a octubre de 2010 y no existe continuidad en el eje del tiempo; este estudio permitió determinar el conocimiento que poseen los adolescentes de las unidades en estudio en el momento en el que se aplicó el cuestionario, sin importar por cuánto tiempo mantendrán este conocimiento ni cuando lo adquirieron.

✓ **Según el análisis y alcance de los resultados de la investigación es:**

Descriptiva

Porque permitió medir el conocimiento que poseen los adolescentes en estudio, desglosando detalladamente los componentes de la salud sexual y la salud reproductiva, determinando el conocimiento o desconocimiento sobre cada uno en base a la escala.

✓ **Según la fuente de datos la investigación se caracteriza por ser de tipo**

Documental

Debido a que se tomó como fundamento teórico la consulta de revistas, libros de salud sexual y reproductiva, páginas de internet, encuestas previas, documentos de los programas de Ministerio de Salud y educación, que orientaron la ejecución del trabajo de campo.

De campo

Porque para determinar que conocimientos tienen los adolescentes sobre salud sexual y reproductiva, se utilizó como fuente primaria de información la encuesta.

4.2 Universo o Población

Para efectos de estudio por no contar con un censo con el dato exacto de la población, se tomaron los datos sobre la primera consulta en el año (2009) para cada Unidad de Salud:

UNIDAD DE SALUD	NUMERO DE DE ADOLESCENTES
El Platanar	479
Sesori	1328
Meanguera	179
Total	1986

Fuente: Registro diario de consulta. Unidades de Salud El Platanar, Sesori, Meanguera

4.3 Muestra

Para determinar la muestra el grupo investigador se auxilio de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{NZ_{\alpha}^2PQ}{d^2(N - 1) + Z_{\alpha}^2PQ}$$

En donde:

n= número de la muestra

N = tamaño de la población

Z_{α} = nivel de confianza, según Gauss 95% (1.96)

P = probabilidad de éxito, o proporción esperada (0.95)

Q = probabilidad de fracaso (0.05)

d = precisión (Error máximo admisible en términos de proporción) 3%

Sustituyendo los valores

$$n = \frac{1986 \times 3.84 \times 0.95 \times 0.05}{0.0009 (1986 - 1) + 3.84 \times 0.95 \times 0.05}$$

$$n = \frac{362.39}{1.78 + 0.18}$$

n= 184 adolescentes.

Dado que el estudio se realizó en tres unidades de salud, se efectuó la aplicación del instrumento para un número determinado de adolescentes de acuerdo al tamaño de la población. Este número se obtiene haciendo uso de la ecuación de muestreo proporcional siguiente:

$$x = n \left(\frac{n1}{N} \right)$$

x: total de instrumentos a pasar por Unidad de Salud

n: muestra (184)

n1: población en estudio por unidad de salud

N: tamaño de la población

Resultados por unidades de salud:

UNIDAD DE SALUD	TAMAÑO DE LA MUESTRA
El Platanar	123
Sesori	44
Meanguera	17
Total	184

4.4 Criterios para establecer la muestra

4.4.1 Criterios de inclusión

- ✓ Ser hombre o mujer
- ✓ Edad entre 10 a 19 años
- ✓ Usuario de la unidad de salud
- ✓ Adolescente que acepte voluntariamente contestar la encuesta

4.4.2 Criterios de exclusión

- ✓ Edad menor de 10 años y mayor de 19 años
- ✓ No usuario de la unidad de salud
- ✓ Adolescente que no acepte contestar la encuesta

4.5 Tipo de Muestreo

Muestreo no probabilístico

Se realizó un muestreo de tipo no probabilístico intencional o deliberado, porque los adolescentes seleccionados para la investigación se tomaron en base a los criterios de inclusión del estudio.

4.6 Técnicas de Recolección de la Información

Técnica Documental

Porqué la información recolectada para la investigación es a través de libros sobre salud sexual y reproductiva, revistas y sitios web.

Técnica de Trabajo de Campo

La Encuesta: se obtuvo a través de esta técnica aplicada a una muestra de adolescentes usuarios de las unidades de salud en estudio.

4.7 Instrumento

Se utilizó un cuestionario constituido por 65 dificultades elaborado con preguntas cerradas dirigidas a la población en estudio (Anexo n° 20).

4.8 Procedimientos

4.8.1 Planificación:

Durante esta etapa se elaboró el perfil de la investigación, el cual se comenzó a realizar en la segunda semana abril y se finalizó en la cuarta semana del mismo mes, en dicha semana se entregó para la revisión y aprobación, posteriormente se realizó el protocolo de investigación en el periodo comprendido entre la primera semana de mayo a la cuarta semana de junio y se entrega posterior a revisión en la cuarta semana de octubre.

4.8.2 Ejecución:

Se realizó a partir de la segunda semana de julio y finalizó en la tercera semana de octubre, la cual se dividió en tres fases:

A. Validación del Instrumento

Se realizó a través de una prueba piloto la cual se llevó a cabo durante la segunda semana de julio, en la cual el equipo investigador aplicó cuarenta y siete cuestionarios, correspondiente a un 25 % del total de encuestas, dirigidas a los integrantes de la población en estudio que cumplen los criterios de inclusión; los cuales no formaron parte de los datos finales de la investigación. A través de esta prueba se modificó el instrumento de investigación en cuanto a los rangos de edad; dividiéndolos en tres categorías, se añadió la opción “no se” como tercera respuesta en las preguntas en las que solo se consideró si y no; se agregaron preguntas sobre métodos de planificación familiar en cuanto al método del ritmo.

B. Recolección de datos

Recolección de datos se realizó mediante la aplicación de un cuestionario a los adolescentes usuarios en las unidades de salud en estudio al momento de la consulta, en el periodo comprendido entre la tercera semana de julio a la primera semana de octubre.

C. Tabulación, análisis e interpretación de los datos

Una vez completada la recolección de datos se procedió a la tabulación de los mismos para poder realizar el análisis e interpretación.

D. Plan de análisis.

Este permitió la presentación de los datos de forma sistemática, las variables en estudio son conocimiento sobre salud sexual y salud reproductiva.

La tabulación de los datos se realizó, construyendo frecuencias simples de las variables, a su vez se utilizó el programa SPSSv15.0 (software procesador de datos estadísticos versión 15.0) para la elaboración de tablas y gráficos que permitió el análisis e interpretación de los resultados, además se usó el software Microsoft Excel 2010.

Para dar respuesta a los objetivos de la investigación e hipótesis se cuenta con una escala de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva elaborada a partir del instrumento, por los integrantes del grupo investigador, para determinar si tienen conocimiento o desconocimiento sobre salud sexual y salud reproductiva en la población en estudio.

Dicha escala es elaborada en base al porcentaje de respuestas correctas emitidas por los encuestados, de esta manera se toma como “con conocimiento” sobre salud sexual y reproductiva un porcentaje igual o mayor al 60% de interrogantes resueltas de forma adecuada y “sin conocimiento” un porcentaje mayor al 40% de respuestas incorrectas. Para definir el 60% como límite entre conocimiento y ausencia del mismo se tomó en cuenta el grado de complejidad de las 42 interrogantes con las que se investiga conocimiento, 12 de las cuales se consideran de mayor dificultad y las 30 restantes de un grado menor; de esta forma al responder 25 preguntas correctas los adolescentes demostraran tener conocimiento sobre el tema.

4.9 Consideraciones éticas.

A los pacientes que formaron parte de la investigación se les aplicó un cuestionario previa explicación de los objetivos del mismo.

La participación de los adolescentes se realizó de manera voluntaria y anónima y aquellos adolescentes que asistieron acompañados por sus padres se les pidió el consentimiento de estos.

5. RESULTADOS

5.1 TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMONGRAFICAS DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO.

TABLA N° 1

LUGAR DE RESIDENCIA DE LA MUESTRA ESTUDIADA

Lugar de residencia	F	%
El Platanar	44	24%
Sesori	123	67%
Meanguera	17	9%
Total	184	100%

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

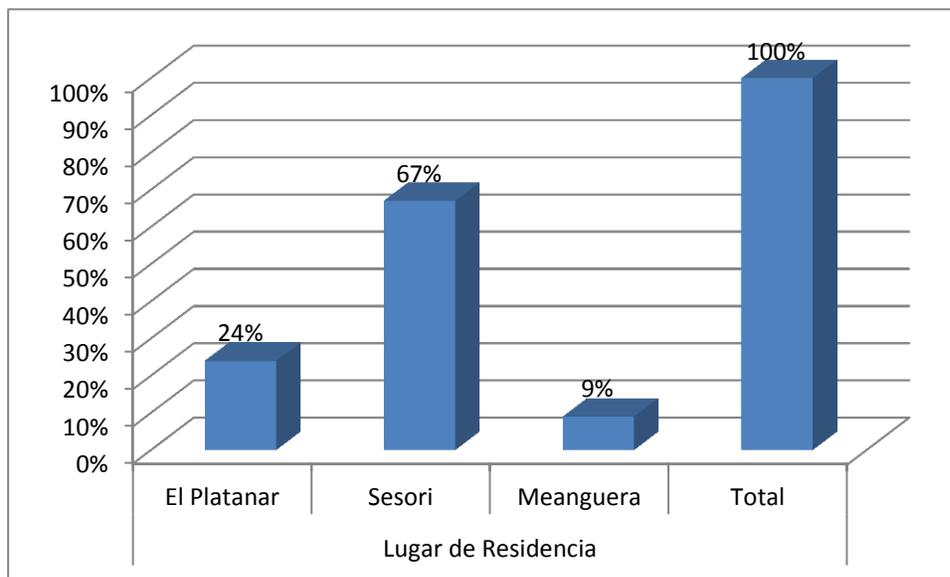
ANÁLISIS:

En la tabla 1, se presenta que del total de 184 encuestas, 44 se aplicaron en la unidad de salud El Platanar, lo que corresponde al 24%; 123 en la unidad de salud Sesori, que representa el 67% y 17 en la unidad de salud de Meanguera que forma el 9% del total de encuestados.

INTERPRETACIÓN:

Se refleja el porcentaje de encuestas giradas en cada una de las unidades de salud en estudio, lo cual se definió tomando en cuenta la población total de adolescentes que consultan por primera vez en el año, para luego tomar una muestra representativa de cada establecimiento, de tal forma que el porcentaje final de encuestados fuera equiparable para cada uno de ellos. Por lo tanto la unidad de salud de Sessori por tener mayor población consultante, tiene mayor porcentaje de representación en el estudio, en cambio los adolescentes que consultan en las otras unidades de salud son menos, por lo que la representación también es menor.

GRAFICO N° 1
LUGAR DE RESIDENCIA DE LA MUESTRA ESTUDIADA



Fuente: Tabla No. 1

TABLA N° 2
DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN SEXO Y RESIDENCIA

Sexo	Lugar de residencia							
	El Platanar		Sesori		Meanguera		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Masculino	26	59%	52	42%	8	47%	86	46%
Femenino	18	41%	71	58%	9	53%	98	54%

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

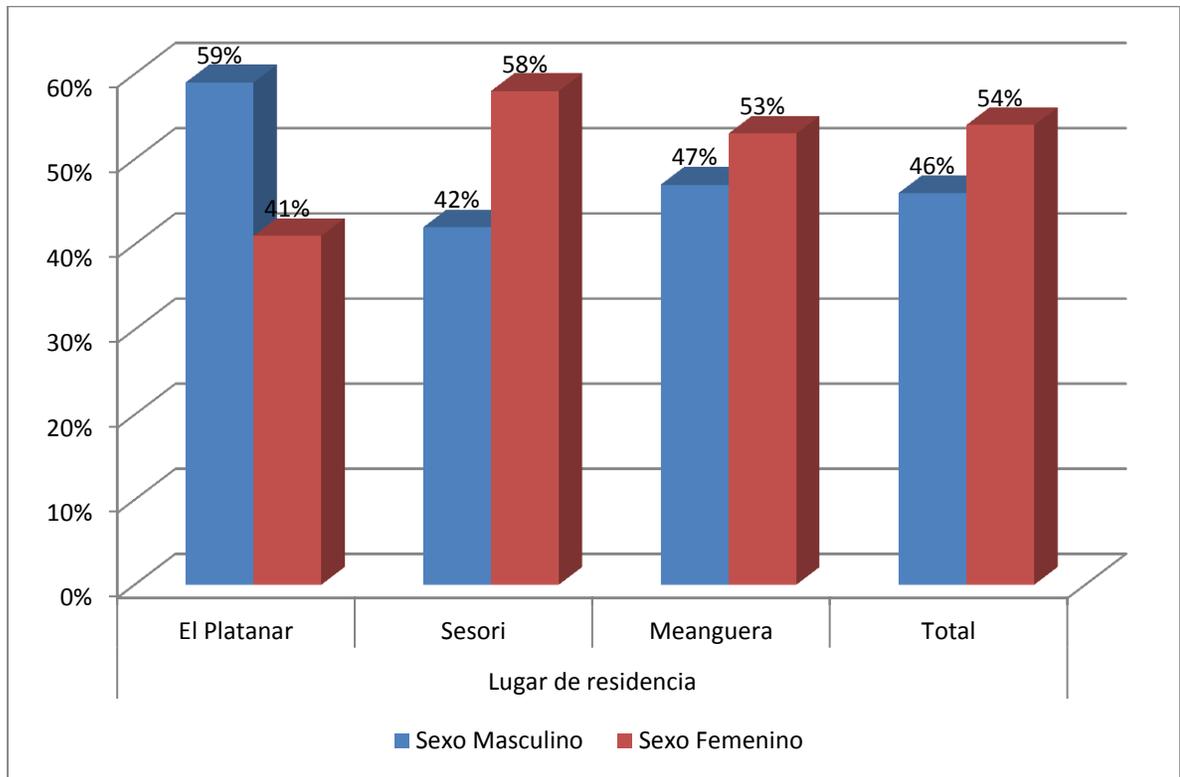
ANÁLISIS:

En la tabla 2 se detalla que de la muestra seleccionada de adolescentes por cada unidad salud los participantes según el sexo corresponden a El Platanar: femenino 18, masculino 26, que corresponden al 41% y 59% respectivamente; Sesori: femenino 71, masculino 52, que corresponden al 58% y 42% respectivamente; Meanguera: femenino 9, masculino 8, que corresponden a 53% y 47% respectivamente.

INTERPRETACIÓN:

La distribución de participantes por sexo en las unidades de salud, en general el sexo predominante es el femenino, esto puede atribuirse a que el mayor porcentaje de consultantes en las unidades de salud son mujeres, ya que, tienden a acudir con más frecuencia al centro de salud. Se ha descrito el sexo de los encuestados para conocer cuántos hombres y cuantas mujeres fueron los participantes del estudio; aunque el sexo no determina el conocimiento.

GRAFICO N° 2
DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGÚN SEXO Y RESIDENCIA



Fuente: Tabla N°. 2

TABLA N° 3
DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN EDAD Y RESIDENCIA

Edad	Lugar de residencia							
	El Platanar		Sesori		Meanguera		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
10 - 12 años	2	5%	2	2%	2	12%	6	2%
13 - 15 años	26	59%	39	32	12	71%	77	42%
16 - 19 años	16	36%	82	66%	3	17%	101	56%

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

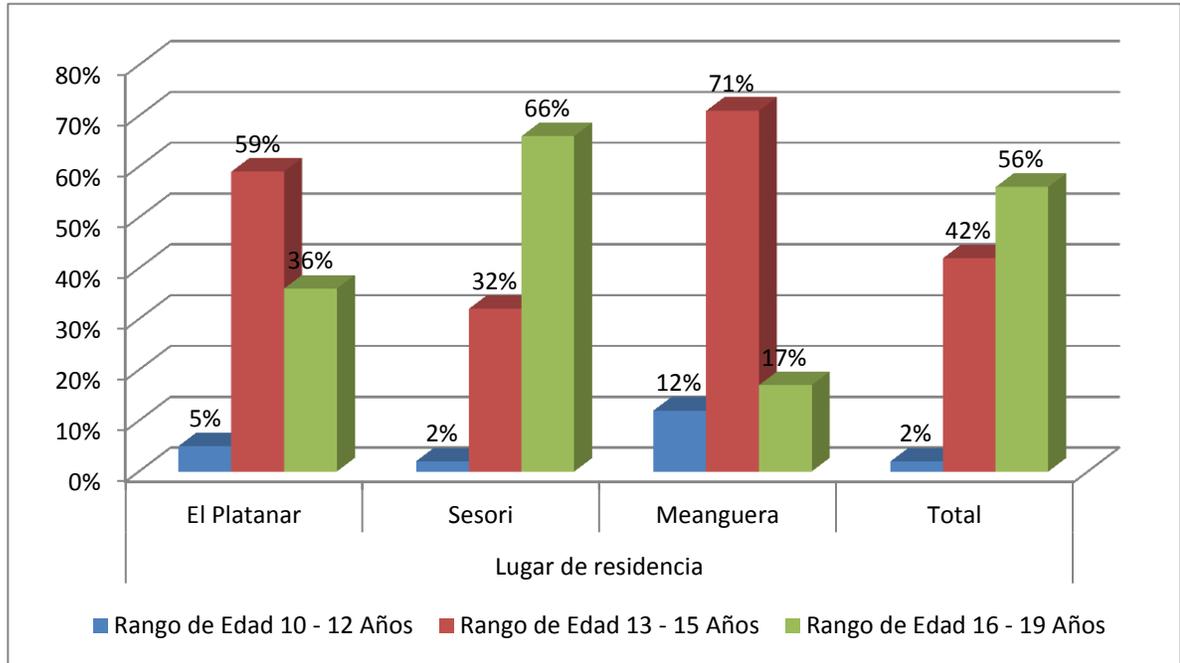
ANÁLISIS:

En la tabla se detallan las edades de los adolescentes encuestados, en El Platanar para el rango de 10 a 12 años fueron 2, que representa el 5%; de 13 a 15 años fueron 26, que corresponde al 59%; de 16 a 19 años fueron 16, equivalente al 36%. Para Sesori de 10 a 12 años fueron 2; de 13 a 15 años fueron 39; de 16 a 19 años fueron 8. En Meanguera de 10 a 12 años fueron 2; de 13 a 15 fueron 12; de 16 a 19 fueron 3, que representan el 12%, el 71% y 17% respectivamente.

INTERPRETACIÓN:

En El Platanar y Meanguera el mayor porcentaje de adolescentes que participaron en el estudio se encuentran en el rango de edad de los 13 a 15 años, en Sesori predominaron los adolescentes con edades entre los 16 a 19 años, esto puede atribuirse a que en el ultimo establecimiento de salud mencionado, acuden muchos adolescentes tanto del área urbana como rural, que estudian tercer ciclo de educación básica y bachillerato cuyas edades oscilan entre este rango. Se ha detallado las edades para conocer detalladamente la población.

GRAFICO N° 3
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EDAD Y RESIDENCIA



Fuente: Tabla N°. 3

TABLA N° 4
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGUN PROCEDENCIA Y RESIDENCIA

Procedencia	Lugar de residencia							
	El Platanar		Sesori		Meanguera		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Área Rural	44	100%	92	75	14	82%	150	80%
Área Urbana	0	0%	31	25%	3	18%	34	20%

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

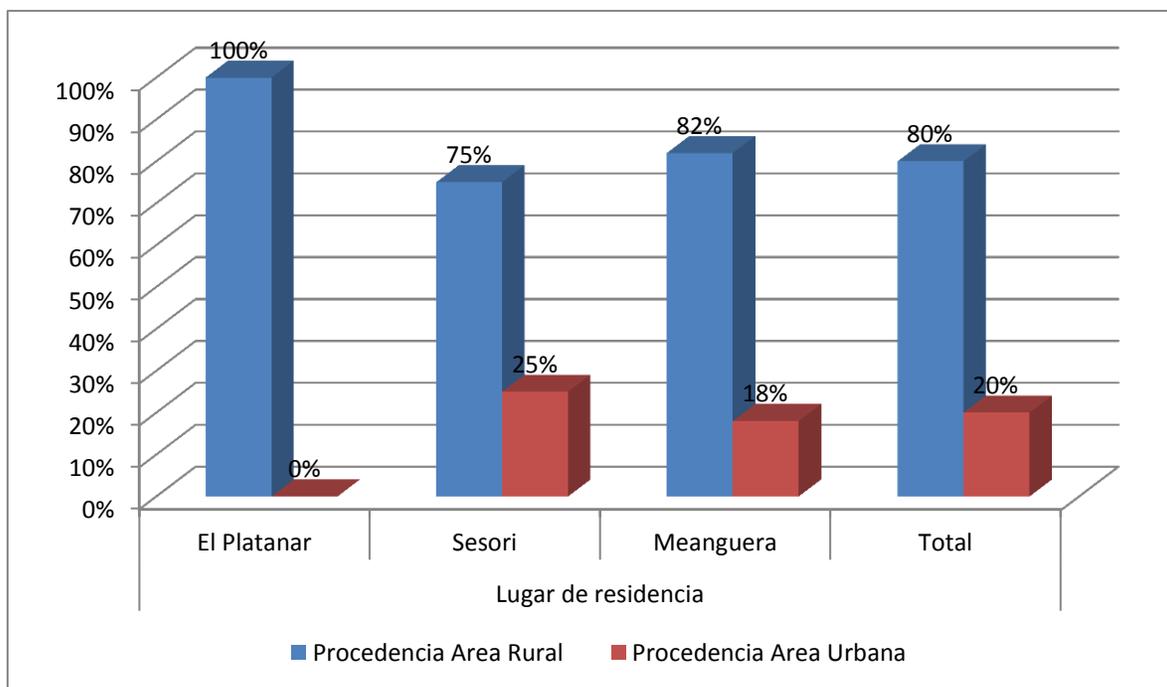
ANÁLISIS:

En la tabla 4 se presenta la población según su procedencia. En El Platanar el 100% de la población corresponde al área rural; Sesori del área rural procede 92, que representa a 75%, área urbana 31, que equivale al 25% y Meanguera área rural 14, área urbana 3, que corresponde al 82% y al 18% respectivamente.

INTERPRETACIÓN:

Debido a que El Platanar por tratarse de un cantón, el 100% de los adolescentes que aceptaron ser parte de la investigación habitan en el área rural; se observa además que la procedencia predominante en Sesori y Meanguera es del área rural, ya que, si bien es cierto las unidades de salud se encuentran ubicadas en el área urbana, también del área rural asisten adolescentes a la consulta y en ésta última la población es aún mayor.

GRAFICO N° 4
DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN PROCEDENCIA Y RESIDENCIA



Fuente: Tabla N°. 4

TABLA N° 5
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN RELIGIÓN Y RESIDENCIA

Religión	Lugar de residencia							
	El Platanar		Sesori		Meanguera		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Católica	15	34%	56	43%	4	40%	75	40%
Asambleas de Dios	4	9%	4	3%	1	5%	9	5%
Bautista	3	7%	0	0%	0	2%	3	2%
Adventista	4	9%	2	2%	0	3%	6	3%
Testigos de Jehová	1	2%	0	0%	0	1%	1	1%
Evangélica	9	2%	24	19%	3	19%	36	19%
Ninguna	8	18%	37	30%	9	35%	54	35%

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

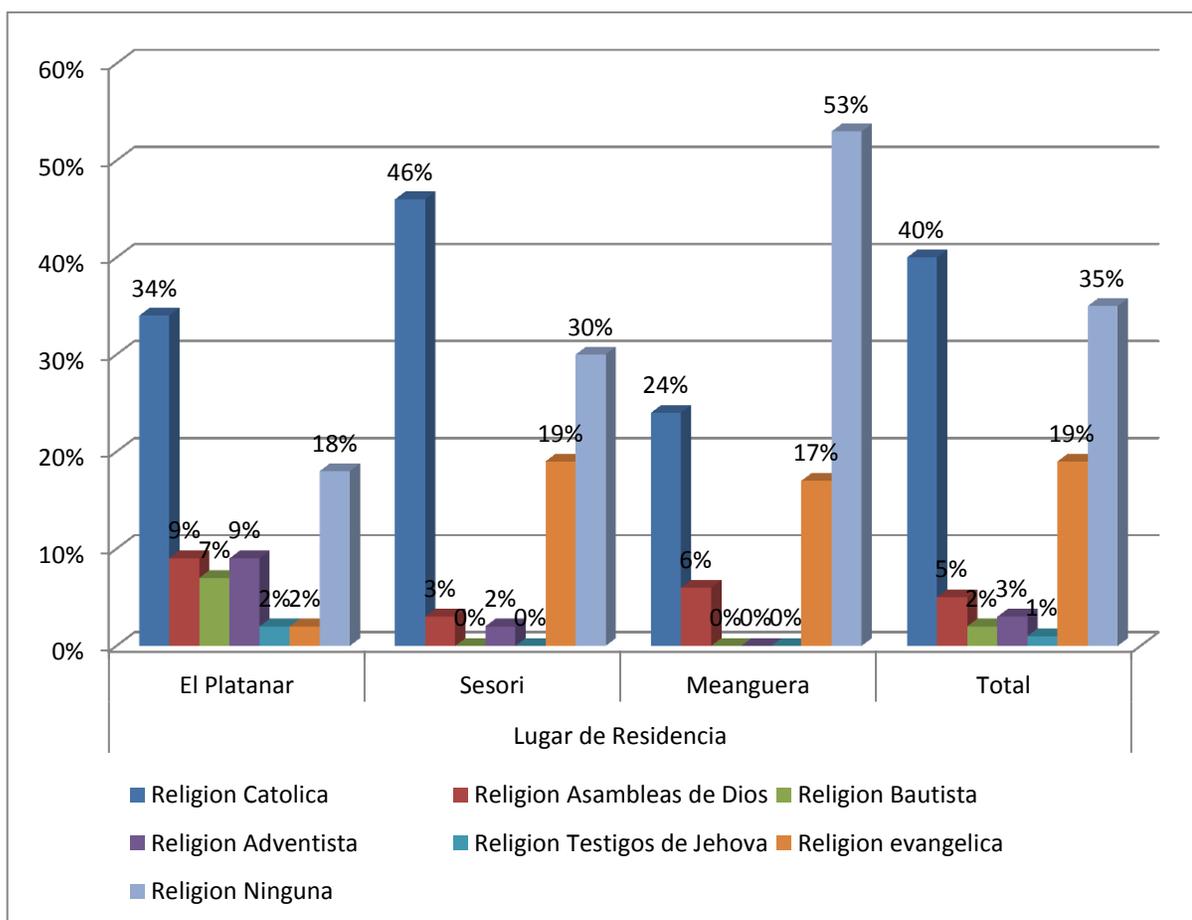
ANÁLISIS:

En tabla 5 se presenta la religión que profesan los encuestados, la cual se detalla en la primer columna; en las siguientes se detallan cuantos afirman pertenecer a cada religión agrupados por unidad de salud; en la última columna se presenta de manera general que los adolescentes de las tres unidades de salud 75 de ellos profesan ser católicos, 9 de asamblea de Dios, 3 bautistas, 6 adventistas, 1 testigo de Jehová, 35 evangélicos, y no profesan ninguna creencia religiosa 54.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de adolescentes que participaron en el estudio profesan la religión Católica, esto debido a que en este país ha sido la que predomina como ideología religiosa. Seguido a ella se encuentra la Evangélica con el segundo porcentaje predominante y posteriormente el resto de religiones. La religión se ha detallado por ser parte de los datos sociodemográficos de la población en estudio, tomando en cuenta que cada una tiene puntos de vista propios en relación al tema, algunas de ellas considerándolo un tabú, que denigra los principios espirituales y morales y por lo tanto no se debe informar a los adolescentes.

GRAFICO N° 5
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN RELIGIÓN Y RESIDENCIA



Fuente: Tabla N°. 5

TABLA N° 6
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN ESCOLARIDAD Y RESIDENCIA

Escolaridad	Lugar de residencia							
	El Platanar		Sesori		Meanguera		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Primaria	7	16%	0	0%	0	0%	7	4%
Secundaria	34	77%	53	43%	14	82%	101	55%
Bachillerato	3	7%	70	57%	3	18%	76	41%

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

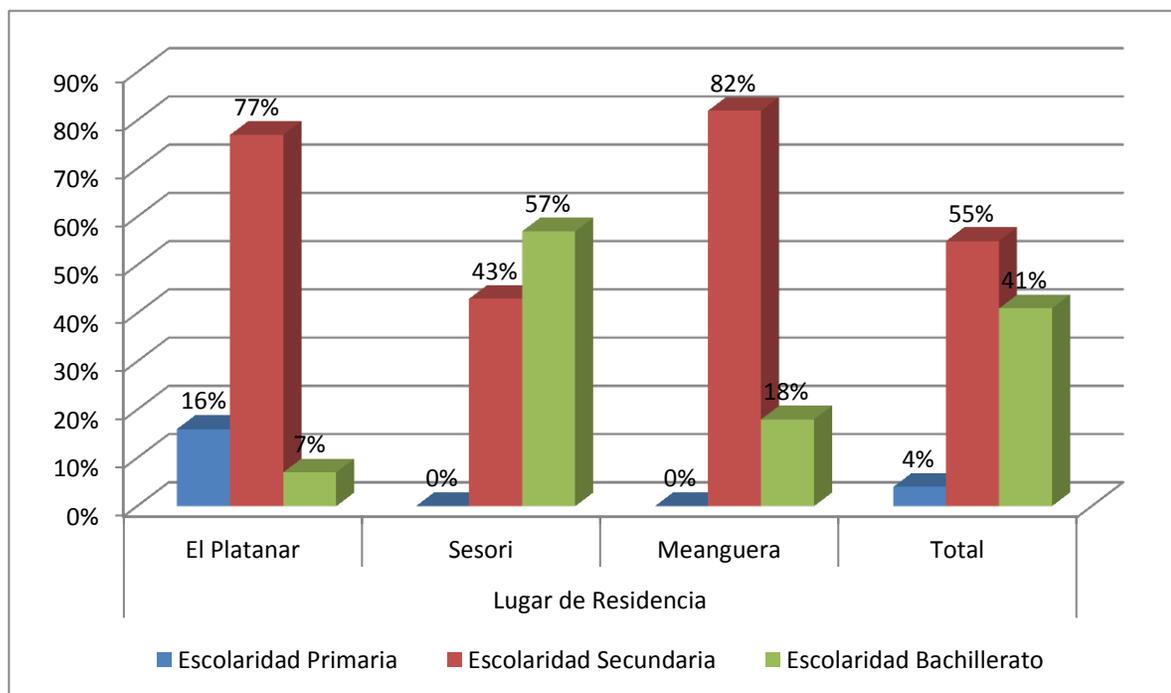
ANÁLISIS:

En tabla 6 se presenta la distribución de adolescentes por su escolaridad; para los adolescentes de la Unidad de Salud El Platanar de primaria participaron 7, secundaria 34, bachillerato 3. Para Sesori: primaria 0, secundaria 53, bachillerato 70; Meanguera: primaria 0, secundaria 14, bachillerato 3.

INTERPRETACIÓN:

Se observa una mayor proporción de participantes en el estudio cuya escolaridad se encuentra entre secundaria y bachillerato, esto es atribuible a que generalmente los adolescentes ya han cursado la educación primaria cuando entran a esta etapa de la vida. Lo cual está relacionado con los conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, ya que durante la formación académica se recibe orientación sobre este tema dependiendo del grado académico de los adolescentes.

GRAFICO N° 6
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN ESCOLARIDAD Y RESIDENCIA



Fuente: Tabla N°. 6

5.2 TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS SOBRE CONOCIMIENTO RELACIONADO CON LA SALUD SEXUAL.

TABLA N° 7

DEFINICIÓN DE SEXUALIDAD POR LA POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN UNIDAD DE SALUD.

Definición de Sexualidad	Lugar de Residencia							
	El Platanar		Sesori		Meanguera		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
✓ Sexualidad es sentirse como hombre o mujer	21	48%	54	44%	4	24%	79	42%
✓ Masculino o Femenino es equivalente a sexualidad	8	18%	26	21%	1	6%	35	19%
✓ Sexo son las características biológicas de un ser humano	28	63%	78	63%	7	41%	113	61%
Tienen Conocimiento	57	43%	158	43%	12	23%	227	41%
No Tienen Conocimiento	75	57%	211	57%	39	77%	325	59%

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

ANÁLISIS:

La tabla muestra los resultados obtenidos al investigar el indicador “Definición de sexualidad”, el cual se indago con 3 interrogantes, representadas en las tres primeras filas. Además en cada columna se presentan el porcentaje de las respuestas correctas que emitieron los adolescentes por cada unidad de salud y contiguo a éste se exponen las frecuencias de los datos obtenidos.

En la fila “Tienen conocimiento” se presentan los resultados globales para el indicador, obtenidos tomando en cuenta las respuestas certeras para las 3 preguntas en evaluación, lo cual para la unidad de salud de El Platanar representa el 43%, la unidad de

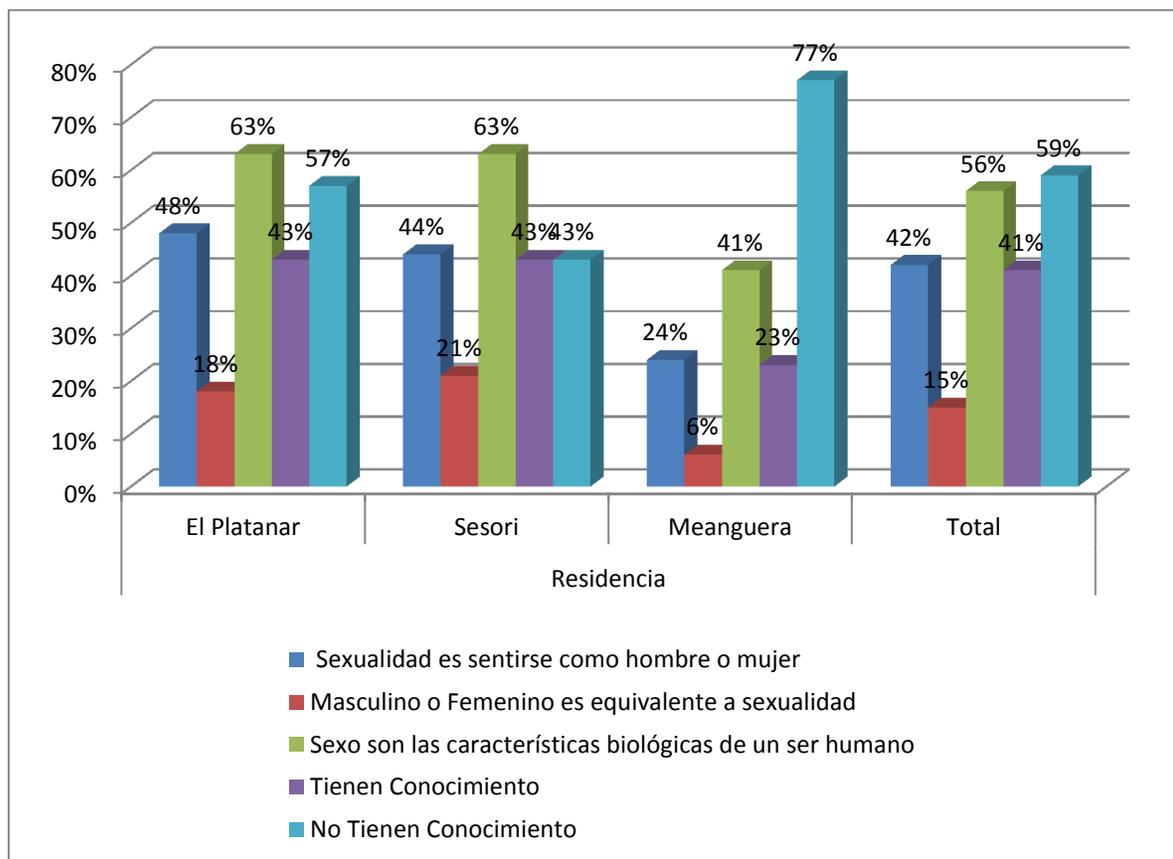
salud de Sesori 57% y la unidad de salud de Meanguera 23%; al final de la fila se observa que en general únicamente el 41% de los adolescentes tienen conocimiento en este aspecto.

INTERPRETACIÓN:

Se observa que los adolescentes en general conocen el término de sexo, el cual forma parte del concepto de sexualidad, pero que no conocen la amplitud de este concepto, el cual es más complejo e incluye muchos aspectos en cuanto a comportamiento y sentimientos; esto puede atribuirse a que la orientación que han recibido es únicamente empírica y superficial.

GRAFICO N° 7

DEFINICIÓN DE SEXUALIDAD POR LA POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN UNIDAD DE SALUD.



Fuente: Tabla N°. 7

TABLA N° 8

DEFINICIÓN DE SALUD SEXUAL POR LA POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN UNIDAD DE SALUD.

Definición de salud sexual	Lugar de Residencia							
	El Platanar		Sesori		Meanguera		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
✓ Salud sexual igual a actividad sexual responsable y sin riesgo de enfermedades	27	61%	78	63%	11	65%	116	63%
✓ Sabes que es una relación sexual	33	75%	92	75%	10	59%	135	73%
Tienen Conocimiento	60	68%	170	69%	21	61%	251	68%
No Tienen Conocimiento	28	32%	76	31%	13	39%	117	32%

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

ANÁLISIS:

Para obtener información respecto al conocimiento que los adolescentes tienen sobre la definición de salud sexual, se realizaron dos preguntas, de las cuales los datos obtenidos se presentan en las dos primeras filas de la tabla anterior, mostrando también los resultados individuales para cada unidad de salud en las columnas y el consolidado general en la última de estas.

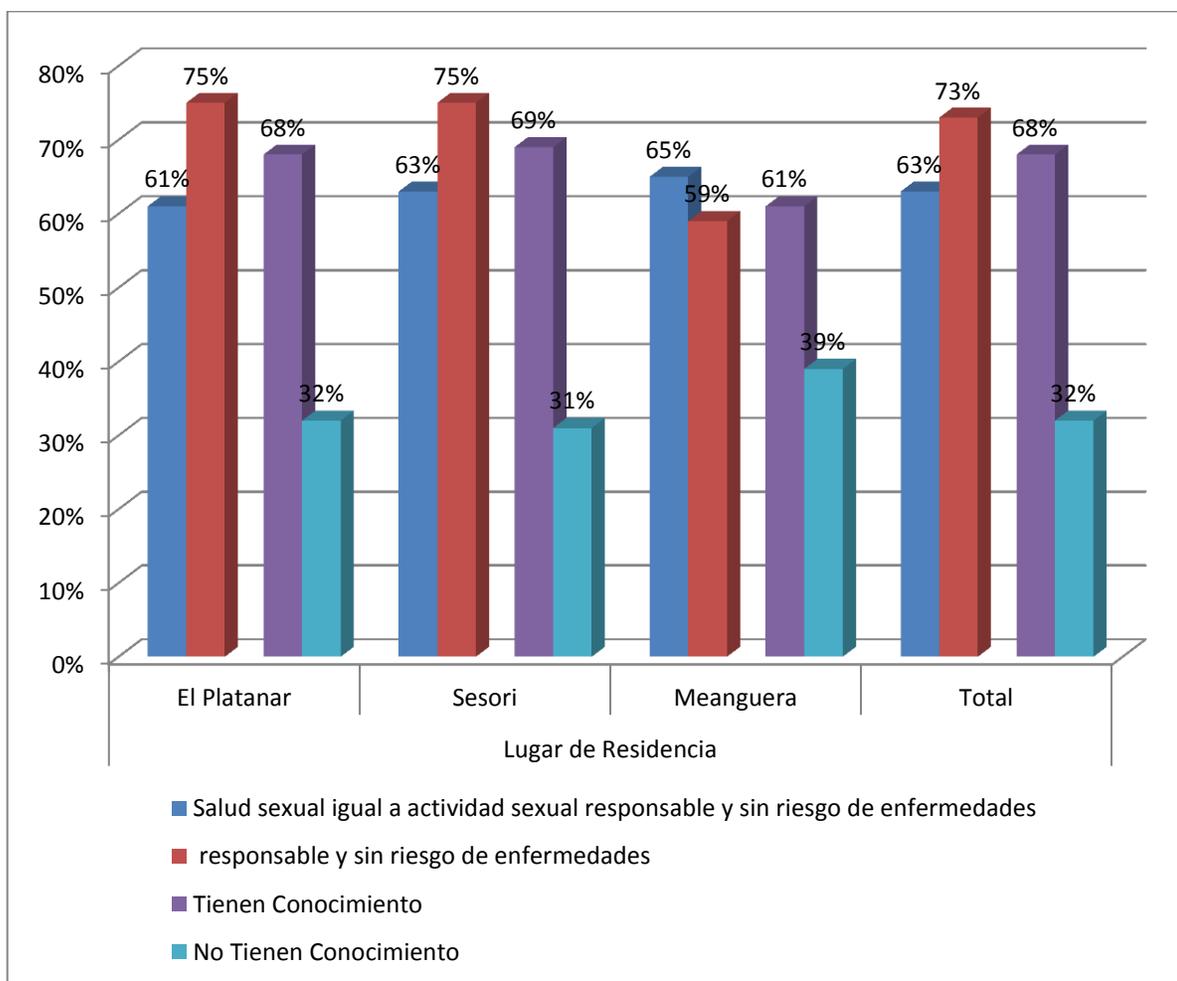
De esta forma se puede notar que el 63% de los adolescentes respondieron correctamente la interrogante ¿Salud sexual es igual a actividad sexual responsable y sin riesgo de enfermedades?, también el 73% dijo saber que es una relación sexual. Tomando en cuenta lo anterior obtenemos un 68% de adolescentes con conocimiento sobre este indicador, esto lo vemos plasmado en la tercera fila de la columna “total”.

INTERPRETACIÓN:

En cuanto a la definición de salud sexual los datos denotan que un 68% de los adolescentes poseen conocimiento referente a este indicador, puede atribuirse a que en sus centros de estudio este es el aspecto sobre el cual se les hace mayor énfasis, se imparten charlas enfocadas a las prácticas sexuales y por ende adquieren mayor conocimiento.

GRAFICO N° 8

DEFINICIÓN DE SALUD SEXUAL POR LA POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN UNIDAD DE SALUD.



Fuente: Tabla N°. 8

TABLA N° 9

**DEFINICIÓN DE ORIENTACIÓN SEXUAL POR LA POBLACIÓN EN ESTUDIO
SEGÚN UNIDAD DE SALUD.**

Orientación Sexual	Lugar de Residencia							
	El Platanar		Sesori		Meanguera		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
✓ La orientación sexual es parte de su sexualidad	32	73%	89	72%	5	29%	126	68%
✓ La orientación sexual determina su sexo	14	32%	44	36%	3	18%	61	33%
Tienen Conocimiento	46	52%	133	54%	8	24%	187	51%
No Tiene Conocimiento	42	48%	113	46%	18	76%	181	49%

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

ANÁLISIS:

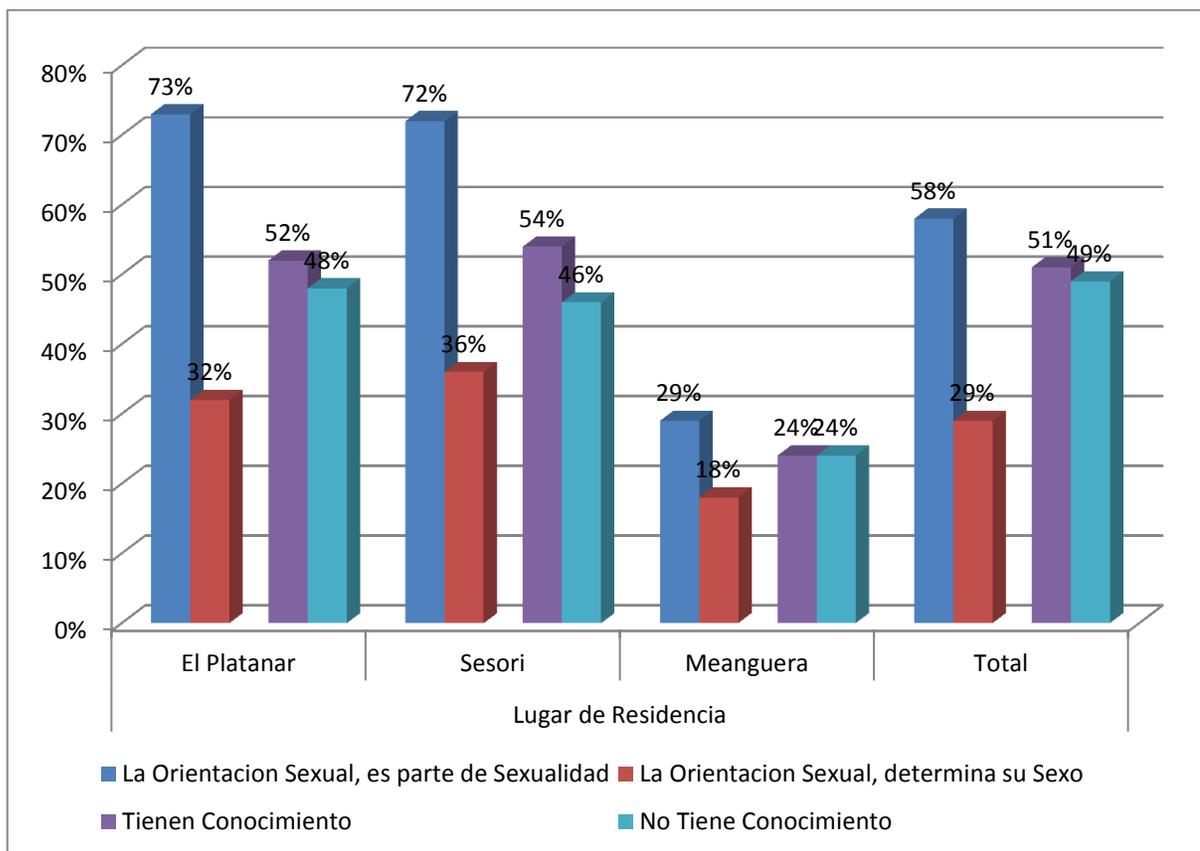
En las unidades de salud de El Platanar y Sesori los investigados demostraron saber que la orientación sexual es parte de la sexualidad de una persona alcanzando 73% de respuestas correctas para la primera y 72% para la segunda; no podemos reiterar lo mismo para la unidad de salud de Meanguera donde nada mas 29% respondió con certidumbre. Para un porcentaje menor de los investigados la orientación sexual no determina el sexo de una persona, debido a que la pregunta elaborada en base a lo anterior fue respondida adecuadamente por un 32% en la unidad de salud de El Platanar, 36% en la unidad de salud de Sesori y 18% en la unidad de salud de Meanguera, esto en general corresponde a 29%, ello sugiere que no existe conocimiento en este indicador

INTERPRETACIÓN:

Los adolescentes conocen que la orientación sexual es parte de la sexualidad, sin embargo afirman también que la orientación sexual determina el sexo de una persona lo cual es incorrecto debido a que el sexo es una característica biológica, esto deja en evidencia que el conocimiento en este sentido no es completo, pues saben que dimensión comprende la sexualidad pero no logran hacer la diferencia entre ella y las características biológicas de una persona.

GRAFICO N° 9

DEFINICIÓN DE ORIENTACIÓN SEXUAL POR LA POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN UNIDAD DE SALUD.



Fuente: Tabla N°. 9

TABLA N° 10

ADOLESCENTES QUE HAN INICIADO RELACIONES SEXUALES POR LA POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN UNIDAD DE SALUD.

Inicio de relaciones sexuales.	Lugar de Residencia							
	El Platanar		Sesori		Meanguera		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
✓ Ha iniciado relaciones sexuales.	15	34%	43	35%	7	41%	65	35%
✓ No ha iniciado relaciones sexuales.	29	66%	80	65%	10	59%	119	65%

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

ANÁLISIS:

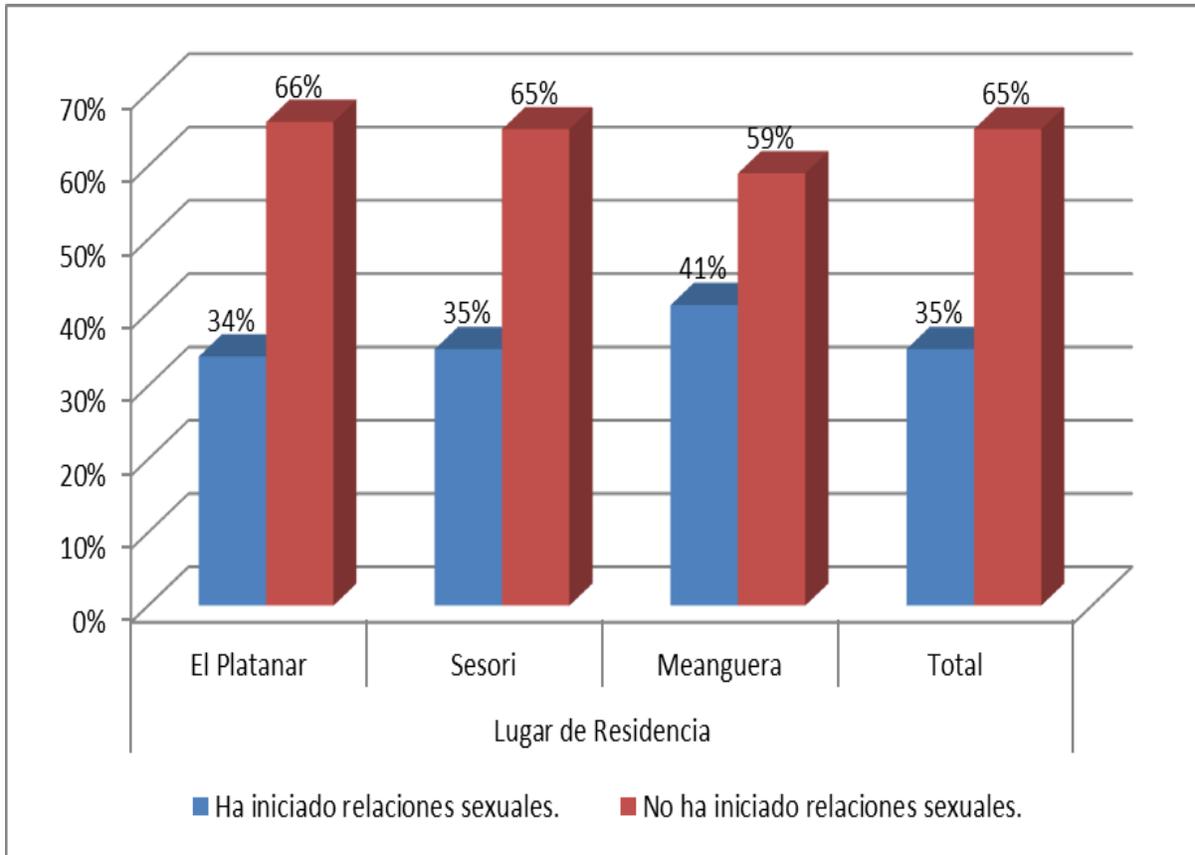
En la tabla anterior se observa que el porcentaje de adolescentes que han tenido relaciones sexuales, no tiene fluctuaciones significativas de una unidad de salud con respecto a las demás, pues se obtuvieron 34% para El Platanar, 35% para Sesori y 41% en Meanguera lo que al final dio como resultado un 35% de respuestas afirmativas.

INTERPRETACIÓN:

Se refleja que aproximadamente la tercera parte de los adolescentes en este estudio inician relaciones sexuales a temprana edad, lo cual es una tendencia similar en la todas las esferas de la sociedad actual, aunque no poseen el conocimiento completo sobre salud sexual, lo que puede atribuirse a los cambios en los patrones culturales y escala de valores pues la mayoría de los entrevistados proceden del área rural.

GRAFICO N° 10

ADOLESCENTES QUE HAN INICIADO RELACIONES SEXUALES POR LA POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN UNIDAD DE SALUD.



Fuente: Tabla N° 10

TABLA N° 11

**EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES EN LA POBLACIÓN EN ESTUDIO
SEGÚN UNIDAD DE SALUD.**

Edad de inicio de relaciones sexuales	Lugar de Residencia							
	El Platanar		Sesori		Meanguera		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
✓ 10 - 12 Años	3	20%	1	2%	0	0%	4	6%
✓ 13 - 15 Años	6	40%	23	53%	6	86%	35	52%
✓ 16 - 19 Años	6	40%	18	43%	1	14%	25	38%
✓ Menor de 10 años	0	0%	1	2%	0	0%	1	4%

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

ANÁLISIS:

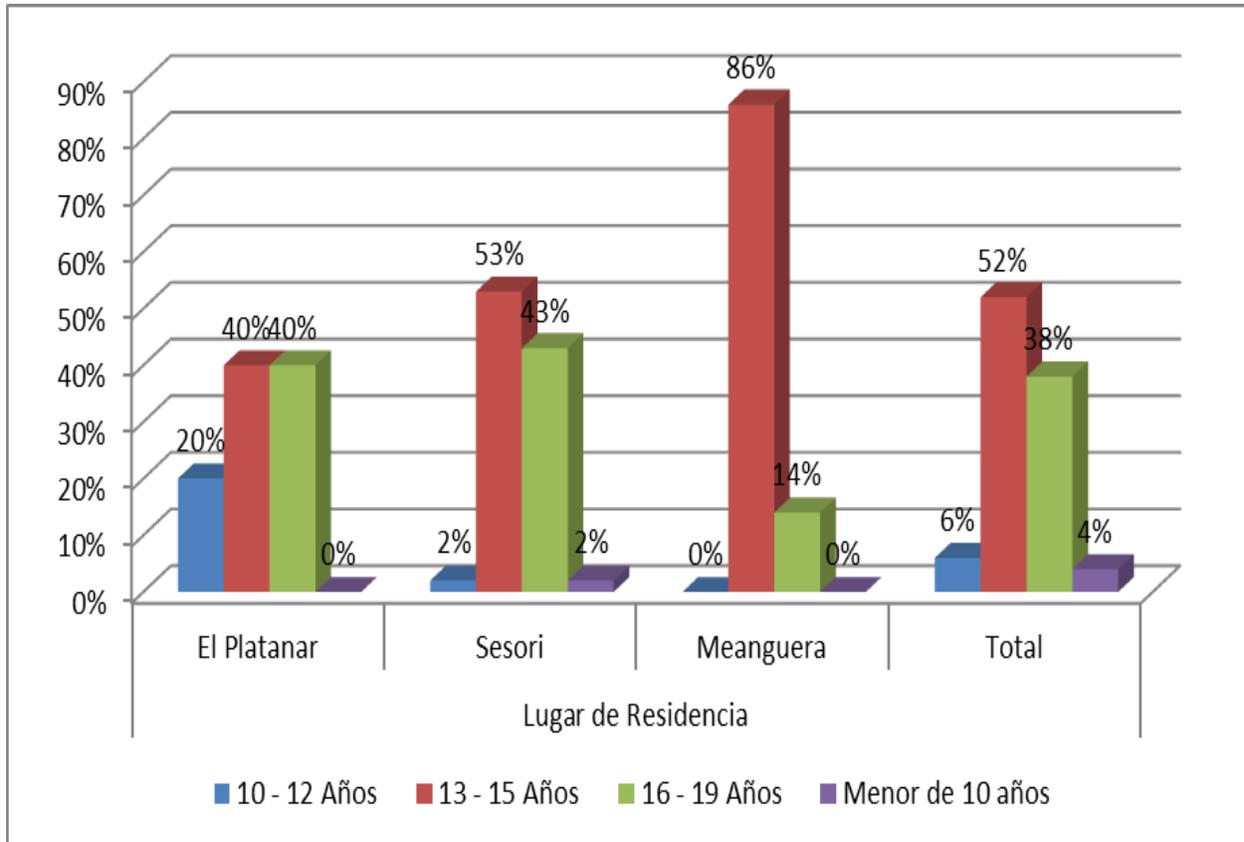
De los adolescentes que dijeron haber tenido relaciones sexuales se construye la tabla anterior, en ella se presenta la edad de inicio de esta practica, en total 6% dijo haber iniciado entre los 10 a 12 años, 52% entre los 13 a 15 años, porcentaje que constituye la mayoría, 38% entre los 16 a 19 años y 4% antes de los 10 años.

INTERPRETACIÓN:

Aunque el porcentaje de adolescentes que ya inició relaciones sexuales es bajo, se observa que de ellos el mayor número se encuentra entre los 13 y 15 años, edad relacionada a una etapa de búsqueda de la propia identidad que puede llevar a iniciar las relaciones sexuales, para tratar de aclarar las dudas sobre su sexualidad.

GRAFICO N° 11

**EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES EN LA POBLACIÓN EN ESTUDIO
SEGÚN UNIDAD DE SALUD.**



Fuente: Tabla N°11

TABLA N° 12

MOTIVACION PARA EL INICIO DE RELACIONES SEXUALES

Motivos que llevaron al inicio de relaciones sexuales.	Lugar de Residencia							
	El Platanar		Sesori		Meanguera		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
✓ Presión de Amigos	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
✓ Curiosidad	9	60%	16	38%	3	43%	28	43%
✓ Por amor a la pareja	6	40%	25	56%	4	57%	35	53%
✓ Abuso sexual	0	0%	1	3%	0	0%	1	2%
✓ Presión de la pareja	0	0%	1	3%	0	0%	1	2%

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

ANÁLISIS:

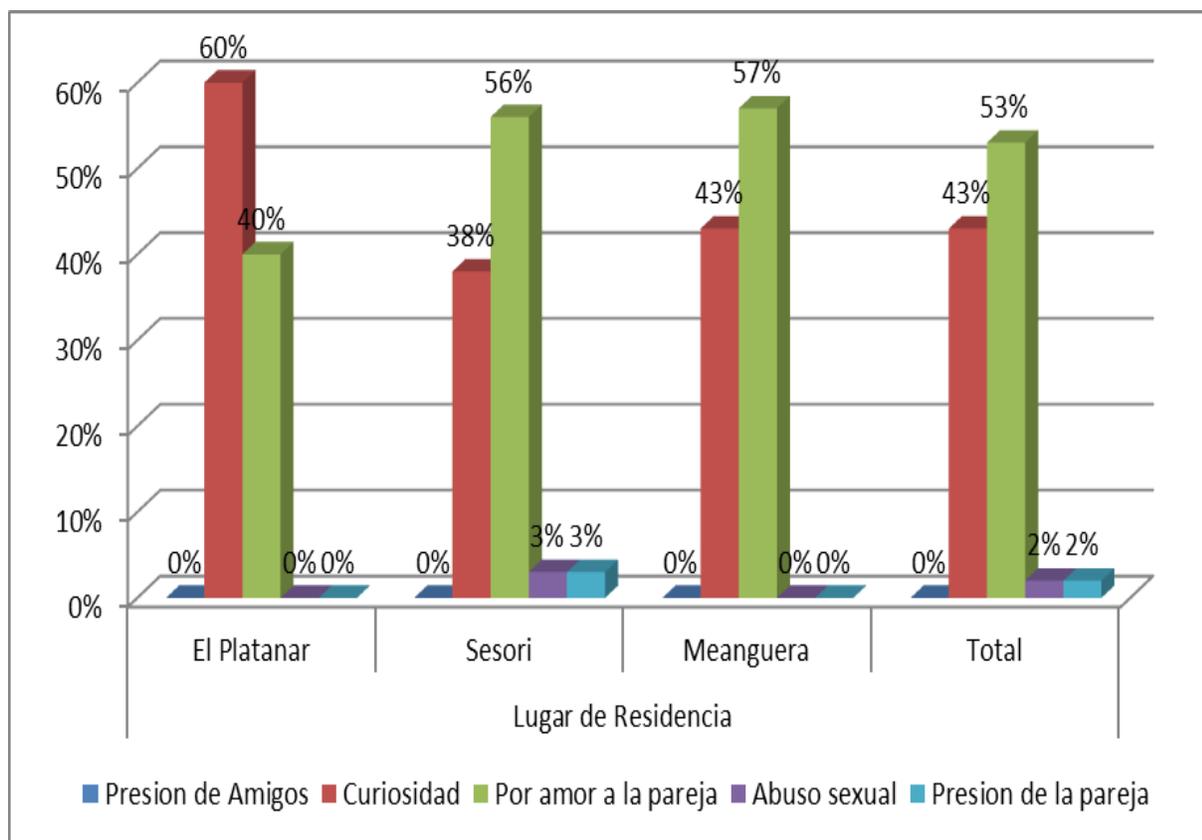
La tabla muestra los motivos que los adolescentes indicaron como incentivo para el inicio de relaciones sexuales, en general el mas frecuente fue el amor a la pareja con 53%, seguido de la curiosidad con 43%, luego y con porcentajes mucho menores encontramos el abuso sexual y la presion de la pareja con 2% para cada uno; ninguno de los adolescentes expresó que el inicio de las relaciones sexuales fue motivado por la presión de sus amigos.

INTERPRETACIÓN:

Los resultados reportan que los adolescentes han iniciado relaciones sexuales por amor a la pareja, esto deja en evidencia que en la etapa adolescente, es una etapa de transición donde los sentimientos no son claros y además existen muchas dudas sobre diferentes aspectos de la vida, al iguel que la curiosidad representa un incentivo para el inicio de relaciones sexuales.

GRAFICO N° 12

MOTIVACION PARA EL INICIO DE RELACIONES SEXUALES



Fuente: Tabla N° 12

TABLA N° 13

ADOLESCENTES CON MAS DE UNA PAREJA SEXUAL

Adolescentes que tienen mas de una pareja sexual	Lugar de Residencia							
	El Platanar		Sesori		Meanguera		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
✓ Si tienen más de una pareja sexual	5	34%	24	55%	2	29%	31	46%
✓ No tienen más de una pareja sexual	10	66%	19	45%	5	71%	34	54%

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

ANÁLISIS:

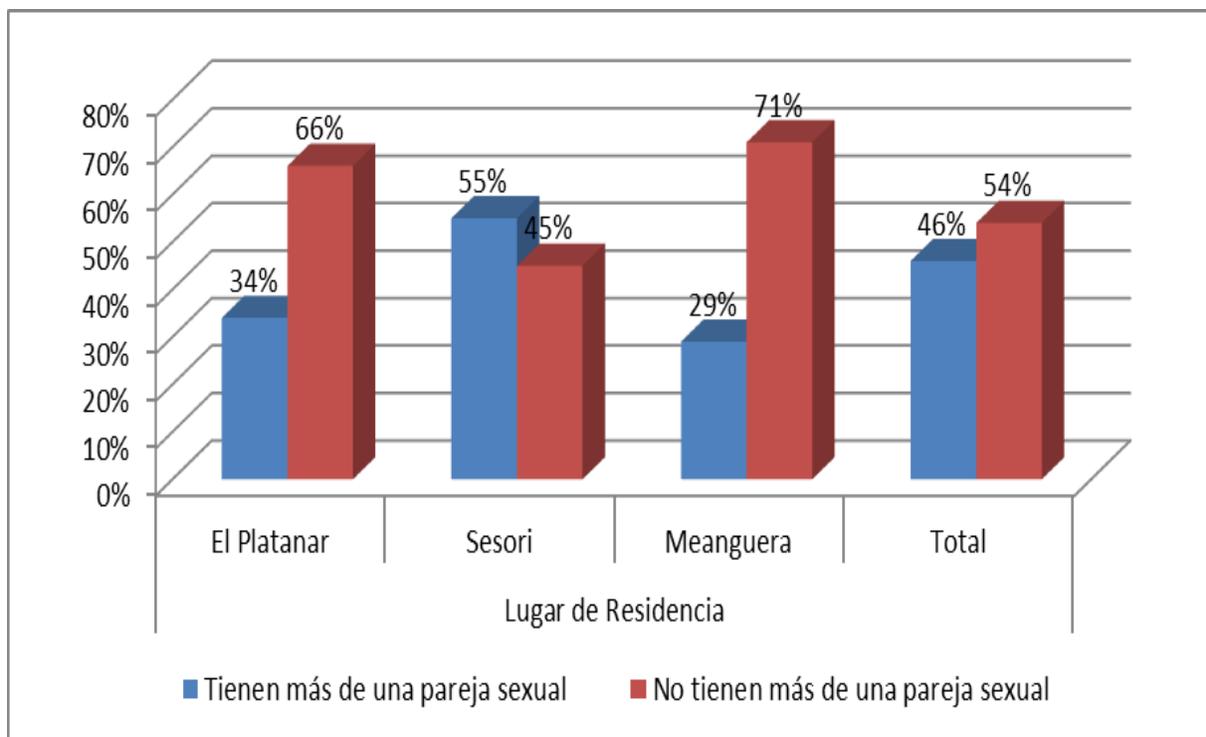
La tabla 13 revela que el 46% de los adolescentes que ya iniciaron actividad sexual declaró tener actualmente mas de una pareja sexual. De forma individual para cada unidad de salud los adolescentes que dijeron tener mas de una pareja sexual fueron 34% en El Platanar, 55% en Sesori y 29% en Meanguera, al final el dato global obtenido para esta interrogante fue 46%.

INTERPRETACIÓN:

La cantidad de adolescentes que tienen más de una pareja sexual es mínima, lo cual se puede relacionar con los motivos de inicio de estas, que es por amor a la pareja; y aquellos que tienen más de una pareja sexual, se puede atribuir a otro de los motivos de inicio de estas, que es la curiosidad. En esta pregunta se detalla el estado actual de los adolescentes en cuanto al numero de parejas sexuales que tienen.

GRAFICO N° 13

ADOLESCENTES CON MAS DE UNA PAREJA SEXUAL



Fuente: Tabla N° 13

TABLA 14

FRECUENCIA DE LAS PRACTICAS SEXUALES DE LOS ADOLESCENTES

Frecuencia con la que los adolescentes mantienen relaciones sexuales.	Lugar de Residencia							
	El Platanar		Sesori		Meanguera		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
✓ 1 vez a la semana	3	20%	10	24%	0	0%	13	20%
✓ 2 veces a la semana	1	7%	3	7%	0	0%	4	6%
✓ 3 veces o más a la semana	6	39%	6	14%	0	0%	12	18%
✓ Cada 15 días	3	20%	9	22%	0	0%	12	18%
✓ 1 vez al mes	1	7%	15	33%	5	71%	21	33%
✓ Solo una vez he tenido relaciones	1	7%	0	0%	2	29%	3	5%

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

ANÁLISIS:

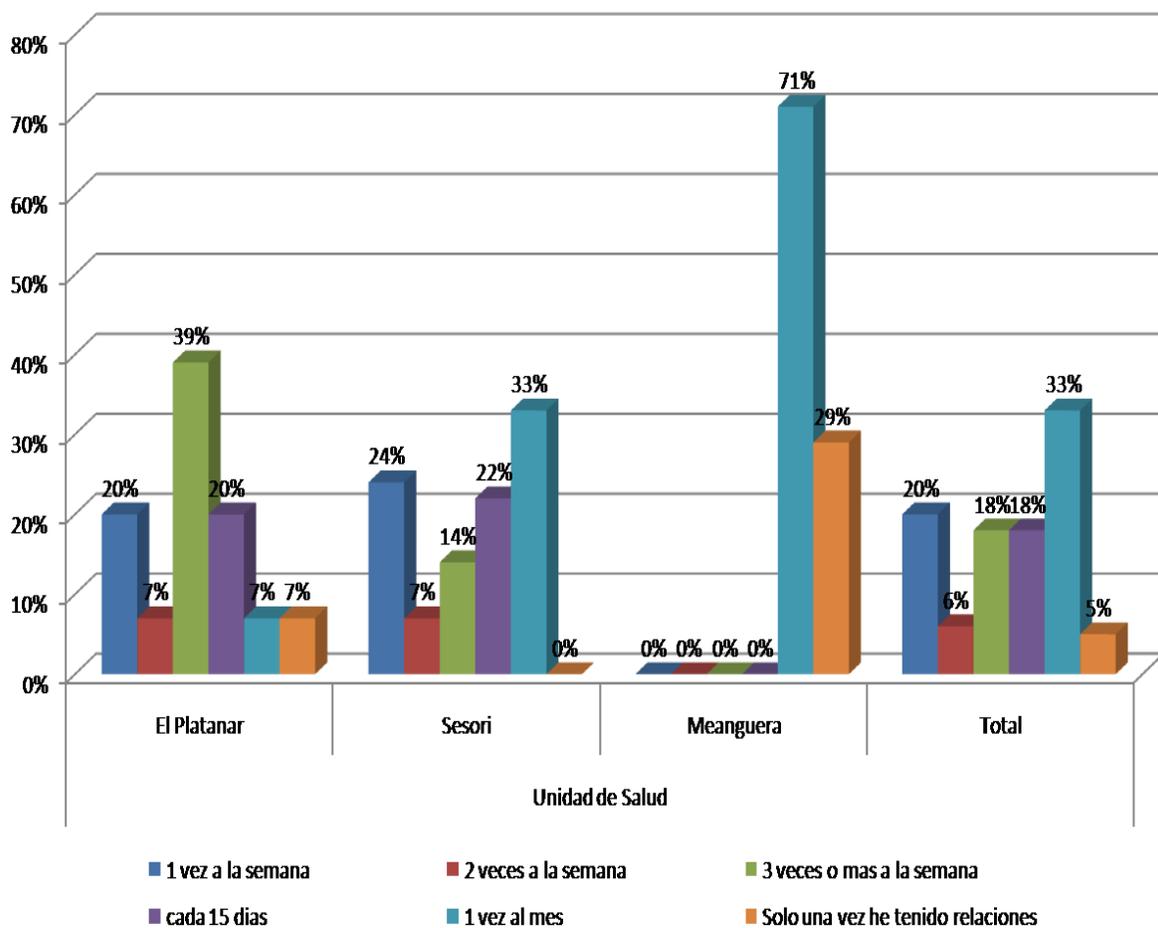
Al preguntar a los adolescentes con que frecuencia tienen relaciones sexuales, la mayoría expresó hacerlo una vez al mes, esto corresponde a un 33%, le siguió 1 vez a la semana con 20%, luego con igual porcentaje (18%) las respuestas: tres veces a la semana y 1 vez al mes; el 6% sostiene relaciones sexuales dos veces a la semana y por ultimo un 5% dijo que solo en una ocasión sostuvo relaciones sexuales.

INTERPRETACIÓN:

No se presentó un claro predominio de la frecuencia de relaciones sexuales con respecto a las demás, los resultados mostraron en general la diversidad de las prácticas en los adolescentes, en la cual influyen muchos factores que son propios de la adolescencia y por la influencia del medio en el que se desenvuelven, en el que cada uno toma sus propias decisiones de acuerdo a como ellos crean conveniente, sin una norma que riga el comportamiento.

GRAFICO 14

FRECUENCIA DE LAS PRACTICAS SEXUALES DE LOS ADOLESCENTES



Fuente: Tabla N° 14

TABLA N° 15

ADOLESCENTES QUE HAN RECIBIDO INFORMACION SOBRE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

Fuentes de Información	Lugar de Residencia							
	El Platanar		Sesori		Meanguera		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
✓ Has recibido información sobre Salud Sexual y Salud Reproductiva.	33	75%	107	87%	17	100%	157	85%
✓ Has recibido información sobre métodos de Planificación Familiar	20	46%	81	66%	10	59%	111	60%
✓ Has recibido información sobre Infecciones de Transmisión Sexual	41	93%	121	98%	17	100%	179	97%
Si Recibieron información	94	71%	309	84%	44	86%	447	81%
No Recibieron información	38	29%	60	16%	7	14%	105	19%

Fuente: cuestionario dirigido a la población en estudio.

ANÁLISIS:

La tabla muestra los resultados obtenidos al indagar en los adolescentes sobre las fuentes de información. Al preguntar: ¿Has recibido información sobre salud sexual y salud reproductiva? El 75% de los adolescentes de la unidad de salud de El Platanar respondió afirmativamente, en la unidad de salud de Sesori 87% y en la unidad de salud de Meanguera el 100%, en su totalidad un 85% de los encuestados dijo haber recibido información al respecto. De igual forma podemos analizar los datos obtenidos para las preguntas sobre la información recibida en cuanto a Planificación Familiar e Infecciones de transmisión sexual ubicadas en la segunda y tercera fila respectivamente.

La siguiente fila muestra los resultados obtenidos de forma conjunta para las 3 preguntas en cuestión, observando que en la unidad de salud del Platanar el 71% ha

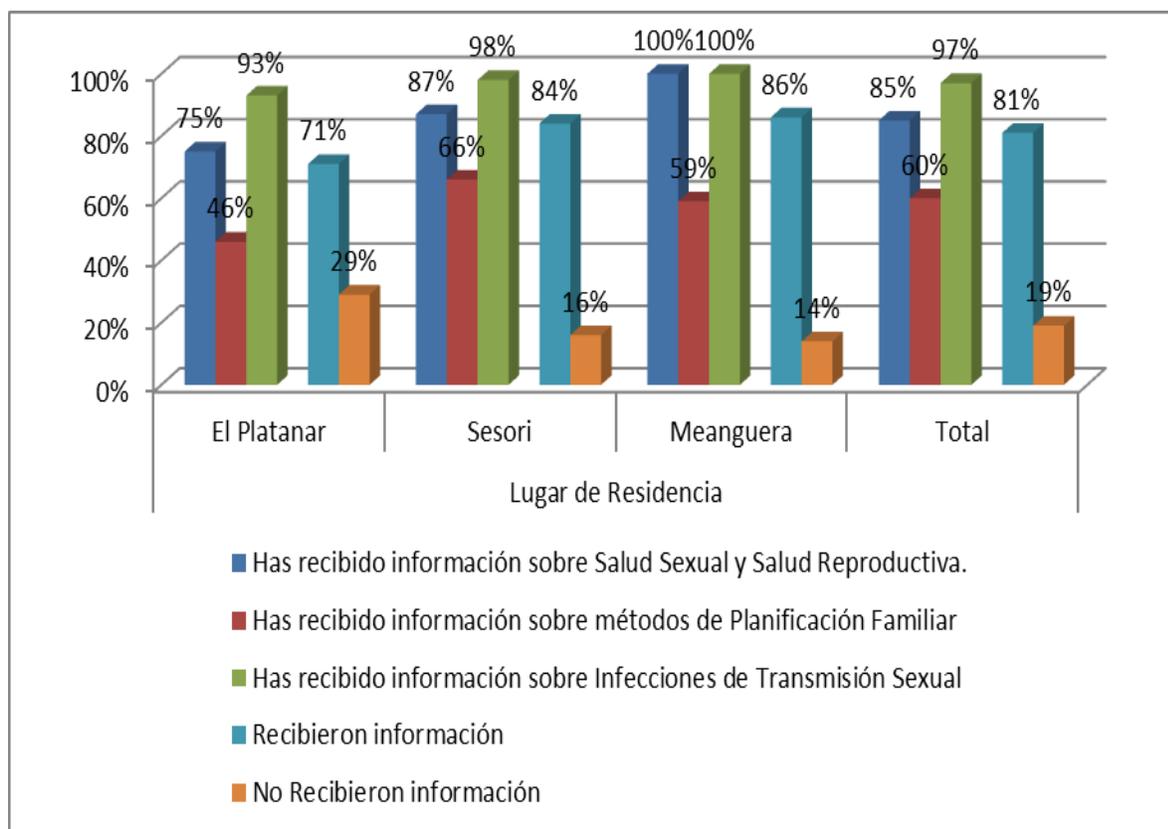
recibido información, en la unidad de salud de Sesori 84% y en la unidad de salud de Meanguera 86%, en su totalidad esto corresponde a 81%.

INTERPRETACIÓN:

Los adolescentes consideran que si han recibido información sobre salud sexual y salud reproductiva, que les han brindado orientación sobre planificación familiar, infecciones de transmisión sexual; ya que en ocasiones en su centro de estudio, unidad de salud y otras fuentes se les ha dado información sobre estos temas, lo cual se evidencia en la siguiente pregunta.

GRAFICO N° 15

FUENTES DE INFORMACION SOBRE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA



Fuente: Tabla N°15

TABLA N° 16

FUENTES DE INFORMACION SOBRE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

Fuentes de información	Salud Sexual y Reproductiva		Métodos de Planificación Familiar		Infecciones de Transmisión Sexual		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
✓ Familia	12	27%	34	28%	2	12%	48	26%
✓ Amigos	9	20%	21	17%	2	12%	32	17%
✓ Escuela	25	57%	84	68%	8	47%	117	64%
✓ Iglesia	1	2%	9	7%	0	0%	10	5%
✓ Medios de comunicación	2	4%	19	15%	0	0%	21	11%
✓ Unidad de salud	6	14%	38	31%	7	41%	51	27%
✓ Ninguno	5	11%	13	10%	0	0%	18	8%

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

ANÁLISIS:

La tabla proporciona los datos, en conjunto para las tres unidades de salud, de los adolescentes que dijeron “sí” haber recibido información, proporcionando en las filas las fuentes de las cuales la obtuvieron y en las columnas el tema referente al cual se les había informado, en la última columna se representa el total de los adolescentes que recibieron información de cada una de las fuentes respecto al menos un tema de los tres investigados.

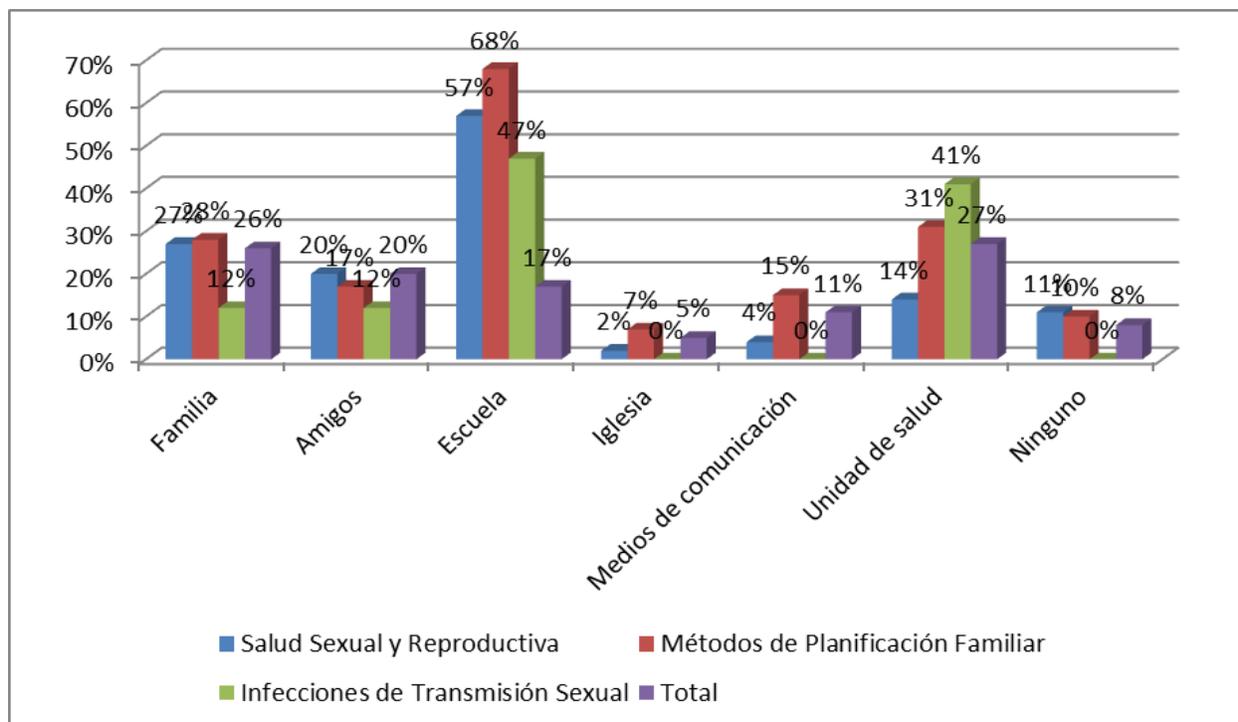
Se observa claramente que el lugar donde la mayoría de adolescentes refiere haber recibido orientación sobre Salud Reproductiva y Enfermedades de Transmisión Sexual es la escuela, con 57% y 47% respectivamente, no así en lo referente a Métodos de planificación familiar, ya que en este rubro el 68% lo indicó. Es importante notar también que en la familia, considerada como la fuente primaria de educación para toda persona, solo a un 27% se le había brindado información sobre salud sexual y reproductiva, al 28% sobre métodos de planificación familiar y al 12% sobre enfermedades de transmisión sexual.

INTERPRETACIÓN:

Los resultados reportan que es en el centro escolar donde más frecuentemente los adolescentes reciben información sobre salud sexual y salud reproductiva, ya que en las clases sobre todo de ciencias donde se les imparte cierta orientación sobre estos temas, más que todo relacionado con el funcionamiento de los órganos sexuales y de los cambios que se presentan en la adolescencia; también de las Infecciones de Transmisión Sexual; además los adolescentes consideran a la unidad de salud como fuente de información por las charlas que estas imparten en sus centros escolares, las cuales son sobre estos temas pero de manera generalizada. También en la familia se mantiene la barrera de no hablar sobre estos temas aun, ya que el porcentaje que afirma haber recibido información en esta es mínimo, lo que refleja que en nuestro medio aún la salud sexual y reproductiva continua siendo un tema tabú.

GRAFICO N° 16

FUENTES DE INFORMACION SOBRE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA



Fuente: Tabla N° 16

TABLA 17**EDAD A LA QUE RECIBIERON CONOCIMIENTO SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

Edad a la que se le brindo conocimiento	Lugar de Residencia							
	El Platanar		Sesori		Meanguera		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
✓ 10 - 12 Años	12	27%	30	22%	3	23%	45	12%
✓ 13 - 15 Años	28	64%	87	71%	14	82%	129	39%
✓ 16 - 19 Años	4	7%	3	2%	0	0%	7	3%
✓ Menor de 10 años	0	0%	3	2%	0	0%	3	1%

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

ANÁLISIS:

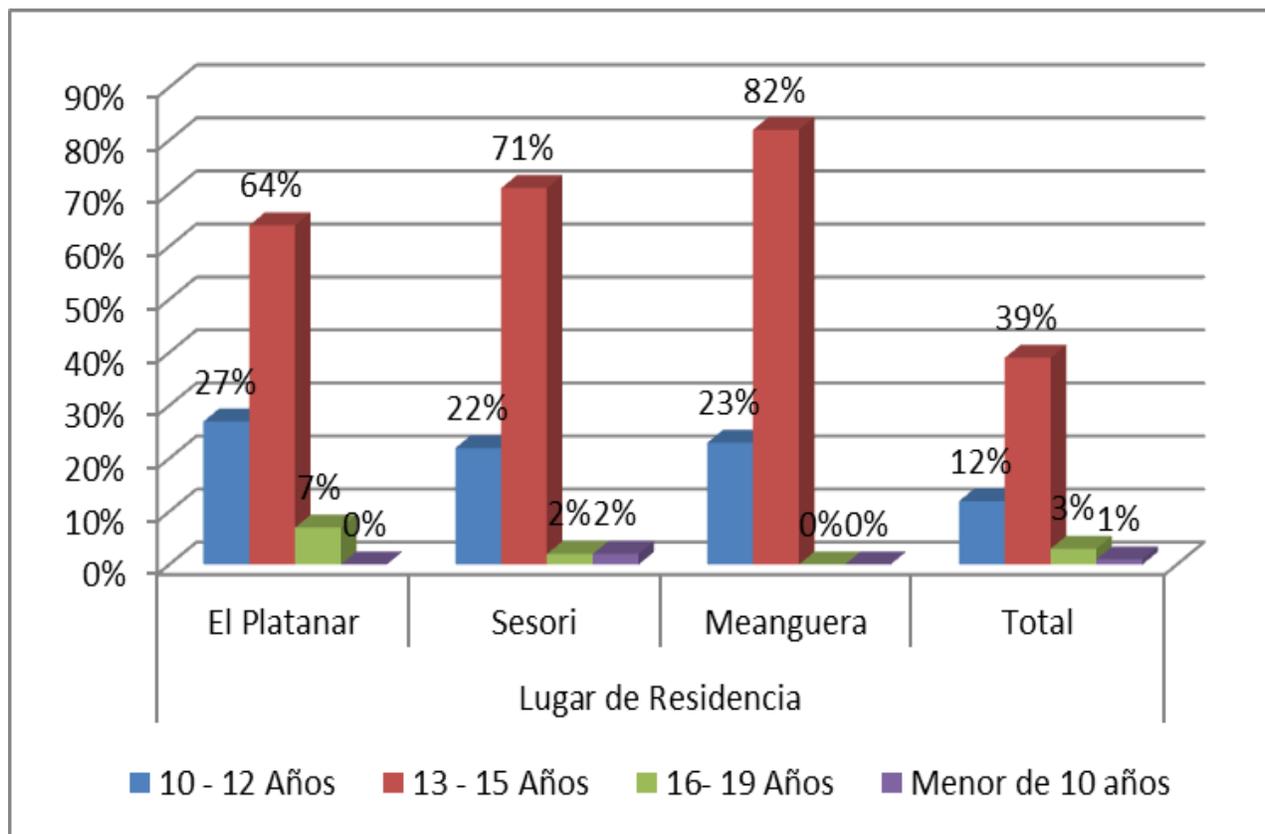
Este apartado muestra la edad en la que se inició la educación sexual y reproductiva a los adolescentes, siendo la mas frecuente el rango de los 13 a 15 años, pues el 39% declaro haberla recibido en este período, 12% del total la recibió entre los 10 a 12 años, 3% entre los 16 a 19 y solo un 1% antes de haber cumplido los 10 años de edad.

INTERPRETACIÓN:

Generalmente la edad en la que se les comienza a dar orientación sobre salud sexual y salud reproductiva es cuando inician el segundo ciclo de educación básica, y tomando en cuenta que la fuente más frecuente de orientación es la escuela se puede pronunciar que es debido a ello que la edad más frecuente es entre los 13 a 15 años.

GRÁFICO N° 17

EDAD A LA QUE RECIBIERON CONOCIMIENTO SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA



Fuente: Tabla N° 17

5.3 TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS SOBRE CONOCIMIENTO RELACIONADO CON LA SALUD REPRODUCTIVA.

TABLA N° 18

DEFINICION DE SALUD REPRODUCTIVA POR LA POBLACIÓN EN ESTUDIO SEGÚN UNIDAD DE SALUD

Definición de Salud Reproductiva	Unidad de Salud							
	El Platanar		Sesori		Meanguera		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
✓ Incluye la libertad para procrear	14	32%	39	32%	5	29%	58	32%
✓ Incluye uso de métodos de PF y prevención de ITS	25	57%	89	70%	12	71%	126	68%
Tienen Conocimiento	39	44%	128	52%	17	50%	184	50%
No Tienen Conocimiento	49	56%	118	48%	17	50%	184	50%

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

ANÁLISIS:

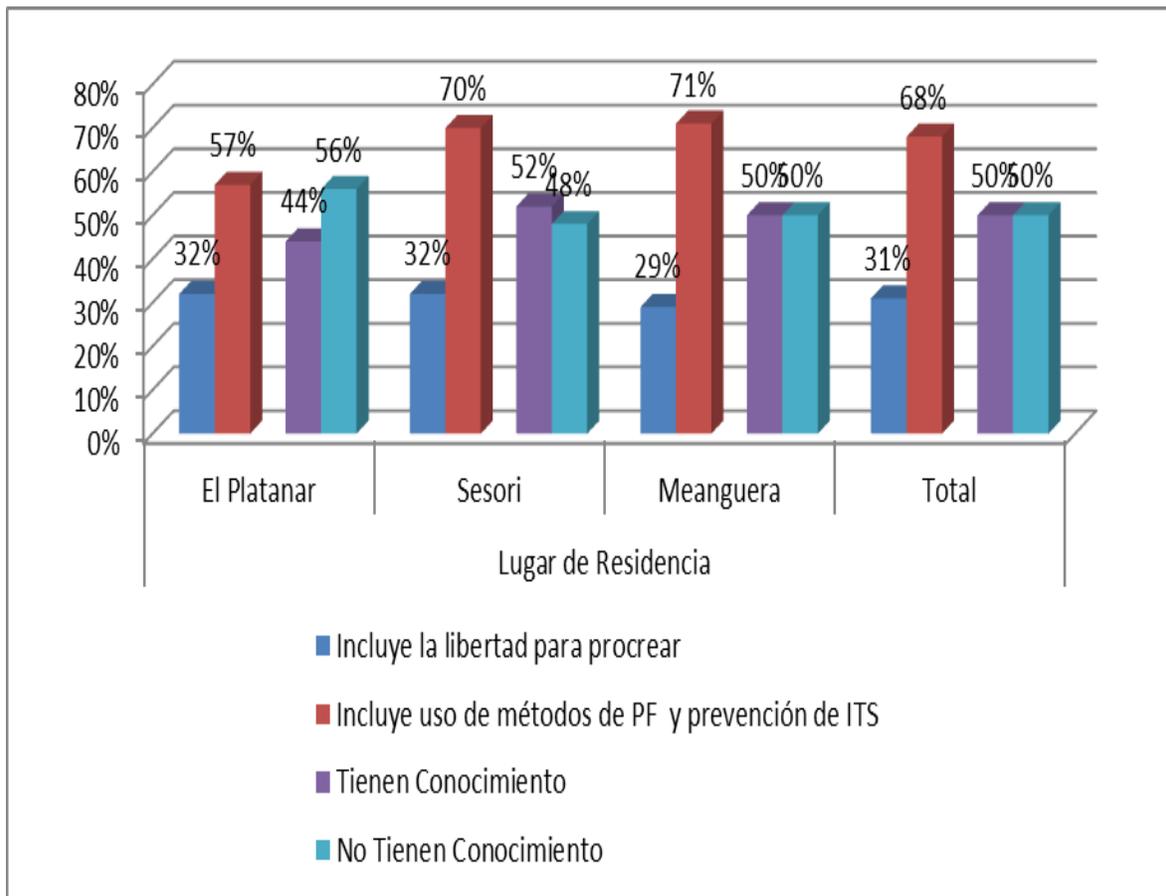
En esta tabla se describe el indicador de definición de salud reproductiva que se evaluó a través de dos preguntas que desglosan el concepto; las cuales están descritas en la primera columna de la tabla. En las siguientes tres columnas se especifican el porcentaje de respuestas correctas emitidas por los adolescentes de cada unidad de salud en estudio; en la cuarta columna se observa el total de respuestas correctas de la población en estudio. En las últimas dos filas se demuestra el porcentaje de respuestas correctas obtenidas por cada unidad de salud, lo que permite presentar un resultado general; según éste, los adolescentes no tienen conocimiento sobre esta definición; ya que solo el 50% de respuestas emitidas fue correcta.

INTERPRETACIÓN:

Los adolescentes no tienen conocimiento pleno acerca de las dimensiones que involucra la salud reproductiva, dado que si identifican como parte de ella el uso de Métodos de Planificación familiar y la prevención de Enfermedades de Transmisión sexual, pero no aceptan como parte de la misma la libertad para procrear; lo anterior es debido a que cuando reciben orientación sobre salud reproductiva frecuentemente se deja de lado este último aspecto y por ende lo desconocen.

GRAFICO N° 18

DEFINICION DE SALUD REPRODUCTIVA POR LA POBLACION EN ESTUDIO SEGÚN UNIDAD DE SALUD



Fuente: Tabla N° 18

TABLA N° 19

CONOCIMIENTO SOBRE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

Asociación de Métodos de PF	Unidad de Salud							
	El Platanar		Sesori		Meanguera		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
✓ Abstinencia	11	25%	40	32%	3	18%	91	49%
✓ Ritmo	33	25%	66	18%	4	8%	103	19%
✓ Anticonceptivos Hormonales	81	26%	228	26%	29	27%	338	26%
✓ Preservativo	99	56%	264	54%	24	35%	387	53%
Tienen Conocimiento	224	40%	598	32%	60	24%	882	32%
No Tienen Conocimiento	436	60%	1247	68%	195	76%	1878	68%

Fuente: cuestionario dirigido a la población en estudio.

ANÁLISIS:

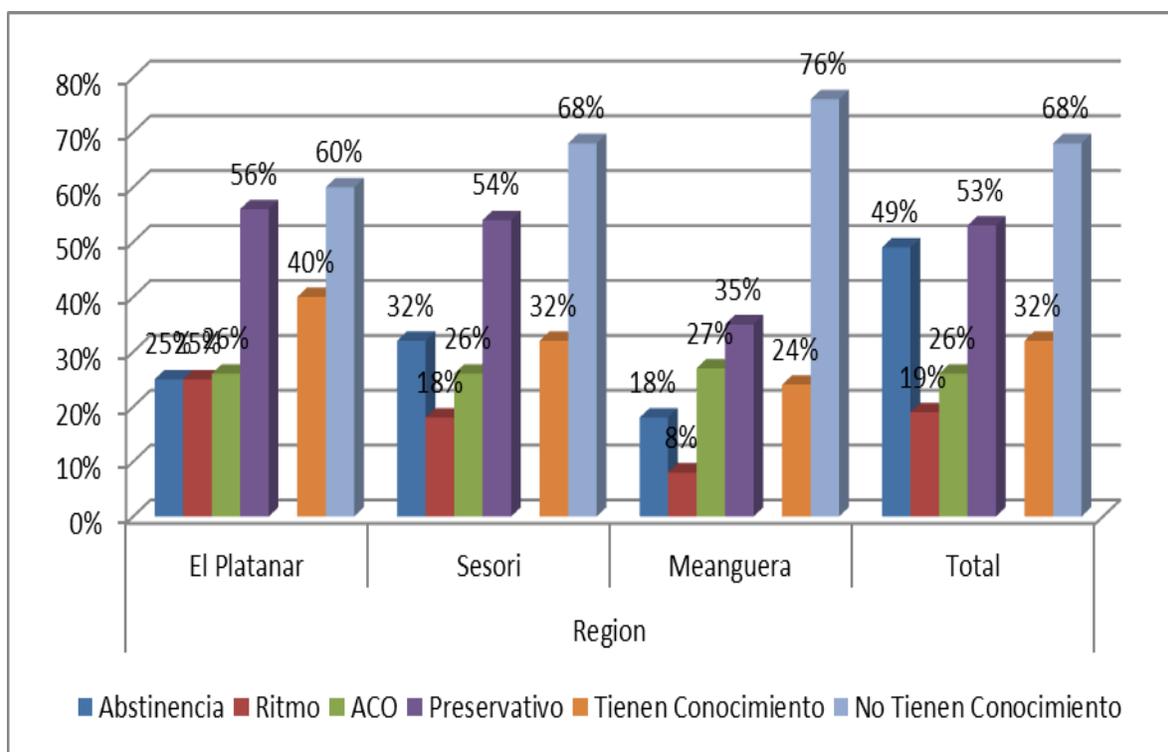
En la tabla se describe la asociación de respuestas correctas obtenidas sobre los métodos de planificación familiar, los cuales se especifican en la primer columna; en las siguientes se presentan los resultados por cada unidad de salud y en la última columna se presentan los resultados totales, por cada método de planificación familiar, en las últimas dos filas se hace el resumen de respuestas correctas. Se observa en general que los adolescentes no poseen conocimientos sobre métodos de planificación familiar, ya que solo se obtuvo el 32% de respuestas correctas; siendo el método de barrera (uso de preservativo) en el que poseen mayor conocimiento alcanzando el 53%, seguido por el método de abstinencia sexual en el 49%, luego el uso de anticonceptivos hormonales el 26% y el método del ritmo en el 19%.

INTERPRETACIÓN:

Referente a métodos de planificación familiar los adolescentes manifiestan haber recibido mayor información sobre el preservativo, ya que en los medios de comunicación y demás fuentes, este es el método sobre el cual se orienta en mayor medida; sobre los demás métodos la información que reciben es en menor medida, ya que la información sobre estos la brindan sobre todo los miembros de la unidad de salud y si no imparten charlas sobre estos temas el conocimiento es menor y el que adquieren es a través de otras fuentes informales.

GRAFICO N° 19

CONOCIMIENTO SOBRE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR



Fuente: Tabla N° 19

TABLA N°20**CONOCIMIENTO SOBRE ABSTINENCIA SEXUAL**

Conocimiento sobre la abstinencia sexual	Lugar de Residencia							
	El Platanar		Sesori		Meanguera		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
✓ Conocen sobre la abstinencia sexual	11	25%	40	32%	3	17%	54	30%
No Tienen Conocimiento	33	75%	83	68%	14	83%	130	70%

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

ANÁLISIS:

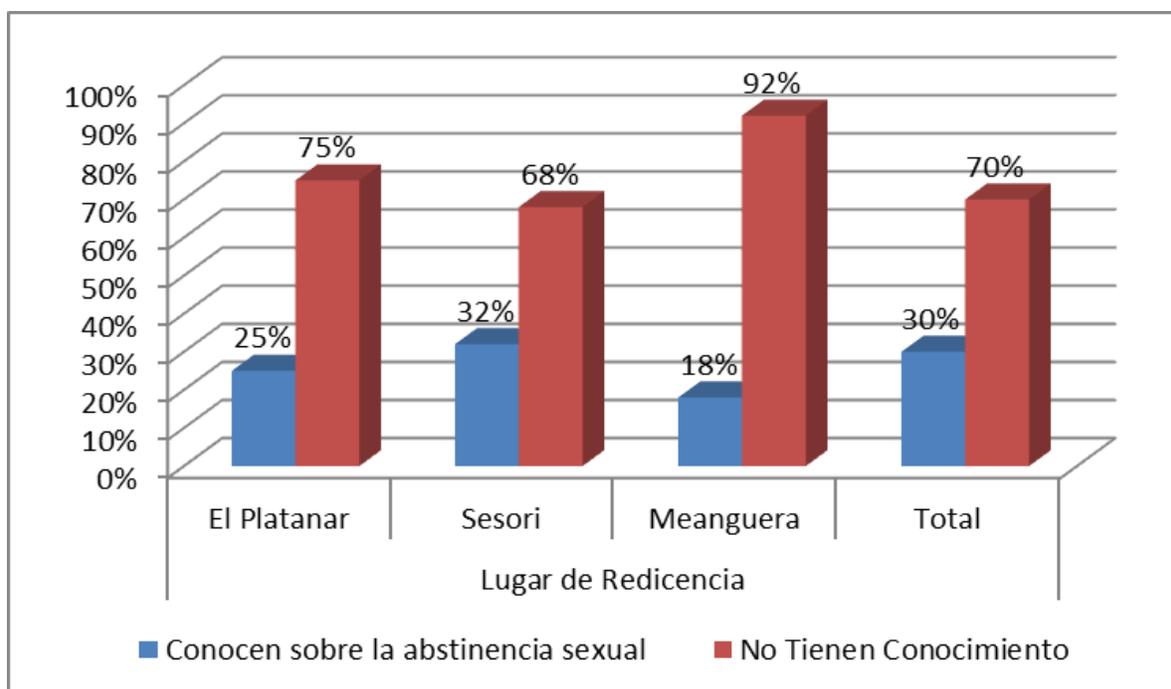
En esta tabla se presenta de manera individual el porcentaje de respuestas correctas emitidas sobre la abstinencia sexual, por cada unidad de salud y el porcentaje general. Se observa que en general no poseen conocimiento sobre ésta, las respuestas correctas que obtuvieron los adolescentes de la unidad de salud El Platanar es de 25%, en Sesori 32% y en Meanguera 18%.

INTERPRETACIÓN:

Los adolescentes desconocen sobre la abstinencia sexual es la base para comprender una forma de planificación familiar que es el método del ritmo, ya que no se les orienta sobre esta práctica como una forma de anticoncepción, probablemente porque la mayor información sobre estos temas los reciben en sus centros escolares, donde les explican de este de manera superficial.

GRAFICO N°20

CONOCIMIENTO SOBRE ABSTINENCIA SEXUAL



Fuente: Tabla N° 20

TABLA 21

CONOCIMIENTO SOBRE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR: METODO DEL RITMO

Conocimiento sobre el Método del Ritmo	Lugar de Residencia							
	El Platanar		Sesori		Meanguera		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
✓ Afirman conocer sobre método del ritmo	14	39%	29	24%	2	12%	45	25%
✓ Conocen sobre el método del ritmo	9	20%	14	11%	0	0%	23	12%
✓ Conocen sobre el periodo fértil femenino	10	23%	23	19%	2	12%	35	19%
Tienen Conocimiento	33	25%	66	18%	4	8%	103	19%
No Tienen Conocimiento	99	75%	303	82%	51	92%	449	81%

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

ANÁLISIS:

En esta tabla se desglosan en la primer columna las respuestas correctas sobre el método del ritmo, en la primera fila se presenta el porcentaje de adolescentes que afirman tener conocimiento y en las dos siguientes se presenta la aplicación del conocimiento al seleccionar la definición correcta de éste, así como el periodo fértil femenino. En la última columna se demuestra que en general, no poseen conocimiento sobre el método del ritmo, ya que se obtuvo solo el 19% de respuestas correctas; del 25% que afirmo poseer conocimiento sobre este, el 12% conoce la definición, el 19% sabe sobre el periodo fértil.

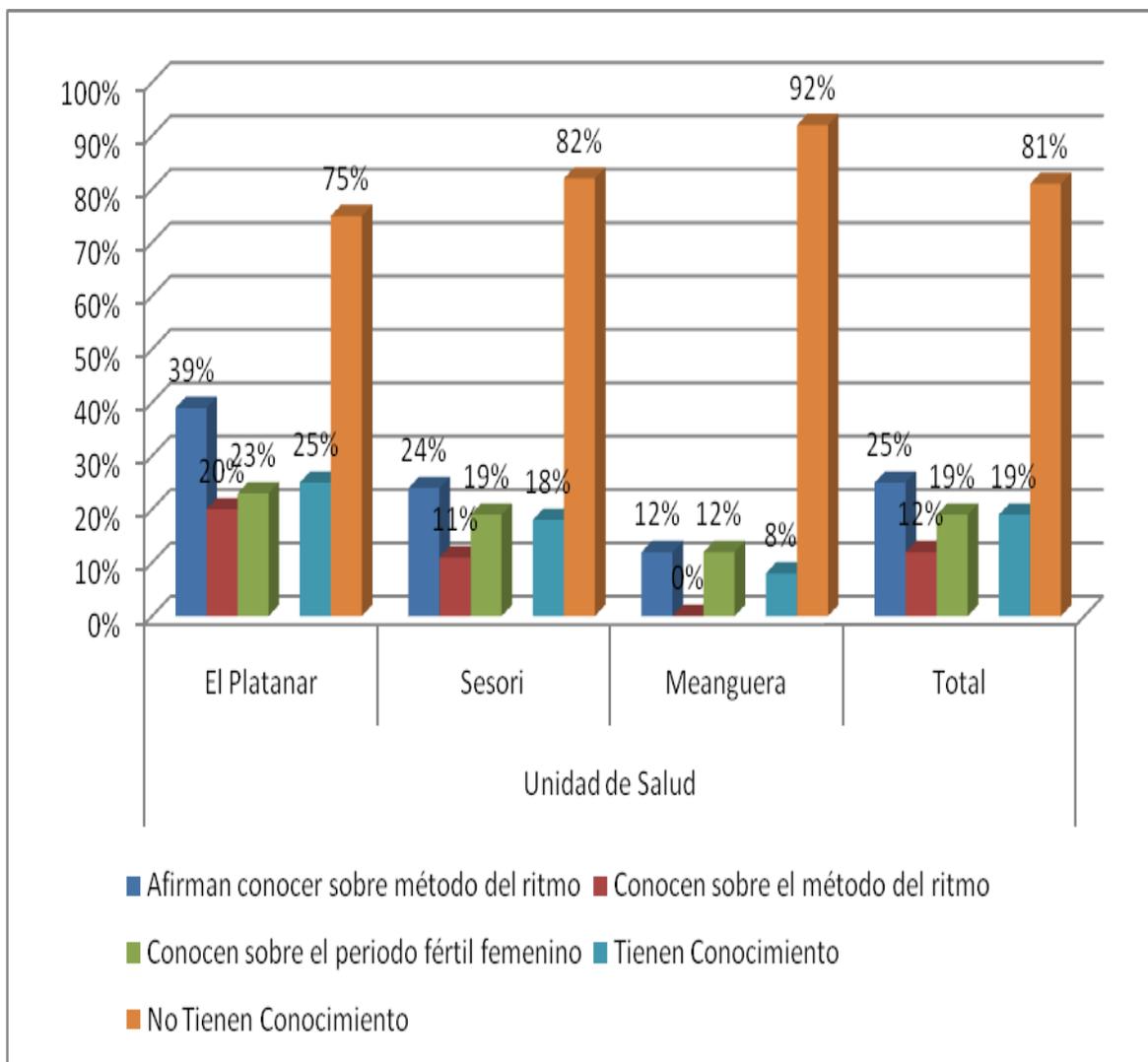
INTERPRETACIÓN:

Es notable que algunos adolescentes, en mínimo porcentaje han escuchado sobre el método del ritmo, pero no conocen realmente en qué consiste, no saben cuando una mujer se encuentra en periodo fértil que es la base para aplicar el método del ritmo; conocimiento que debe ser impartido por personal capacitado y que por lo tanto brinde el conocimiento

correcto sobre este método, lo cual es evidente que no se hace, ya que los adolescentes desconocen sobre este tema.

GRAFICO N° 21

CONOCIMIENTO SOBRE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR: METODO DEL RITMO



Fuente: Tabla N° 21

TABLA N° 22

**CONOCIMIENTO SOBRE METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR:
ANTICONCEPTIVOS HORMONALES ORALES E INYECTABLES**

Conocimiento sobre Anticonceptivos Hormonales Orales e inyectables	Lugar de Residencia							
	El Platanar		Sesori		Meanguera		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
✓ Uso correcto de Anticonceptivos Orales	6	14%	13	10%	2	12%	8	8%
✓ Uso de Anticonceptivos inyectables en adolescentes	8	18%	35	28%	1	6%	44	24%
✓ Conocimiento si los Anticonceptivos hormonales ocasionan aborto	10	23%	10	8%	0	0%	20	11%
✓ Conocimiento si los Anticonceptivos hormonales aumentan el deseo sexual	14	32%	17	14%	2	12%	33	17%
✓ Conocimiento si los Anticonceptivos hormonales están asociados a Cáncer de mama	4	9%	7	6%	0	0%	11	6%
✓ Conocimiento si los Anticonceptivos hormonales ocasionan infertilidad	5	11%	73	59%	12	70%	119	64%
✓ Conocimiento si los Anticonceptivos hormonales previenen las ITS	34	77%	73	59%	12	70%	119	64%
Tienen Conocimiento	81	26%	228	26%	29	27%	338	26%
No Tienen Conocimiento	227	74%	633	74%	90	73%	950	74%

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

ANÁLISIS:

Se desglosan las preguntas que se asociaron para determinar el conocimiento sobre métodos de anticoncepción hormonales en la primer columna; en la última columna se presenta la distribución global de porcentajes obtenidos; un 8% conoce el uso correcto de los anticonceptivos orales; el 24% sabe que los anticonceptivos inyectables se pueden usar en la adolescencia; el 11% respondió correctamente sobre si los anticonceptivos orales e inyectables ocasionan abortos; el 17% respondió correcto que los anticonceptivos orales e inyectables aumentan el deseo sexual; el 6% respondió correcto que los anticonceptivos orales están asociados con cáncer de mama; 64% respondió correcto sobre que los ACO ocasionan infertilidad; el 64% respondió correcto que los anticonceptivos orales e inyectables previenen las ITS.

En las últimas dos filas se especifica relacionado con la última columna se demuestra que en general los adolescentes no poseen conocimientos, ya que solo el 26% respondió correctamente.

INTERPRETACIÓN:

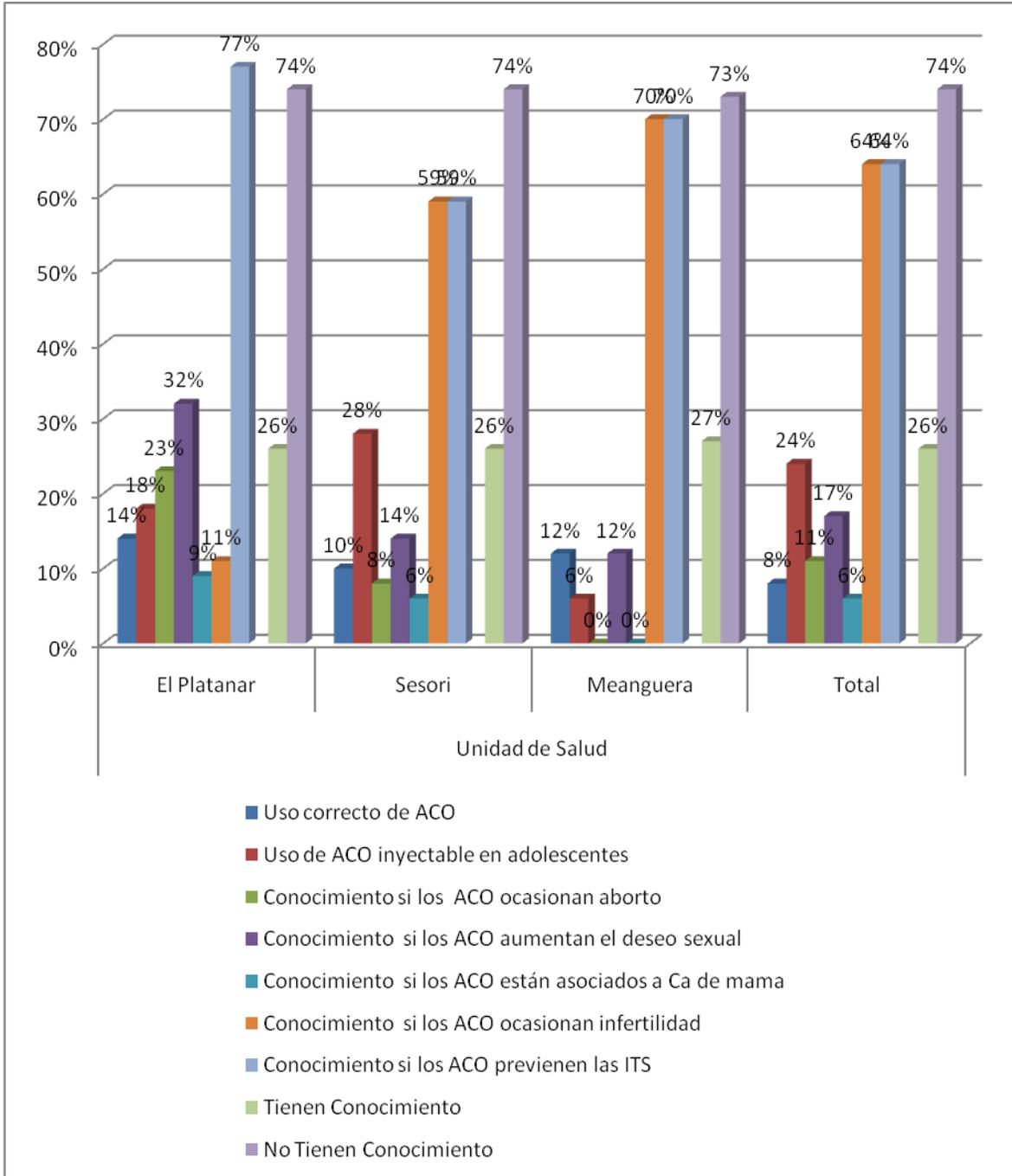
En general los resultados reportan que existe desconocimiento sobre muchos detalles que son importantes en el uso de métodos anticonceptivos de tipo hormonal sea oral o inyectables, esto se puede atribuir a la pobre orientación que tienen los adolescentes sobre este tema, en primer lugar porque en muchas ocasiones quienes brindan cierta orientación sobre esto son personas no calificadas que no poseen el conocimiento científico sobre esto.

Además cuando personas capacitadas brindan la orientación lo hacen de manera generalizada y no profundizan en los detalles que deberían conocer los adolescentes.

También los adolescentes no acuden a pedir la orientación a las personas idóneas, en este caso representadas por el personal de salud; por temor a que se divulgue que ellos están interesados en usar los métodos.

GRAFICO N° 22

**CONOCIMIENTO SOBRE METODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR:
ANTICONCEPTIVOS HORMONALES ORALES E INYECTABLES**



Fuente: Tabla N° 22

TABLA N° 23

CONOCIMIENTO SOBRE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR: USO DEL PRESERVATIVO

Conocimiento sobre el uso de preservativo	Lugar de Residencia							
	El Platanar		Sesori		Meanguera		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
✓ Momento de colocar el preservativo	32	73%	81	66%	7	41%	120	64%
✓ Lugar adecuado para portar el preservativo	15	34%	37	30%	4	23%	56	30%
✓ Condiciones para conservar el preservativo	38	86%	101	82%	8	47%	147	80%
✓ Relación del preservativo con el placer sexual	14	32%	45	36%	5	30%	64	34%
Tienen Conocimiento	99	56%	264	54%	24	35%	387	53%
No Tienen Conocimiento	77	44%	228	46%	44	65%	349	47%

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

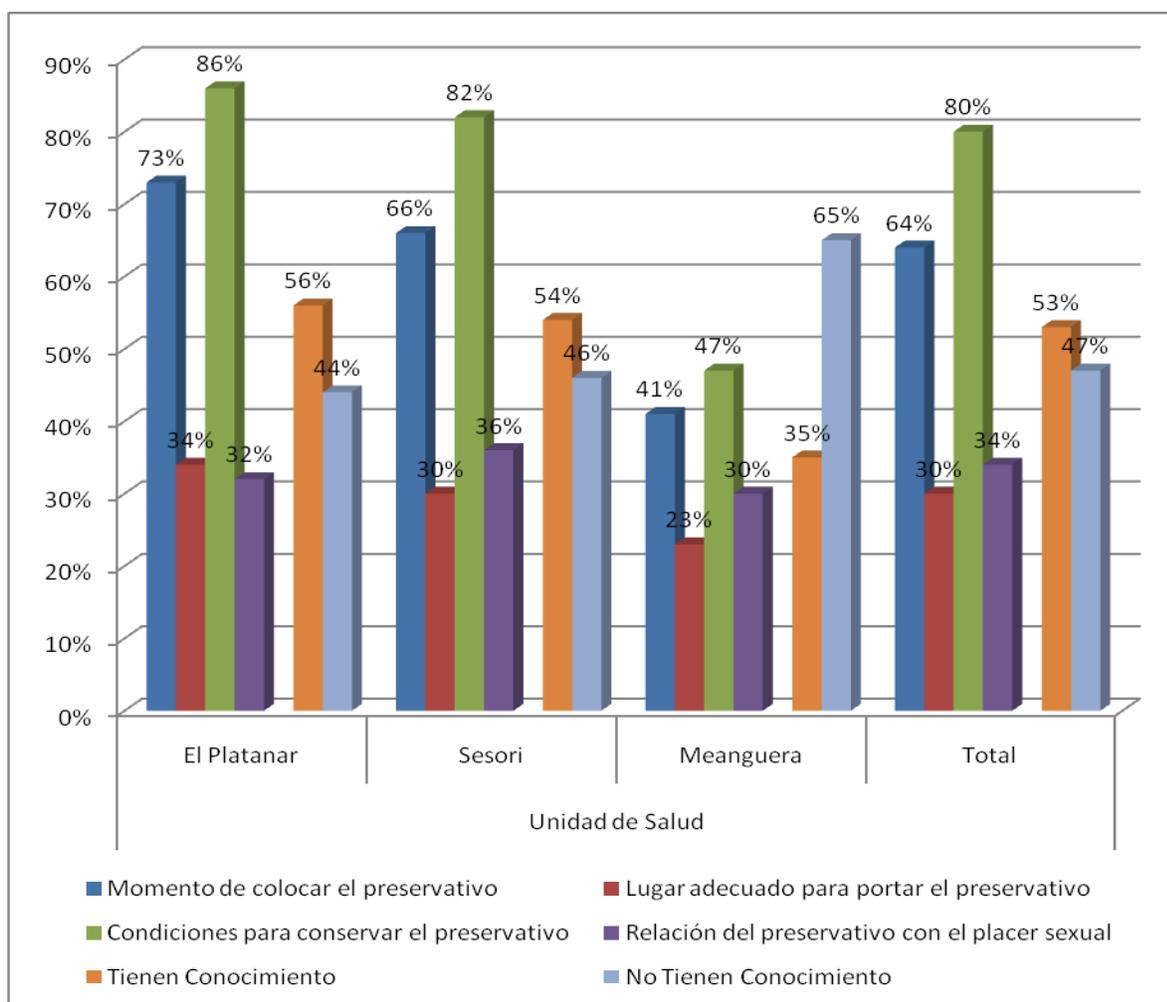
ANÁLISIS:

En la tabla se presenta en la primer columna las preguntas que se asociaron para determinar el conocimiento sobre el uso del preservativo. Se detalla en las siguientes columnas los porcentajes de respuestas correctas emitidas por cada unidad de salud y en la última columna se consolidan las respuestas correctas. En la penúltima fila se observa que en forma global los adolescentes no poseen conocimiento sobre el uso del preservativo ya que solo un 56% obtuvo las respuestas correctas; aunque los porcentajes obtenidos de manera individual demuestran que los adolescentes de las unidades de salud El Platanar y Sesori si poseen conocimientos al obtener 63% y 61% respectivamente; los adolescentes de Meanguera solo alcanzaron un 43%. De los cinco ítems evaluados de los que poseen conocimientos son el preservativo previene las ITS, cuando debe ser colocado este y como

debe conservarse; lo que alcanzo de forma global el 85%, 64% y 80% respectivamente, lo que se presenta en la última columna. Mientras que el conocimiento sobre la relación del uso del preservativo con el placer sexual es de 34% adecuado y del lugar de portar el preservativo es de 30%.

GRAFICO N° 23

CONOCIMIENTO SOBRE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR: USO DEL PRESERVATIVO



Fuente: Tabla N°23

TABLA N° 24

USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Aplicación del conocimiento	Lugar de Residencia							
	El Platanar		Sesori		Meanguera		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
✓ Uso de método anticonceptivo en la primera relación sexual	7	47%	26	62%	5	71%	38	58%
✓ Uso de método anticonceptivo en la última relación sexual	7	47%	28	67%	3	43%	38	58%
✓ Adolescentes que usaron condón	7	100%	25	96%	5	71%	37	56%
✓ Adolescentes que usaron pastillas	0	0%	1	4%	0	0%	1	3%

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio

ANÁLISIS:

En la tabla 25 se detalla el uso que los adolescentes tienen sobre el preservativo, en la primera columna se describen los items evaluados para determinarlo. En las siguientes columnas se detalla por Unidad de Salud y en la última se representa el total.

Con estos datos se demuestra la aplicación del conocimiento sobre el uso del preservativo, que en general los adolescentes hacen uso de este; se observa en el uso del preservativo en la primera relación sexual es mayor que en la última relación para las unidades de salud Sesori y Meanguera, mientras que en el Platanar lo han usado en ambas; ya que se obtuvo en Sesori 62% en la primera relación sexual, 67% en la última relación sexual; en Meanguera 71% en la primera relación sexual y 43% en la última relación sexual; mientras que en El Platanar 47% para ambas.

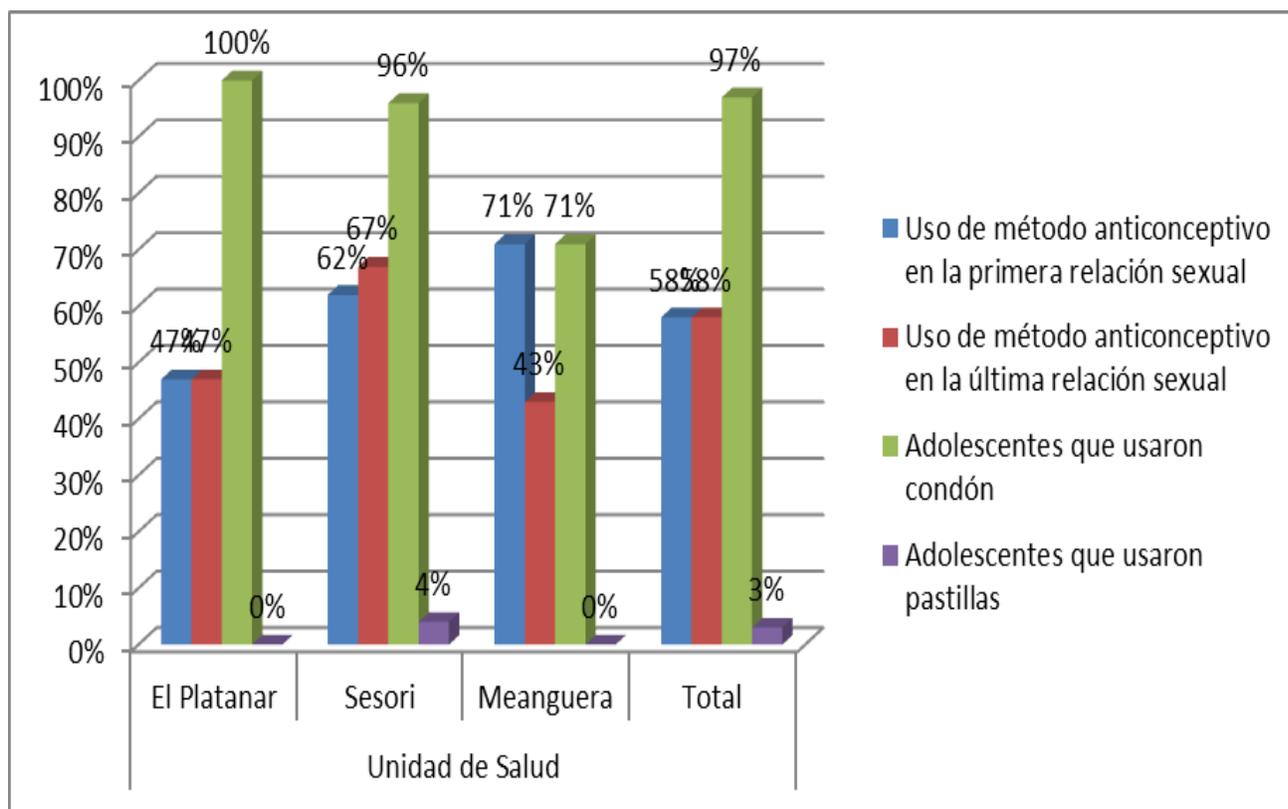
Además se presenta que el método anticonceptivo usado por los adolescentes es el preservativo en todos los encuestados que han tenido relaciones sexuales en las unidades

de salud El Platanar y Meanguera y que el 96% de Sesori también lo usa, solo un 4% usa anticonceptivos orales.

INTERPRETACIÓN:

Los resultados reflejan que los adolescentes usan el preservativo en su mayoría, lo cual puede explicarse porque es el método anticonceptivos que se ha difundido más información sobre éste, en los medios de comunicación, en los centros de salud y en los centros escolares; además es más fácil de adquirir.

GRAFICO N° 24
USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS



Fuente: Tabla N° 24

TABLA N° 25

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PREFERIDOS

Preferencia sobre métodos anticonceptivos	Lugar de Residencia							
	El Platanar		Sesori		Meanguera		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
✓ Pastillas	2	13%	3	7%	2	29%	7	11%
✓ Inyección	3	20%	5	12%	0	0%	8	12%
✓ Condón	10	67%	35	81%	5	71%	50	77%

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

ANÁLISIS:

En la tabla 26 se detalla la preferencia que tienen los adolescentes por los métodos de anticoncepción en la primer columna se describen los métodos sobre los cuales se investigó y en las siguientes tres columnas se presenta el resultado por cada unidad de salud, luego en la última columna se presenta el total obtenido para cada método de planificación.

En la unidad de salud El Platanar los adolescentes prefieren el preservativo en un 67%, el anticonceptivo inyectable en 20% y el oral en 13%; en la unidad de salud Sesori el preservativo en 81%, el inyectable en 12% y el oral en 7%; en Meanguera 77% prefiere preservativo, 42% prefiere inyectable y 11% los orales.

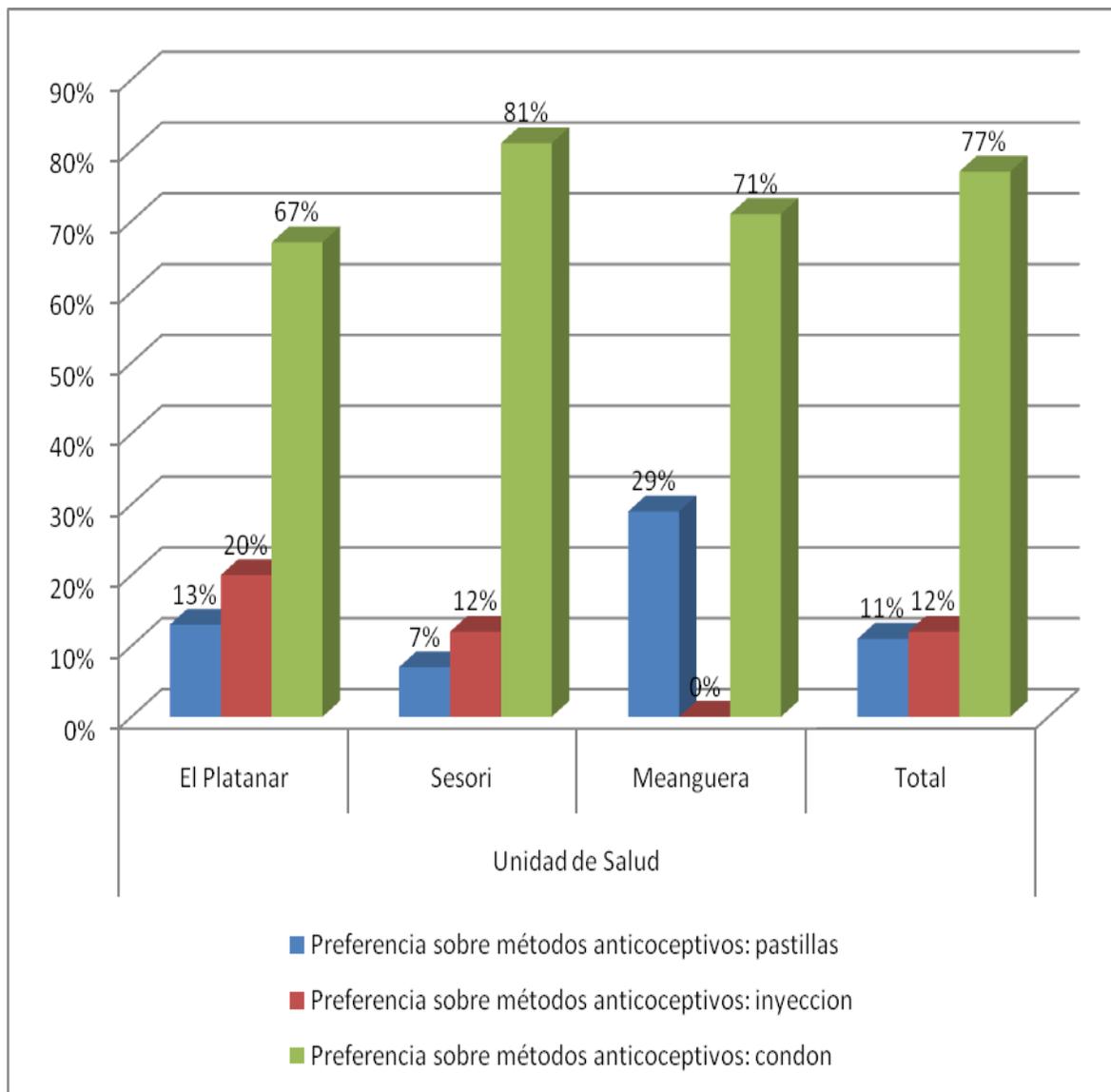
INTERPRETACIÓN:

Con estos datos se demuestra la preferencia de los adolescentes sobre los métodos anticonceptivos, que en general prefieren el preservativo lo cual está relacionado con su uso, ya que según la tabla N° 25 éste es el más usado, además se observa que los anticonceptivos orales e inyectables son de la preferencia de algunos de los adolescentes,

pero es en mínimo porcentaje. Esto refleja que se debe a la difusión de la información sobre el preservativo.

GRAFICO N° 25

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PREFERIDOS



Fuente: Tabla N° 25

TABLA N° 26

CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Conocimiento sobre ITS	Lugar de Residencia							
	El Platanar		Sesori		Meanguera		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
✓ Método que previenen las ITS	39	89%	112	91%	13	76%	164	89%
✓ Infecciones de Transmisión Sexual que conocen (las conocen todas)*	11	25%	26	21%	0	0%	37	8%
✓ Las Infecciones de Transmisión Sexual son incurables	22	50%	64	52%	6	35%	92	50%
✓ Conocen si existe prevención de Infecciones Transmisión Sexual	31	70%	110	90%	6	35%	147	79%
✓ Medidas de Prevención de Infección Transmisión Sexual	31	70%	104	85%	8	47%	143	79%
✓ Medidas al padecer Infecciones Transmisión Sexual	31	70%	101	82%	10	59%	142	77%
✓ Necesidad de tratamiento para la pareja al padecer una Infecciones de Transmisión Sexual	21	48%	70	57%	7	41%	98	53%
Tienen Conocimiento	186	60%	587	67%	50	42%	830	64%
No Tienen Conocimiento	122	40%	274	43%	69	58%	465	36%

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

*Ver siguiente tabla para los adolescentes que no las conocen todas.

ANÁLISIS:

En la tabla se presentan los ítem que se asociaron para determinar el conocimiento sobre las Enfermedades de Transmisión Sexual, en la primera columna; detallando en las siguientes por cada unidad de salud y en la última el consolidado de los porcentajes; en las últimas filas se presenta el porcentaje promedio para cada unidad de salud que permite

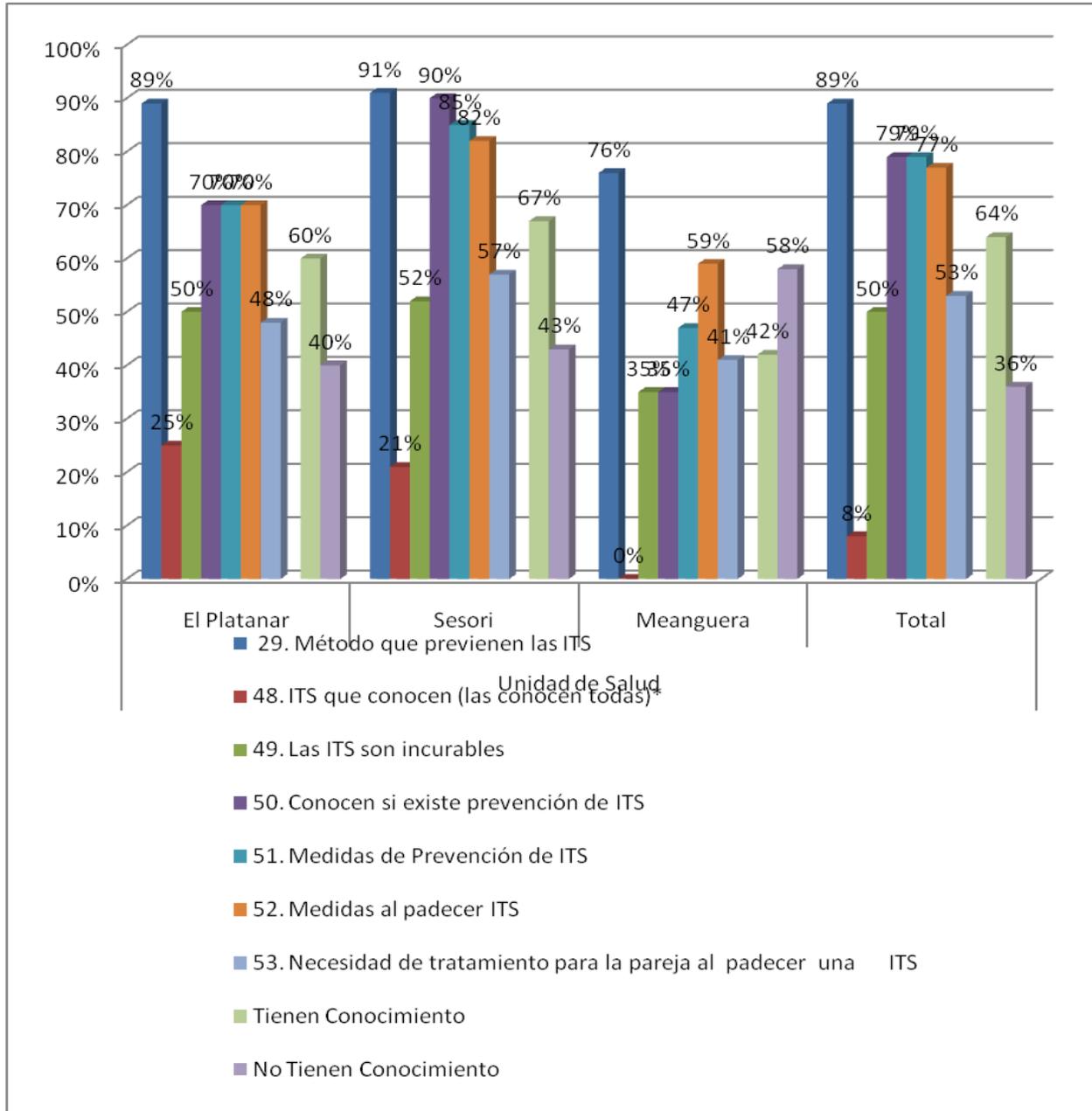
determinar si poseen conocimiento o no. Se presenta que en cuanto al conocimiento de las ITS sobre la evolución de éstas (si son incurables) en forma global solo 50% los adolescentes conoce de este ítem; el conocimiento sobre si se pueden prevenir es de 79% en general; en cuanto a la forma de prevención en general, poseen conocimiento, ya que se obtuvo un 79%; sobre que hacer al tener una ITS, poseen conocimiento, ya que las respuestas correctas alcanzaron 77%. Sobre el tratamiento de las ITS, donde se preguntaba específicamente si era necesario que su pareja sexual recibiera tratamiento al padecer una ITS, no tienen conocimiento, ya que solo un 53% respondió de manera correcta. En general los adolescentes si conocen sobre ITS, ya que se obtuvo un 60% de respuestas correctas de todos los apartados; siendo los adolescentes de Sesori los que poseen mayor conocimiento con 64% de respuestas correctas, luego El Platanar con 57%, seguido por Meanguera con 36%.

INTERPRETACIÓN:

Los adolescentes conocen cual es el método anticonceptivo que previene las ITS, lo cual esta relacionado como se menciona anteriormente con la difusión que se le da al método; tienen conocimiento sobre algunas ITS y además sobre las medidas de prevención de estas; lo cual se puede explicar por la promoción en salud que existe de manera generalizada por el Ministerio de Salud y los medios de comunicación; también se le brinda orientación sobre ITS en las clases de ciencia.

GRAFICO N° 26

CONOCIMIENTO SOBRE PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL



Fuente: Tabla N° 26

TABLA N° 27

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL CONOCIDAS POR LOS ADOLESCENTES

Conocimiento sobre ITS	Lugar de Residencia							
	El Platanar		Sesori		Meanguera		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
✓ VIH/ SIDA	30	68%	94	76%	14	82%	138	75%
✓ Gonorrea	5	11%	11	9%	0	0%	16	8%
✓ Chancro	1	2%	6	5%	0	0%	7	4%
✓ Ninguna	3	7%	1	1%	2	12%	6	3%
✓ Las conoce todas	11	25%	26	21%	0	0%	37	20%

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

ANÁLISIS:

En esta tabla se detalla en la primer columna cada ITS que conocen los adolescentes, de las cuales la última fila se tomo como conocimiento general para asociarlo con las otras preguntas sobre ITS.

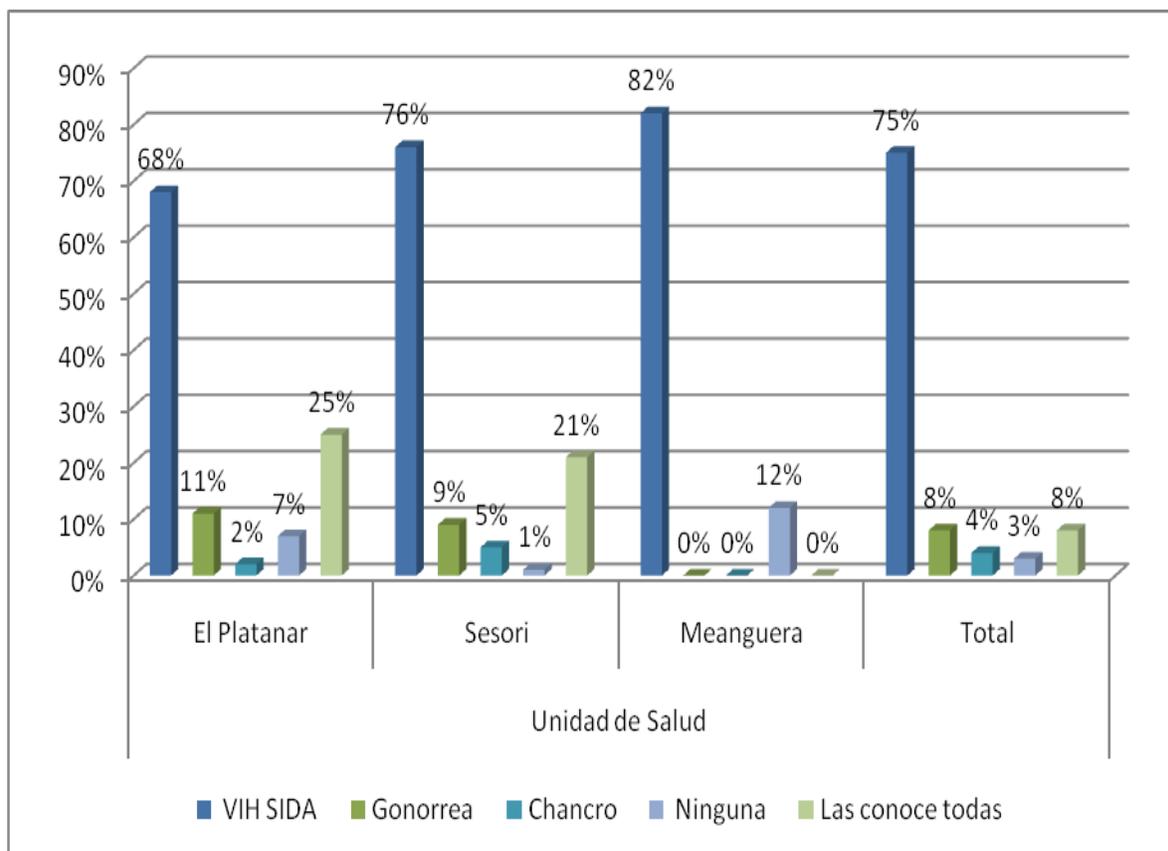
En general de todos los encuestados el 8% conoce sobre VIH/SIDA, chancro y gonorrea, 3% no conoce estas enfermedades; la enfermedad más conocida es el VIH/SIDA alcanzando un 75%, seguida de gonorrea en un 8% y chancro en 4%.

INTERPRETACIÓN:

Se demuestra que los adolescentes conocen sobre VIH en su gran mayoría, puesto que, todas las autoridades hacen su esfuerzo para brindar promoción sobre esta patología; mientras que las otras ITS no se brinda información de manera masiva.

GRAFICO N° 27

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL CONOCIDAS POR LOS ADOLESCENTES



Fuente: Tabla N° 27

TABLA N° 28

CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA

Conocimiento sobre VIH/SIDA	Lugar de Residencia							
	El Platanar		Sesori		Meanguera		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
✓ Mecanismo de transmisión de VIH: Vertical	3	7%	31	25%	0	0%	34	18%
✓ Mecanismo de transmisión de VIH: Sexual	37	84%	92	75%	9	53%	132	72%
✓ Consecuencias sobre VIH	34	77%	102	83%	10	59%	146	73%
✓ Disminución de la función del sistema inmunológico	40	91%	102	87%	10	59%	156	85%
✓ Se puede contraer VIH durante la primera relación sexual	40	80%	88	72%	6	35%	129	70%
✓ Puede una persona aparentemente sana tener VIH	29	66%	81	66%	4	24%	114	62%
Tienen Conocimiento	183	69%	496	67%	39	38%	718	65%
No Tienen Conocimiento	81	31%	242	33%	63	62%	386	35%

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

ANÁLISIS:

En la tabla se describe en la primer columna las preguntas realizadas para determinar si poseen conocimiento sobre VIH/SIDA, en las siguientes tres los porcentajes obtenidos para cada uno y en la última columna el consolidado por cada una; en las últimas dos filas el promedio de porcentajes por cada unidad de salud. Se observa que en general, si poseen conocimiento sobre el mecanismo de transmisión sexual con 72%, saben que se puede transmitir durante la primera relación sexual el 70%; solo el 18% conoce de la transmisión vertical.

En general 73% de los encuestados afirma conocer las consecuencias de VIH/SIDA, sobre la depresión del sistema inmunológico conoce el 85%, que una persona sana puede tener VIH conoce el 62%; por lo que si poseen conocimientos sobre las consecuencias y

mecanismos de transmisión de VIH/SIDA, ya que se alcanzó un 65% de respuestas correctas.

De manera individual los adolescentes de El Platanar para la transmisión vertical es de 7%, para la sexual 84%; el 80% conoce que se puede transmitir en la primera relación sexual. En Sesori el 25% conoce de la transmisión vertical, 70% de la sexual; el 72% conoce que se puede transmitir durante la primera relación sexual. En Meanguera los adolescentes no conocen la transmisión vertical, 53% conoce de la transmisión sexual; solo 35% conoce que se puede transmitir durante la primera relación sexual.

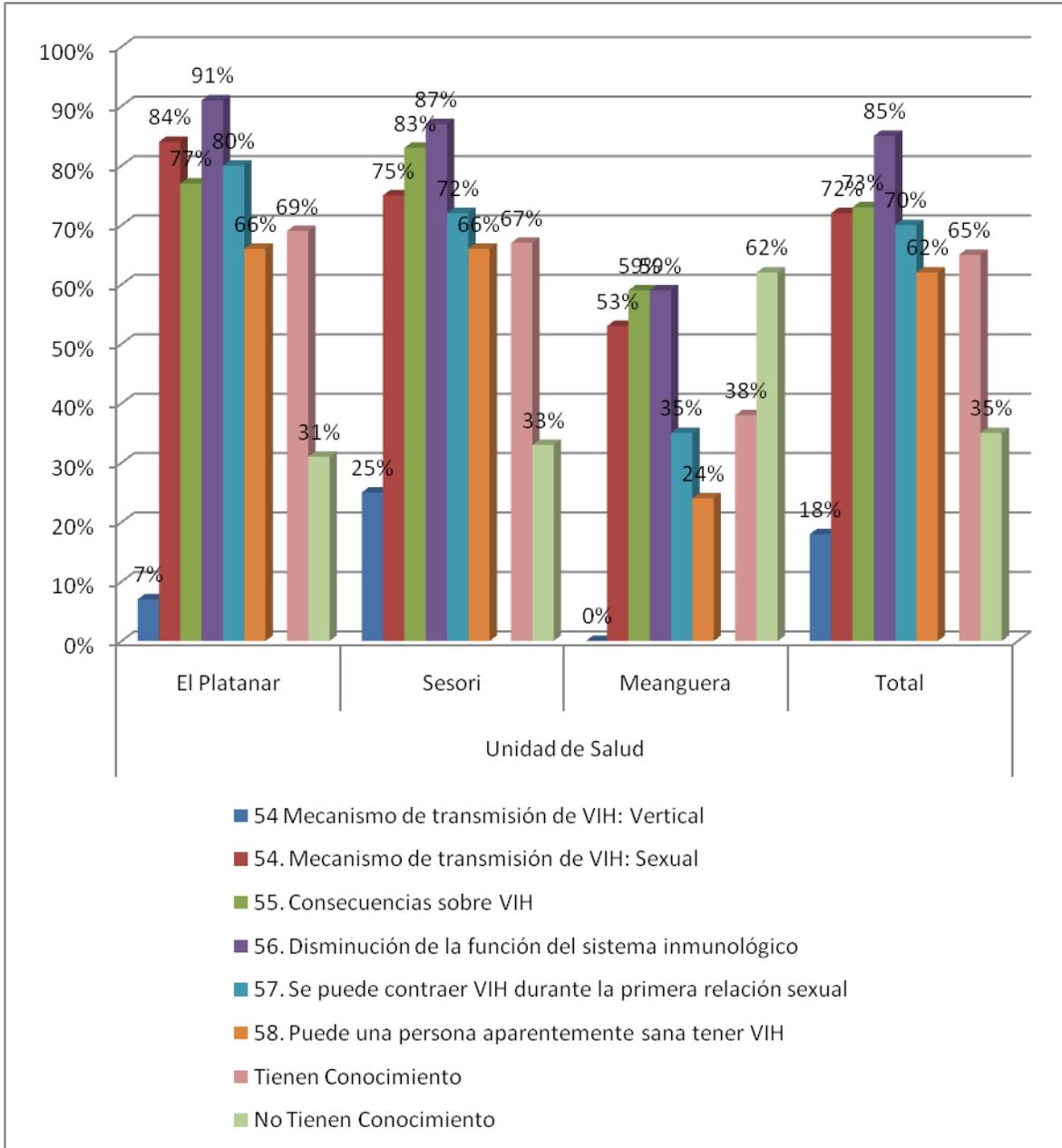
En cuanto a las consecuencias del VIH/SIDA en El Platanar afirmaron conocerlas el 77% de los adolescentes, conocen sobre la disminución de la función del sistema inmunológico 91%, que una persona aparentemente sana puede tener VIH lo conocen un 66%; en Sesori 83% afirmaron conocer las consecuencias, 87% sabe de la disminución de la función del sistema inmunológico, que una persona aparentemente sana puede tener VIH lo conocen el 66%; en Meanguera el 59% afirma conocer las consecuencias sobre VIH/SIDA, 53% conoce de la disminución del sistema inmunológico, 24% sabe que una persona sana puede tener VIH.

INTERPRETACIÓN:

Los datos reflejan que los adolescentes conocen sobre las medidas de prevención y mecanismos de transmisión de VIH, también conocen que en la primera relación sexual pueden contraer la enfermedad; esto afirma aun más que el interés sobre esta patología es mayor que las otras, dado que las consecuencias son más devastadoras y por lo tanto los adolescentes tienden a prestar más atención sobre ella.

GRAFICO N° 28

CONOCIMIENTO SOBRE VIH/SIDA



Fuente: Tabla N° 28

TABLA N° 29

CONOCIMIENTO SOBRE GENERALIDADES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENCIA

Conocimiento sobre generalidades del embarazo en adolescencia	Lugar de Residencia							
	El Platanar		Sesori		Meanguera		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
✓ Puede existir embarazo en la primera relación sexual	33	75%	82	67%	8	47%	121	66%
✓ La adolescencia no es edad adecuada para el embarazo	30	68%	80	65%	12	70%	122	66%
✓ Consecuencias de embarazo en la adolescencia	28	64%	68	55%	5	29%	101	55%
Tienen Conocimiento	91	69%	230	62%	25	49%	346	63%
No Tienen Conocimiento	41	31%	139	38%	26	51%	206	37%

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

ANÁLISIS:

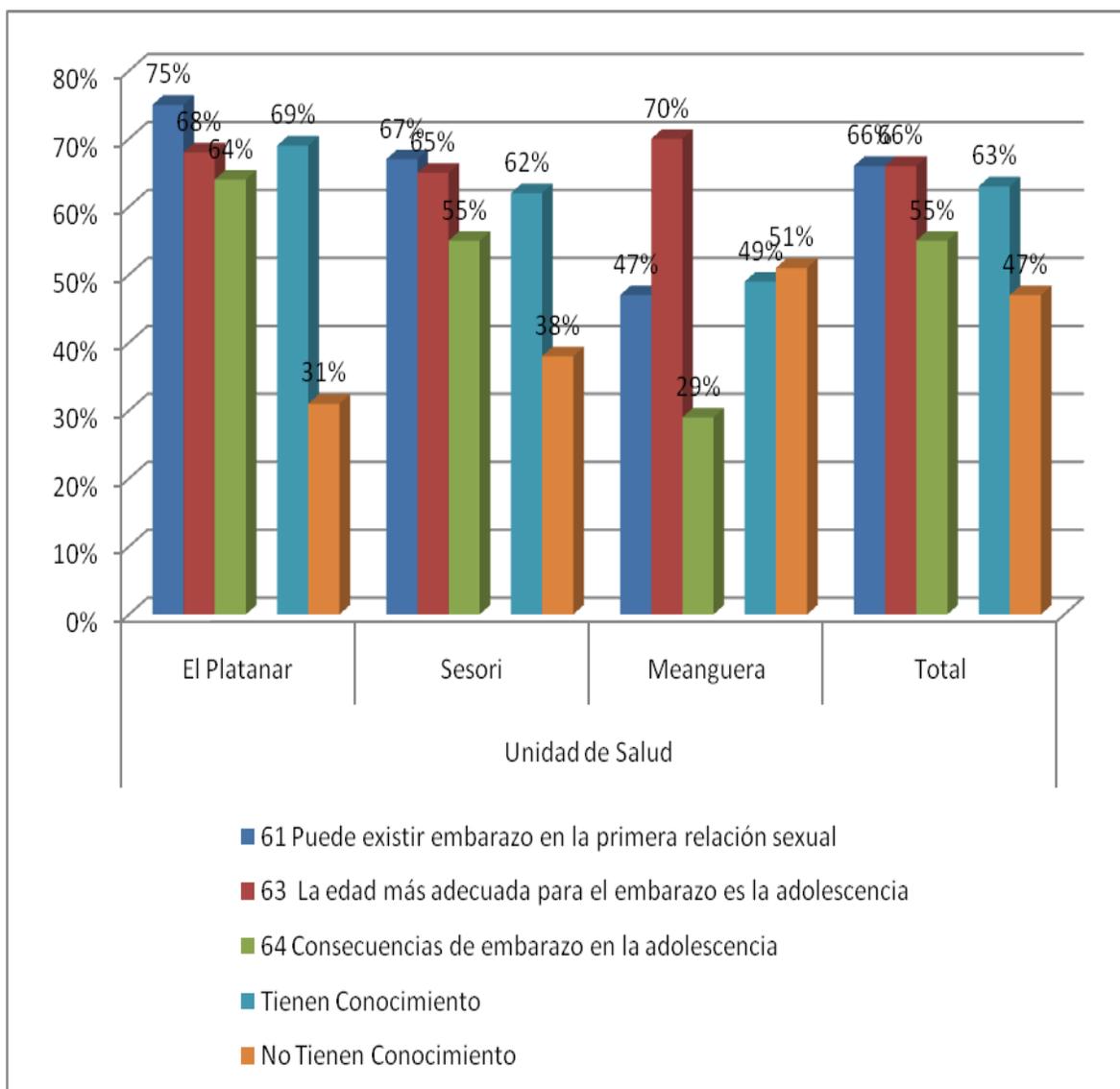
En la tabla se detallan en la primer columna las preguntas que se realizaron para determinar el conocimiento sobre el embarazo en la adolescencia, en la última columna se presenta que en general los adolescentes poseen conocimiento sobre las generalidades del embarazo en la adolescencia, ya que se obtuvieron el 63% de respuestas correctas; siendo para el apartado de embarazo durante la primera relación sexual el 66%, que la adolescencia no es la edad adecuada para el embarazo el 66% y conocimiento de las consecuencias del embarazo en la adolescencia el 55%.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría de los adolescentes conocen que pueden existir embarazo durante la primera relación sexual, que la adolescencia no es la época adecuada para el embarazo y cuáles son las consecuencias del embarazo en la adolescencia, lo cual se puede atribuir a que en

primer lugar en los centros escolares en la clase de ciencias se brinda orientación sobre cuáles son los cambios biológicos que se dan en esta etapa y que al presentarlos están listos para la procreación.

GRAFICO N° 29
CONOCIMIENTO SOBRE GENERALIDADES DEL EMBARAZO EN ADOLESCENCIA



Fuente: Tabla N° 29

TABLA N° 30

RELACIÓN DE EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA Y EL ABORTO

Relación de embarazo en la adolescencia y el aborto	Lugar de Residencia							
	El Platanar		Sesori		Meanguera		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
✓ El aborto no es un método de prevención de embarazo	30	68%	89	72%	6	35%	125	67%
✓ El aborto está penalizado	20	45%	58	47%	6	35%	84	42%
✓ Indicación para practicar el aborto	11	25%	42	34%	1	6%	54	29%
Tienen Conocimiento	61	46%	189	51%	13	26%	263	48%
No Tienen Conocimiento	71	54%	180	49%	38	74%	289	52%

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

ANÁLISIS:

En la tabla se presenta la asociación de preguntas que permiten determinar el conocimiento que poseen los adolescentes sobre el aborto en la primer columnas, en las siguientes se especifican los porcentajes obtenidos por cada unidad de salud, en la última columna se detalla el consolidado de los porcentajes y en las últimas filas el promedio de respuestas correctas, que determinan si poseen conocimiento o no.

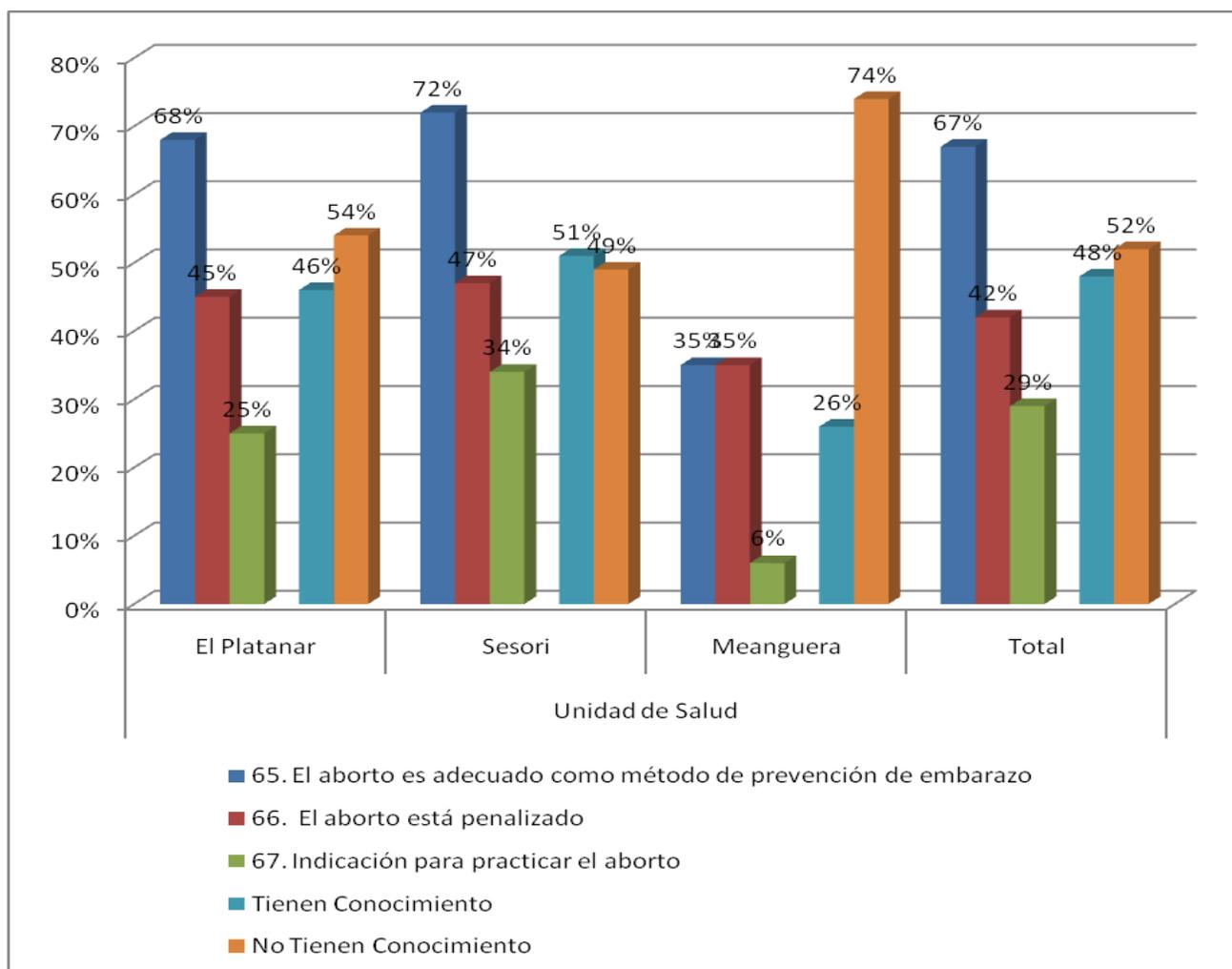
En general, los adolescentes no poseen conocimiento sobre la relación del embarazo en la adolescencia y el aborto, ya que solo el 48% de los adolescentes respondió correctamente todos los apartados de este indicador; aunque el 67% conoce que el aborto no es prevención para el embarazo en la adolescencia, el 45% conoce que está penalizado y el 29% conoce que no se tiene una indicación para practicarlo en el país.

INTERPRETACIÓN:

Los datos evidencian que los adolescentes, no consideran el aborto como un método de planificación familiar lo cual podría estar relacionado a los patrones culturales y la educación en la familia, la mayoría desconoce que el aborto está penalizado y que en el país no existe indicación para practicarlo, lo cual refleja que lo que conocen es información empírica y no cuentan con el conocimiento científico brindado por un ente capacitado.

GRAFICO N° 30

RELACIÓN DE EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA Y EL ABORTO



Fuente: Tabla N° 30

TABLA N° 31

PERCEPCIÓN SOBRE EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

Percepción sobre el embarazo en la adolescencia	Lugar de Residencia							
	El Platanar		Sesori		Meanguera		Total	
✓ Están preparados para ser padres	9	20%	10	8%	1	6%	20	11%
✓ Impide la superación personal	31	70%	82	67%	8	47%	121	65%

Fuente: Cuestionario dirigido a la población en estudio.

ANÁLISIS:

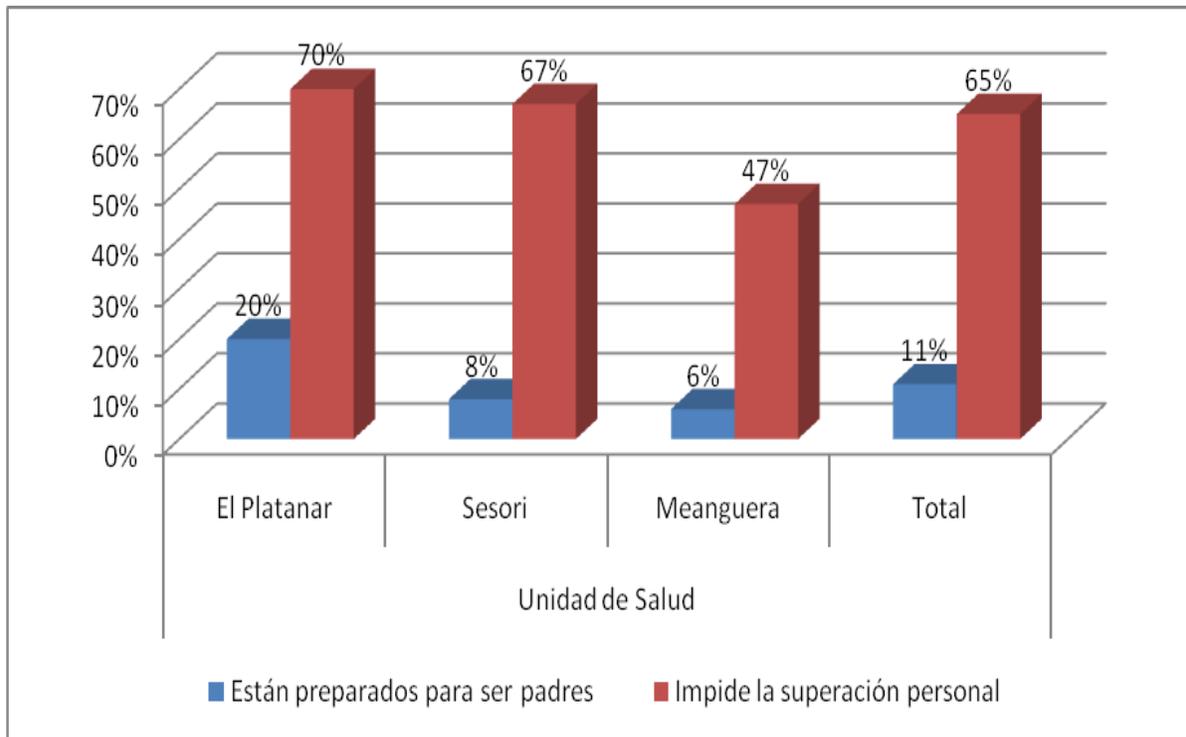
En la tabla 32 se describe cuantos de los adolescentes encuestados consideran estar preparados para ser padres y cuantos consideran que el embarazo en la adolescencia impide la superación personal, presentándose los resultados por cada unidad de salud y en la última columna el total de respuestas. Se presentan las respuestas afirmativas sobre la percepción del embarazo en la adolescencia según la siguiente distribución El Platanar 20%, Sesori 8% y Meanguera 6%; el 65% de los adolescentes considera que el embarazo en la adolescencia impide la superación personal, siendo de manera individual el 70% para El Platanar, 67% para Sesori y el 47% para Meanguera.

INTERPRETACIÓN:

Es evidente que la mayoría de los adolescentes afirman no estar preparados para asumir la responsabilidad que conlleva un embarazo en esta etapa de la vida, debido a que no tienen la madurez física y emocional como también la estabilidad económica necesaria. También reconocen que de surgir un embarazo en la adolescencia, las aspiraciones de superación se verían frustradas pues tendrían que dirigir sus esfuerzos al cuidado de un nuevo ser, que estaría bajo su responsabilidad, así como sobrellevar las presiones emocionales que esto implica.

GRAFICO N° 31

PERCEPCIÓN SOBRE EL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA



Fuente: Tabla N° 31

5. 4 PRUEBA DE HIPÓTESIS

Para determinar la veracidad de la hipótesis de investigación, a continuación se detallan los resultados obtenidos por cada variable de investigación, así:

Salud Sexual

Indicadores de Salud sexual	Unidad de Salud							
	El Platanar		Sesori		Meanguera		Total	
✓ Definición de sexualidad (3 preguntas)	57	43%	158	43%	12	23%	227	41%
✓ Definición de Salud Sexual (2 preguntas)	60	68%	170	69%	21	61%	251	68%
✓ Orientación Sexual (2 preguntas)	46	52%	133	54%	8	24%	187	51%
Tienen Conocimiento	163	53%	461	54%	41	34%	665	52%
No Tienen Conocimiento	145	47%	400	46%	78	66%	623	48%

Fuente: cuestionario de investigación.

Los resultados obtenidos demuestran que los adolescentes no poseen conocimiento sobre el indicador salud sexual, esto al observar que el consolidado de respuestas correctas para los 3 indicadores que evalúan la presente dimensión fue de 52% y no alcanzó el mínimo necesario de 60% para considerar que si poseen conocimiento.

Al detallar cada indicador de manera individual se puede decir que si poseen conocimiento sobre la definición de Salud Sexual ya que alcanzaron el 61% de respuestas correctas; por el contrario no poseen conocimiento sobre la definición de sexualidad pues unicamente el 41% de las respuestas fueron acertadas; por ultimo, el haber obtenido solamente el 51% de respuestas favorables para el indicador de orientación sexual permite afirmar que los adolescentes tampoco poseen conocimiento en este indicador.

Los resultados obtenidos para la variable de Salud Reproductiva, se presenta en la siguiente tabla.

Salud Reproductiva

Indicadores de Salud Reproductiva	Unidad de Salud							
	El Platanar		Sesori		Meanguera		Total	
✓ Definición de Salud Reproductiva (2 preguntas)	39	44%	128	52%	17	50%	184	50%
✓ Métodos de planificación familiar (15 preguntas)	224	40%	598	32%	60	24%	882	32%
✓ Conocimiento sobre ITS (7 preguntas)	186	60%	587	67%	50	42%	830	64%
✓ Conocimiento sobre VIH/SIDA (6 Preguntas)	183	69%	496	67%	39	38%	718	65%
✓ Conocimiento sobre embarazo en adolescencia (3 Preguntas)	91	69%	230	62%	25	49%	346	63%
Tienen Conocimiento	723	50%	2039	50%	191	34%	2953	49%
No Tienen Conocimiento	729	50%	2020	50%	370	66%	3119	51%

Fuente: cuestionario de investigación

Los resultados obtenidos demuestran que los adolescentes no poseen conocimiento sobre la variable salud reproductiva, esto se determina con el consolidado de respuestas correctas para los 5 indicadores que forman parte de esta variable que es de 49% y no alcanzó el mínimo necesario de 60% para considerar que si poseen conocimiento, según la escala de conocimiento que se ha presentado.

Al detallar cada indicador de manera individual estos reflejan que si poseen conocimiento sobre las ITS, VIH/SIDA, embarazo en la adolescencia, ya que se obtuvo el 64%, 65% y 63% de respuestas acertadas respectivamente; al alcanzar el 50% de respuesta correctas sobre la definición de salud reproductiva se determina que no poseen conocimiento sobre esta; por ultimo, el haber obtenido solamente el 32% de respuestas

favorables para el indicador de métodos de planificación familiar permite afirmar que los adolescentes no poseen conocimiento en este indicador.

En resumen los adolescentes de las Unidades de Salud en estudio no poseen conocimiento sobre salud sexual y salud reproductiva, ya que los resultados obtenidos de respuestas correctas sobre estas es únicamente de 52% y 49% respectivamente, lo cual no alcanza el 60% que se determina en la escala de conocimiento. Por lo tanto la hipótesis que los adolescentes usuarios de las unidades de salud en estudio no poseen conocimiento sobre salud sexual y salud reproductiva es verdadera.

6. DISCUSION

Los adolescentes no poseen conocimiento sobre salud sexual y salud reproductiva de manera generalizada, ya que los porcentajes alcanzados de la información sobre estas es bajo, corresponden al 52% y 49% respectivamente; lo cual se considera que no poseen conocimiento, ya que según la escala utilizada en esta investigación deben alcanzar o ser mayor del 60%. Aunque de manera individualizada de los aspectos que forman parte de salud sexual, se puede mencionar que si poseen información sobre la definición salud sexual y no así de la definición de sexualidad y orientación sexual. Además sobre salud reproductiva, tienen conocimiento sobre las ITS, sobre VIH/SIDA, embarazo en adolescencia; pero no poseen conocimiento sobre la definición de salud reproductiva y métodos de planificación familiar.

Con los resultados obtenidos de la investigación se da a conocer la información que poseen los adolescentes sobre salud sexual y salud reproductiva, de lo cual no existen investigaciones en nuestro país, pues la mayoría de normas y programas implementados se han hecho en base a la experiencia o estudios realizados en otros países, por lo cual este trabajo resulta innovador y permite recopilar información de nuestra propia realidad, considerando que posee sus propias particularidades que la hacen diferente a las demás; de tal manera que se pueden conocer las deficiencias y conocimientos erróneos que existen en los adolescentes de nuestra nación y específicamente de la región oriental.

La investigación reporta datos que se pueden comparar con los revelados por la Encuesta de Salud Familiar de El Salvador 2008, la cual arroja datos sociodemográficos relacionados a los de este estudio, en ellos encontramos ciertas divergencias, como ejemplo se puede citar el porcentaje de adolescentes embarazadas que es mayor para las unidades de salud en estudio; también el uso del preservativo en la última relación sexual resultó ser mayor en la población en estudio; en cuanto a las adolescentes que actualmente se encuentran inscritas en el programa de planificación familiar, es menor en los adolescentes en estudio. Se encuentran también algunas similitudes, pudiendo traer a mención la fuente de orientación predominante, que en ambos estudios fue representada por el centro de estudios.

La interpretación que merece el concluir que los adolescentes no poseen conocimiento sobre salud sexual y salud reproductiva se ve reflejada en las practicas que tienen los mismos, las cuales son inadecuadas, iniciadas a una edad en la cual no existe la suficiente responsabilidad, no se miden las consecuencias y no se toman las medidas de prevención de probables consecuencias que perjudicarán, en caso de ocurrir, el desarrollo en todas sus esferas.

En cuanto a las limitaciones del estudio se pueden mencionar el poco tiempo disponible para explicar detalladamente cada interrogante a los adolescentes encuetados, debido a que se realizaba en horas laborales, teniendo que brindar atención médica a todos los demás usuarios de la unidad de salud presentes; además el no contar con un estudio previo que aportara una escala ya definida para medir el conocimiento referente al tema.

Con el presente estudio se proporciona el punto de partida para futuras investigaciones, las cuales pueden contar con datos propios de la región oriental y una escala ya elaborada para medir el conocimiento sobre salud sexual y salud reproductiva.

7. CONCLUSIONES

- ✓ En referencia a Salud Sexual, los adolescentes no tienen conocimiento pues únicamente el 52% respondió de manera correcta las preguntas en relación a ello, lo cual no es suficiente para alcanzar el 60% considerado como mínimo para establecer la presencia de conocimiento, dejando ver que no conocen la definición de sexualidad y confunden la definición de sexo con la orientación sexual; aún así es importante mencionar que tienen conocimiento que la sexualidad implica dos aspectos importantes, que son una actividad sexual responsable y que además no conlleve riesgos para la salud, sin embargo quienes ya han iniciado relaciones sexuales no toman en cuenta esto, debido a que muchos de ellos actualmente tienen más de una pareja sexual y se exponen a la adquisición de enfermedades de transmisión sexual por no practicar medidas preventivas adecuadas.

- ✓ La mayoría de los adolescentes no han iniciado actividad sexual, no obstante quienes ya la iniciaron, que representa el 35% del total, comenzaron a una edad muy temprana sin tener conocimiento sobre las implicaciones que conlleva el inicio de esta práctica; ya que el 43% lo hizo por curiosidad; y el 58% usa el preservativo.

- ✓ Los adolescentes de las unidades de salud de El Platanar, Sesori y Meanguera no conocen sobre salud reproductiva, ya que únicamente el 49% respondió de forma correcta las preguntas referentes a ello, dejando ver que desconocen la definición de Salud Reproductiva y sobre Métodos de planificación familiar; sin embargo en cuanto a ITS y VIH-SIDA el 64% y 65% respectivamente respondió de manera adecuada.

- ✓ El conocimiento que los adolescentes poseen sobre las ITS está enfocado en dos aspectos importantes de la prevención, se refiere a: se pueden prevenir las ITS y cómo prevenirlas; además existen otros aspectos que los adolescentes deberían de conocer sobre ITS como es: cómo reconocerlas y que hacer al presentarlas, sobre los cuales no poseen conocimiento.

- ✓ En cuanto al Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida poseen conocimiento ya que saben cómo prevenirlo, cuáles son sus consecuencias y la forma más frecuente de transmisión (la transmisión sexual); pero la mayoría de los adolescentes que tiene vida sexual activa no se protege de las Infecciones de Transmisión Sexual, ya que el uso constante y sistemático del preservativo no lo practican.
- ✓ Poseen conocimiento sobre el embarazo en la adolescencia, ya que el 63% respondió correctamente, que una adolescente puede quedar embarazada en su primera relación sexual (66% de los entrevistados) y que la adolescencia no es la edad más adecuada para el embarazo (66%); pero a pesar de poseer este conocimiento no todos los adolescentes que tienen vida sexual activa practican medidas para prevenirlo, ya que el porcentaje que usa de manera constante el preservativo es bajo.
- ✓ Los adolescentes manifiestan haber recibido información sobre Salud Sexual y Salud Reproductiva, siendo la principal fuente de información la escuela, en un 57%, mientras que la familia que se considera como el escenario primario de educación para todo ser humano y las Unidades de Salud que son el ente encargado de promover una adecuada salud en todos sus aspectos, tienen poca influencia en la instrucción y enseñanza para que todo adolescente desarrolle una adecuada salud sexual y reproductiva; ya que recibe información en su familia el 28% y el 42% en la unidad de salud.
- ✓ Los adolescentes durante su formación escolar reciben cierta información sobre salud sexual y reproductiva, el 52% afirma recibir información en su centro escolar; pero es superficial, no es completa, ya que los resultados obtenidos sobre el conocimiento dejan ver que la orientación que poseen no es adecuada y necesita fundamento científico, además que debe ser impartida por personal calificado; ya que alcanzaron el 52% de respuestas correctas para salud sexual y el 49% para salud reproductiva, lo

cual según la escala de conocimiento, en la que se basa la investigación, se califica que no poseen conocimiento.

8. RECOMENDACIONES

- ✓ Al Ministerio de Salud Pública representado en la Región Oriental de Salud: que debe impulsar un programa de instrucción a los adolescentes sobre salud sexual y reproductiva de manera continua y que incluya todos los aspectos sobre ésta de manera práctica y que se expliquen a profundidad, con el fin de evitar los conceptos erróneos que se tienen sobre esta. Además que se cree una dependencia que trabaje de manera constante con los adolescentes para que se les dé el seguimiento adecuado sobre este tema para evitar consecuencias que se han presentado en años anteriores; de tal forma que se realicen evaluaciones periódicas de los clubes de adolescentes y se les incentive para el desarrollo del programa de temas; también que impulsen a las unidades de salud brindándoles las condiciones necesarias para alcanzar las metas de estos programas.
- ✓ Al gobierno central a través del Ministerio de Salud Pública: crear programas radiales y televisivos de educación masiva, en horarios accesibles para la mayoría los adolescentes, brindándoles información en base a hechos científicos, con lo cual se pueda aclarar dudas y eliminar mitos y los adolescentes tengan información confiable y verás.
- ✓ A las Unidades de Salud El Platanar, Sesori y Meanguera: que debe dársele continuidad a los programas que impulsan el trabajo con los adolescentes, debe realizarse exposiciones periódicas de los temas que estos incluyen; cuando se les brinde atención debe ser integral y dedicar tiempo a explorar el área sexual para brindarles conocimiento adecuado, sobre todo con respecto a las Infecciones de Transmisión Sexual y métodos de planificación familiar. Debe brindarse orientación continua e intensa en coordinación con los centros escolares sobre el uso continuo y sistemático del preservativo, ya que un porcentaje considerable de los adolescentes tienen vida sexual activa y no usa protección.
- ✓ A los médicos de las Unidades de Salud: Brindar la importancia debida a los programas orientados a la Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes, aprovechando la consulta para orientar sobre aspectos relacionados al tema, impartiendo charlas informativas en los centros de Salud, enfatizando en las medidas preventivas y en las

acciones a tomar en caso de presentar una Enfermedad de Transmisión Sexual o Embarazo.

- ✓ A los Centros Escolares de las Áreas Geográficas de Influencia de las Unidades de Salud en estudio, que se brinde instrucción sobre salud sexual y reproductiva a los adolescentes en coordinación con las Unidades de Salud; para que sea el personal más capacitado quien brinde la información (médico, enfermera, promotor de salud) de tal forma que la orientación que se brinde sea la adecuada; además que la instrucción sea dirigida a los maestros para que ellos colaboren con la propagación de la información.
- ✓ A los adolescentes de las Unidades de Salud en estudio que realicen acciones a favor de su salud de manera integral, no solo en aspecto curativo, sino también preventivo; que pidan orientación sobre salud sexual y reproductiva si no se les brinda en la Unidad de Salud o su Centro Educativo; para aquellos que tienen vida sexual activa que debe instruirse con el uso de métodos de planificación familiar, ya que las Infecciones de Transmisión Sexual se presentan en toda la población y el embarazo en la adolescencia se considera un embarazo de alto riesgo, de manera que se eviten situaciones que pongan en riesgo su salud en general.
- ✓ A los padres de los adolescentes de las Unidades de Salud El Platanar, Sesori y Meanguera deben ser ellos los primeros en brindarles información a sus hijos sobre salud sexual y reproductiva, para orientar de manera adecuada sobre los conceptos que esta incluye y que se pueden evitar los riesgos que se presenten si se desconoce sobre esta área de la salud. Además al presentar duda sobre algún aspecto de esta, preguntar en la Unidad de Salud más cercana, para brindar la información a los adolescentes, también acompañar a sus hijos a la consulta para motivarlo a recibir información de este tipo.
- ✓ A todos los actores sociales: iglesias, medios de comunicación, Organizaciones No Gubernamentales, Asociación de Desarrollo Comunitario, participar de manera activa en la formación de adolescentes para lograr salud integral, orientándoles de manera adecuada sobre salud sexual y reproductiva, sobre todo en cuanto a las medidas de

prevención de Infecciones de Transmisión Sexual y embarazo en la adolescencia; además que a quienes deben acudir para aclarar dudas sobre el tema es con el personal de salud.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Documento. Disponible en http://www.sexualidad.es/index.php/Alfred_Kinsey
2. Documento. Disponible en <http://www.unorg/spanish/conferens/accion2.html>
3. Encuesta Nacional de Salud Familiar 2008 (FESAL 2008), El Salvador
4. idem.
5. idem.
6. idem.
7. idem.
8. idem.
9. idem.
10. idem.
11. idem.
12. idem.
13. idem.
14. Dirección Regional de Salud Oriental. ***“Registro Estadístico”***. Abril de 2010
15. Unidad de Salud del Platanar. San Miguel. ***“Datos Estadísticos de los Programas de Salud Familiar y Reproductiva”*** 29 de marzo de 2010.
16. idem.
17. idem.
18. Unidad de Salud de Sesori. San Miguel. ***“Datos Estadísticos de los Programas de Salud Familiar y Reproductiva”*** 29 de marzo de 2010
19. idem.
20. Unidad de Salud de Meanguera. Morazán. ***“Datos Estadísticos de los Programas de Salud Familiar y Reproductiva”*** 29 de marzo de 2010.
21. idem.
22. idem.
23. Valhondo, Domingo, *Gestión del conocimiento del mito a la realidad*, primera edición, 2003, pag. 50, Documento. Disponible en <http://www.scienosp.org/pdf/rps/v11n3/9402.pdf>
24. MSPAS, ***Manual Técnico de Salud Reproductiva***, Segunda Edición, El Salvador, 2005

25. idem.
26. Salas Cuevas, Consuelo, *Educación para la Salud*, Segunda Edición, México, 2000.
27. ALVAREZ, Juan Luis, *Sexoterapia integral*, Segunda Edición, México, 1998.
28. MSPAS, *Manual Técnico de Salud Reproductiva*, Segunda Edición, El Salvador, 2005
29. Documento. Disponible en:
<http://www.sccp.org.co/plantilas/Libro%20SCCP/Lexias/tablas/generales/tanner.htm>
30. Documento. Disponible en:
<http://www.sccp.org.co/plantilas/Libro%20SCCP/Lexias/tablas/generales/tanner.htm>
31. MSPAS, *De Adolescentes para Adolescentes: Manual de Educación para la vida*, segunda edición, San Salvador, noviembre de 2005.
32. MSPAS, *Manual Técnico de Salud Reproductiva*, Segunda Edición, El Salvador, 2005
33. idem.
34. idem.
35. idem.
36. Ana Langer. *RevPanam Salud Publica/Pan Am J PublicHealth* El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe, noviembre 2002
37. MSPAS, *Manual Técnico de Salud Reproductiva*, Segunda Edición, El Salvador, 2005

FIGURAS

CICLO REPRODUCTIVO FEMENINO

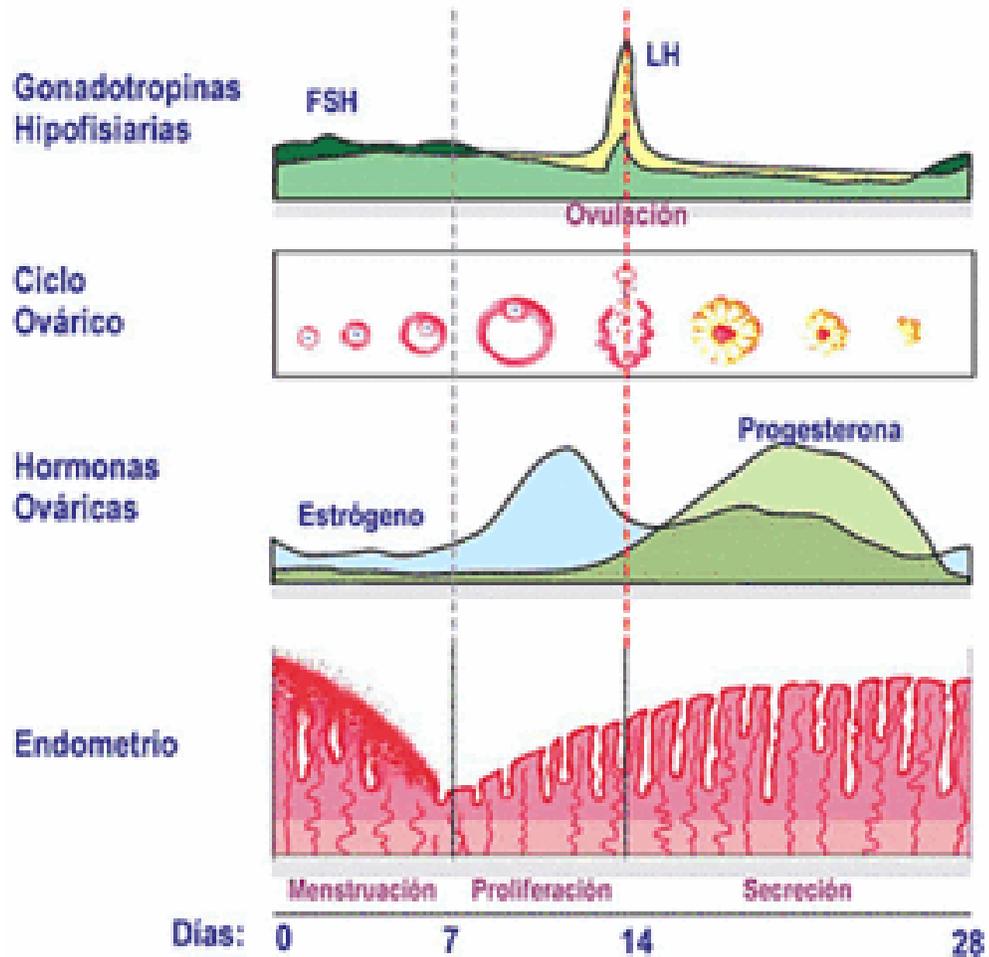


Figura N° 1

Ciclo menstrual: proliferación del endometrio, cambios en los niveles hormonales que dan como resultado el periodo menstrual.

En una mujer con un ciclo regular de 28 días

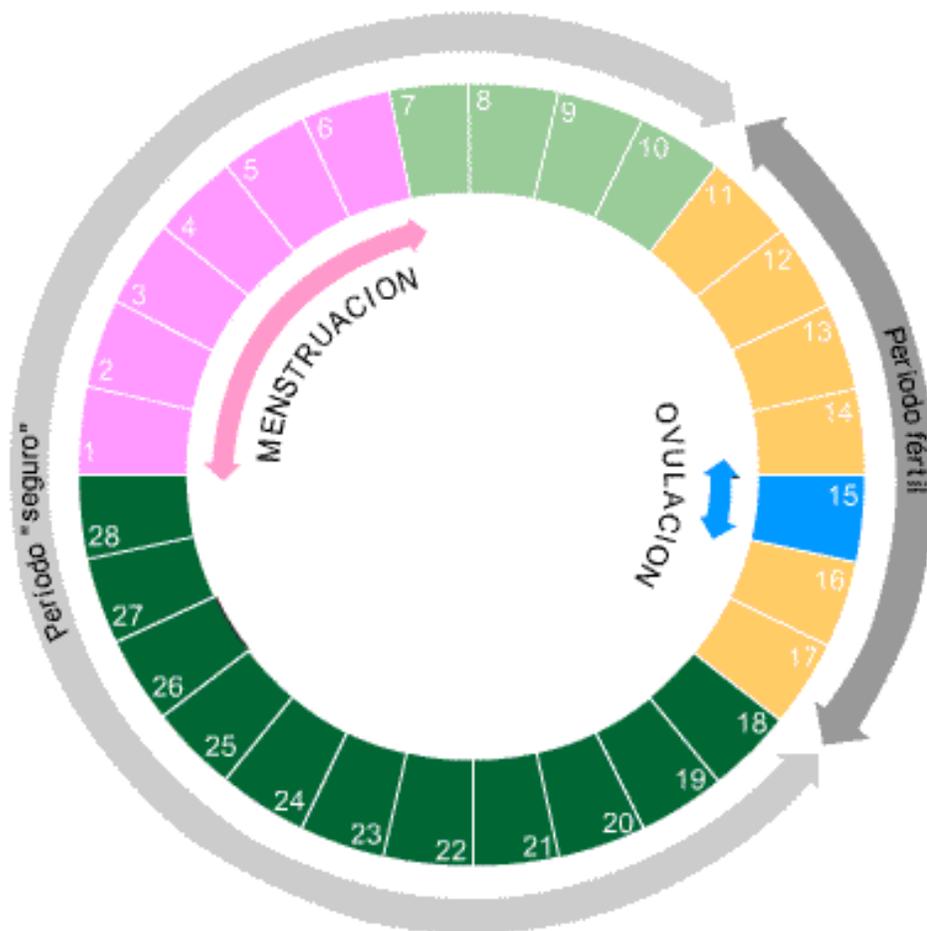


Figura N° 2

Método de Ritmo, muestra los días durante el cual la mujer puede quedar embarazada (ovulación)

**Temperature
(Celcius)**

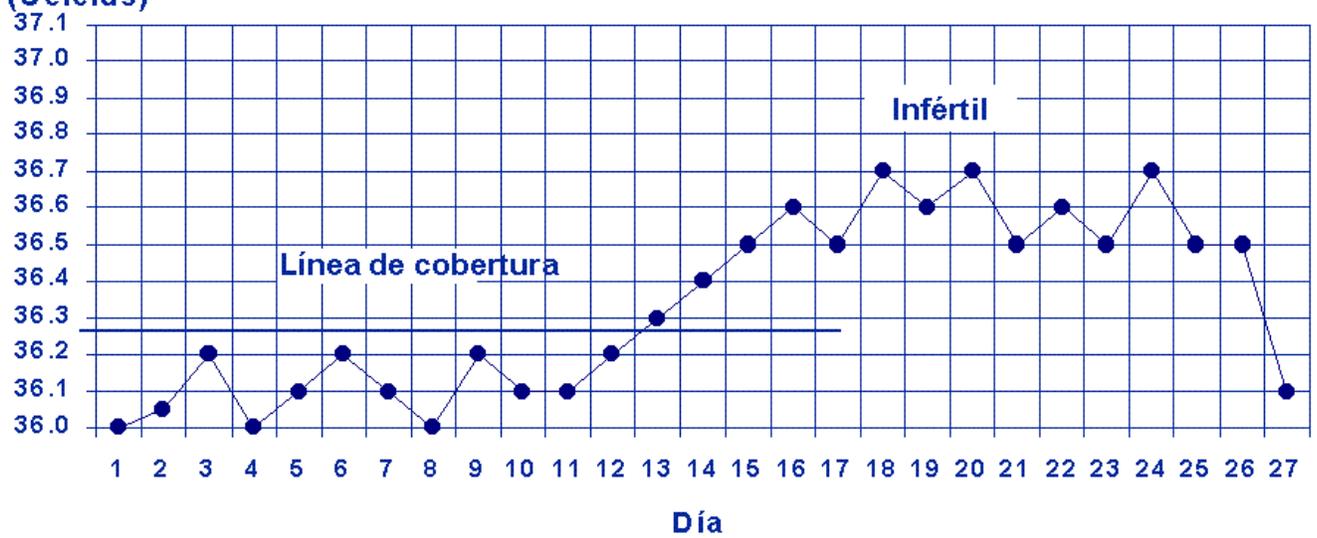


Figura N° 3

Método de la temperatura basal del cuerpo.



Figuras 4 y 5

Metodo del moco cervical.

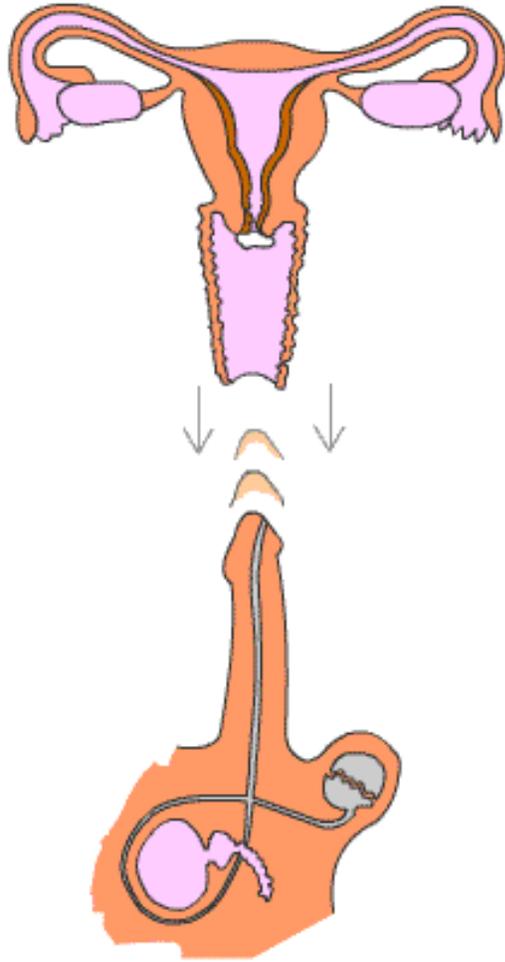


Figura N° 6

Metodo de Retiro voluntario.



Figura N° 7

Metodos de Barrera.

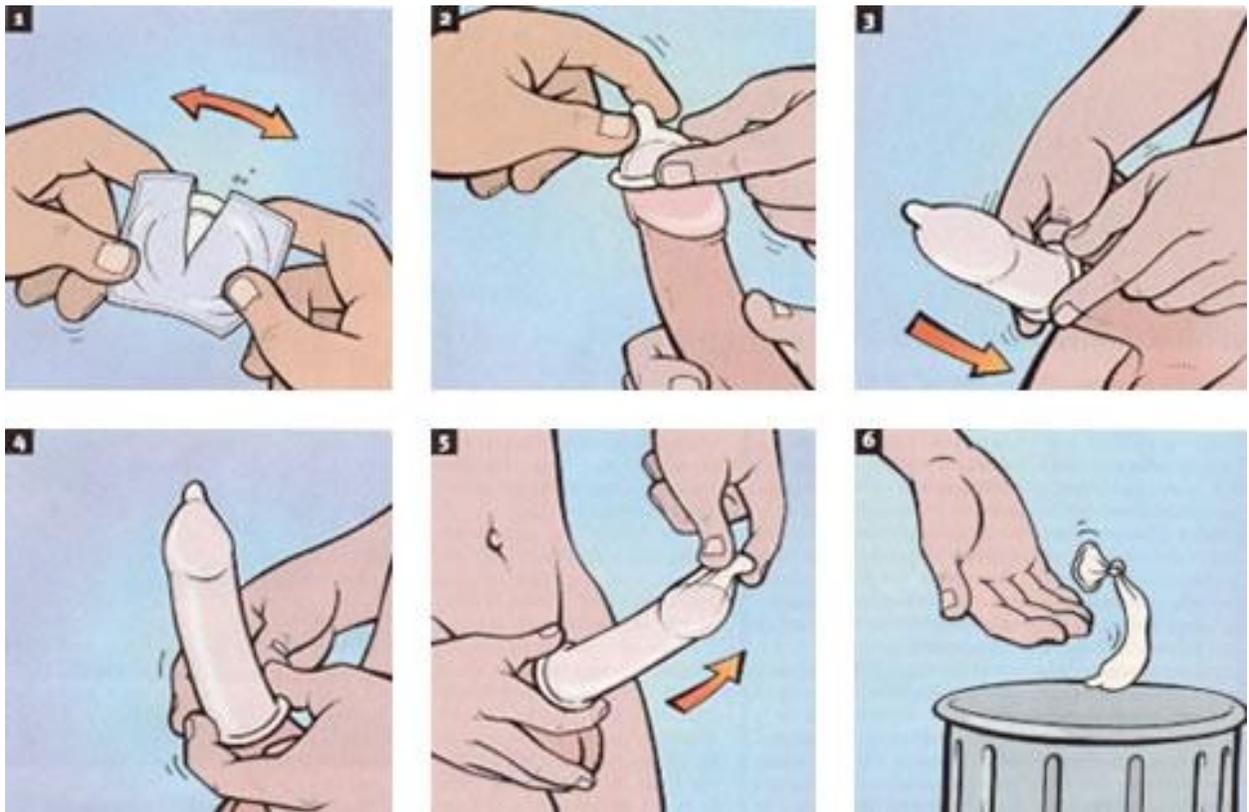


Figura N° 8

Uso correcto del preservativo Masculino.

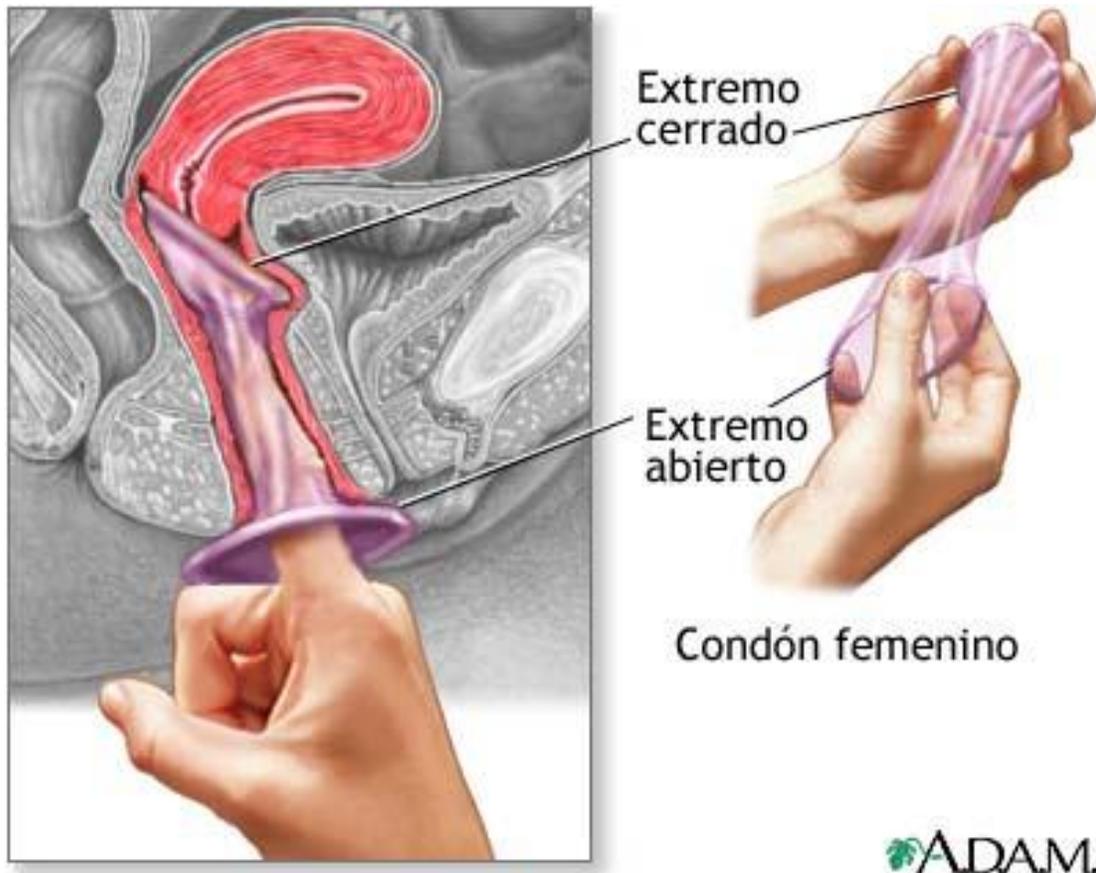


Figura N° 9
Condón Femenino.



Figura N° 10
Espermicidas.



Figura N° 11

Anticonceptivos hormonales orales.



Figura N° 12

Anticonceptivos inyectables.

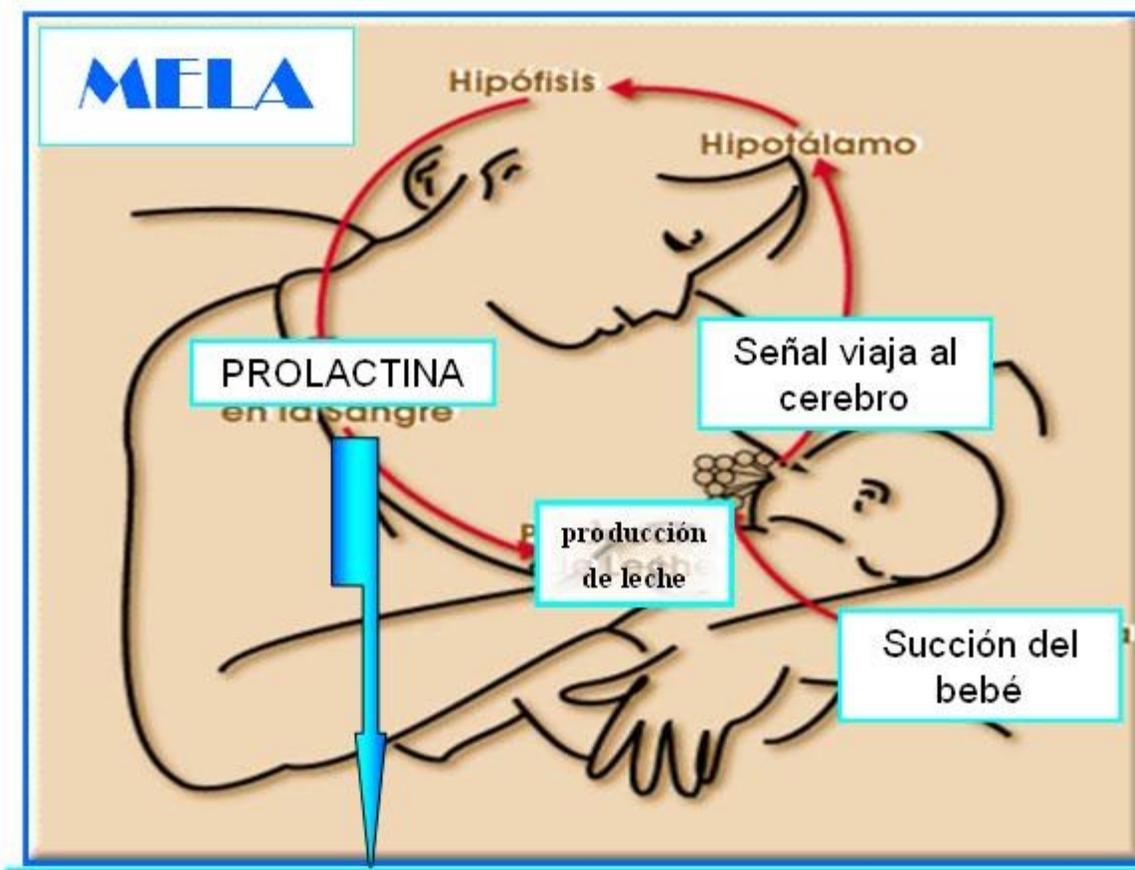


Figura N° 13

Método de lactancia materna exclusiva.



Figuras N° 14 y 15,

Sífilis, lesión primaria en paciente masculino y femenino.



Figura N° 16 y 17

Gonorrea, paciente femenino y masculino con uretritis.



Figura N° 18 y 19

Herpes, paciente femenina y masculino



Figura N° 20

Paciente con VIH, en fase SIDA.



Figura N° 21 y 22. Condiloma acuminado en paciente masculino y femenino.



Figura N° 23.

Chancro Blando en paciente masculino.

ANEXOS

ANEXO N° 1



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

**ENCUESTA SOBRE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA DIRIGIDO
A LOS/AS ADOLESCENTES USUARIOS DE LAS UNIDADES DE SALUD EL
PLATANAR (SAN MIGUEL), SESORI (SAN MIGUEL) Y MEANGUERA
(MORAZAN)**

OBJETIVO: Recopilar información sobre los conocimientos relacionados con salud sexual y salud reproductiva en los adolescentes usuarios de las unidades de salud en estudio.

I. Datos Socio demográficos

Unidad de Salud:

El Platanar

Sesori

Meanguera

Sexo:

Femenino

Masculino

Edad:

10 – 12 años

13 – 15 años

16 – 19 años

Procedencia:

Área Rural

Área Urbana

Religión: _____

Escolaridad: _____

INDICACION: En las siguientes preguntas marque la opción que considere correcta.

1. ¿Consideras qué la definición de sexualidad es sentirse y comportarse como hombre o como mujer?

Si

No

No Se

2. ¿Crees que el sexo femenino o masculino es equivalente a sexualidad?

Si

No

No se

3. ¿La orientación sexual de una persona forma parte de su sexualidad?

Si

No

No Se

4. ¿El sexo de un ser humano se refiere a las características biológicas de un hombre o una mujer?

Si

No

No Se

5. ¿Crees, qué la orientación sexual de una persona determina su sexo?

Si

No

No Se

6. ¿La salud sexual se refiere al desempeño de la actividad sexual con responsabilidad y sin riesgo de enfermedades?

Si

No

No Se

7. ¿Has recibido información sobre salud sexual y salud reproductiva?

Si No

8. ¿Dónde ha recibido información sobre salud sexual y reproductiva?

Familia Amigos Escuela Iglesia

Medios de comunicación social Unidad de salud Ninguno

9. ¿La salud reproductiva se refiere a tener libertad para decidir procrear o no, cuándo y con qué frecuencia?

Si No No Se

10. ¿La salud reproductiva incluye el uso de métodos de planificación familiar y prevención de enfermedades de transmisión sexual?

Si No No Se

11. ¿Considera que la orientación recibida sobre salud sexual y reproductiva es adecuada?

Si No

12. ¿A que edad se te brindaron conocimientos sobre salud sexual y reproductiva?

a) 10 – 12 años b) 13 – 15 años c) 16 – 19 años

d) menos de 10 años

13. ¿Has recibido información sobre salud sexual y reproductiva durante tus clases?

Si No

14. ¿Quién consideras que es la institución más indicada para que brinde orientación sobre salud sexual y reproductiva?

Familia Amigos Escuela Iglesia
Medios de comunicación social Unidad de salud

15. ¿Sabes que es una relación sexual?

Si No

16. ¿Has tenido relaciones sexuales?

Si No

17. Si tu respuesta es afirmativa, ¿a qué edad iniciaste las relaciones sexuales?

a) 10 – 12 años b) 13 – 15 años c) 16 – 19 años
d) menos de 10 años

18. ¿Qué te motivó a tener relaciones sexuales?

Presión de amigos Curiosidad Por amor a la pareja
Abuso sexual Presión de la pareja

19. ¿Tienes más de una pareja sexual?

Si No

20. ¿Cuántas parejas sexuales has tenido?

a) una b) dos c) tres d) más de tres

21. ¿Con qué frecuencia tienes relaciones sexuales?

- a) 1 vez a la semana b) 2 veces a la semana
c) 3 veces o más a la semana
c) cada 15 días d) 1 vez al mes

22. ¿Usaste algún método de planificación familiar en tu última relación sexual?

Si No

23. ¿Has recibido educación sobre métodos de planificación familiar?

Si No

24. ¿En qué lugar se te brindó información sobre métodos de planificación familiar?

- a) Familia b) Amigos c) Escuela d) Iglesia
e) Unidad de salud f) ninguno

25. ¿La abstinencia sexual es un método de planificación familiar?

Si No No se

26. ¿Ha usado un método anticonceptivo en tu primera relación sexual?

Si No

27. ¿Qué método anticoncepción utilizaste?

- a) Pastillas b) Inyección c) Condón

28. ¿Qué método anticonceptivo prefieres utilizar?

- a) Pastillas b) Inyección c) Condón

29. ¿Qué método anticonceptivo previene las Enfermedades de transmisión sexual?

- a) Inyectable b) Anticonceptivos orales c) Condón

30. ¿Te han enseñado que el uso de métodos anticonceptivos es un pecado?

Si No

31. ¿En qué momento de la relación sexual debe ser colocado el condón?

- a) Después del inicio de la relación sexual
b) Inmediatamente antes de eyaculación
c) Al inicio de la relación sexual
d) No se.

32. ¿Consideras que al usar preservativo durante la relación sexual, disminuye el placer sexual?

Si No

33. ¿De los siguientes lugares, cuál es el más adecuado para portar un preservativo?

- a) La bolsa del pantalón
b) La cartera
c) Un compartimiento de la mochila
d) Ninguno

34. ¿crees que el preservativo debe conservarse en buenas condiciones antes de usarlo?

Si No No se

35. ¿Conoces el método de Ritmo?

Si No

36. ¿El método de ritmo consiste en tener relaciones sexuales en?

- a) 7 días antes del inicio de la regla (menstruación) y 7 días después
- b) Cada quince días
- c) Al pasar la regla
- d) Al andar la regla.
- e) No se

37. Consideras que el periodo fértil (puede quedar embarazada) es durante la menstruación?

Si No No se

38. ¿Cómo se usan las pastillas (anticonceptivos orales) para prevenir un embarazo?

- a) Una pastilla antes de la relación sexual
- b) Una cada día sin importar la hora
- c) Una cada día a la misma hora
- d) Una posterior a la relación sexual
- e) No se

39. ¿Una adolescente puede utilizar anticonceptivos inyectables?

Si No No se

40. ¿Los anticonceptivos orales e inyectables ocasionan abortos?

Si No No se

41. ¿Los anticonceptivos orales e inyectables aumentan el deseo sexual?

Si No No se

42. ¿El uso de anticonceptivos orales se asocia con la aparición de cáncer de mama?

Si No No se

43. ¿Consideras que el uso de anticonceptivos orales e inyectables puede ocasionar infertilidad?

Si No No se

44. ¿Los anticonceptivos orales e inyectables previenen enfermedades de transmisión sexual?

Si No

45. ¿Has recibido orientación sobre enfermedades de transmisión sexual?

Si No

46. ¿Dónde has recibido información sobre enfermedades de transmisión sexual?

a) Escuela b) Amigos c) Padres c) Iglesia d) Unidad de salud

47. ¿Cuáles son las enfermedades de transmisión sexual que conoces?

a) VIH/SIDA b) Sífilis c) Gonorrea d) Chancro

c) Ninguna d) Todas

48. ¿Todas las Enfermedades de Transmisión Sexual son incurables?

Si No No se

49. ¿Se pueden prevenir las enfermedades de Trasmisión Sexual?

Si No No se

50. ¿Cómo se pueden prevenir las enfermedades de transmisión sexual?

- a) Usando preservativo en las relaciones sexuales y ser fiel a la pareja
- b) Usando pastillas después de la relación sexual
- c) Al no practicar la abstinencia sexual
- d) No se

51. ¿Qué debes hacer al considerar que tienes una Enfermedad de transmisión sexual?

- a) Consultarle a un amigo
- b) Comprar medicamento en la farmacia
- c) Consultar la unidad de salud
- d) No se

52. ¿Si tú tienes una ETS, es necesario que tu pareja también reciba tratamiento?

Si No No Se

53. ¿Cuál es la forma de transmisión de VIH?

- a) Transmisión de mujer embarazada a su hijo
- b) Contacto sexual
- c) A través de besos, abrazos, saludo de manos
- d) Ninguna
- e) No Se

54. ¿Conoces las consecuencias del VIH-SIDA?

Si No

55. ¿Cuáles son las consecuencias del VIH/SIDA?

- a) Se bajan las defensas del cuerpo, hasta llegar a la muerte
- b) Presenta ganancia de peso
- c) No Puede Tener hijos
- d) Ninguna

56. ¿Puede una persona contraer una enfermedad de transmisión sexual-VIH, en su primera relación?

Si No No se

57. ¿Puede una persona aparentemente sana tener VIH-SIDA?

Si No No se

58. ¿Eres padre (madre)?

Si No

59. ¿Crees que estás preparado para ser padre?

Si No

60. ¿Puede una adolescente embarazarse en su primera relación sexual?

Si No No se

61. ¿Consideras que el embarazo en la adolescencia impide la superación personal?

Si No

62. ¿La edad más adecuada para que una mujer quede embarazada es durante la adolescencia?

Si No

63. ¿Cuáles crees que son las consecuencias de un embarazo a temprana edad?

- a) Nacen niños con bajo peso
- b) Los niños nacen con peso normal
- c) Los niños nacen con más defensas en su cuerpo
- d) Ninguna
- e) No se

64. ¿Consideras qué el aborto es un método adecuado para prevenir el embarazo no deseado?

Si No No se

65. ¿Crees que el aborto está penalizado?

Si No No se

66. ¿Cuándo debe practicarse un aborto?

- a) Cuando el niño presenta alguna malformación física
- b) Cuando el niño presenta una enfermedad del corazón o cerebro
- c) Cuando la madre está sangrando
- d) Ninguna
- e) No se

ANEXO N° 2

GLOSARIO

Adolescencia:

Es el periodo que abarca entre los 10 y 19 años de edad, iniciando con los cambios biofisiológicos aparecidos luego de la niñez y finalizando con la madurez sexual y reproductiva.

Conocimiento:

Es una mezcla de experiencias, valores, información contextual y apreciaciones expertas que proporcionan un marco para su evaluación e incorporación de nuevas experiencias e información.

Conocimiento científico:

Es aquel conocimiento que se obtiene mediante procedimientos metódicos, con pretensión de validez, utilizando la reflexión sistemática, los razonamientos lógicos y respondiendo a una búsqueda intencionada.

Conocimiento Vulgar:

Es el conocimiento que se basa en la percepción inmediata de los sentidos, lo que habitualmente se denomina “sentido común”.

Métodos anticonceptivos:

Son todos aquellos mecanismos utilizados voluntariamente, por el hombre, la mujer o la pareja, idealmente de común acuerdo, con el fin de evitar la concepción.

Infecciones de Transmisión Sexual:

Son enfermedades contagiosas y se transmiten de una persona enferma o infectada a otra sana a través del contacto sexual.

Salud reproductiva:

Comprende la capacidad de disfrutar de una vida sexual sin riesgo y satisfactoria y tener la libertad para decidir procrear o no, cuándo y con qué frecuencia.

Salud sexual:

La integración de los aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser humano sexual, en formas que sean enriquecedoras y realcen la personalidad, la comunicación y el amor.

Sexualidad

Es una dimensión de la vida de las personas que se ha desarrollado a partir del hecho de pertenecer a un sexo o al otro, posibilitando ver el mundo y así mismas, como mujeres o como hombres, con todos sus sentimientos, emociones, valores, expectativas, actitudes y relaciones.

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida:

Es la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana tipo 1 o 2, que inicia asintomática por un periodo variable de hasta alrededor de 8 años, posteriormente se deteriora la función inmune, lo que permite la aparición de diversas infecciones, clásicas y oportunistas.

ANEXO No. 3

PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

Cantidad	Rubros	Presupuesto de investigación 2010.										
		Marzo	Abril	Mayo	junio	Julio	Agosto	Sep	octubre	Nov	Dic	Total
Recursos humanos												
3	Médicos en año social											
Materiales y suministros informáticos												
3	Computadoras Portátiles	\$1800										\$1800
1	Impresor	\$100										\$100
3	Memorias USB	\$66										\$66
Materiales y suministros de oficina												
3000	Papel bond		\$ 2.5			\$3.5	\$5.0		\$6.0	\$13		\$30
12	Bolígrafos	\$1.5										\$1.5
3	Calculadoras	\$15										\$15
3	Tinta para impresor	\$30							\$30	\$60		\$120
3000	Fotocopias	\$ 18					\$ 20		\$10	\$ 50		\$ 98
10	Anillados	\$9				\$9			\$9			\$ 27
10	Empastados									\$50		\$50
Transporte												
	Transporte	\$100	\$100	\$100	\$100	\$100	\$100	\$100	\$100	\$100	\$100	\$1000
Alimentación												
	Refrigerio para momento de exposición										\$100	\$100
Sub-Total												\$3407
Imprevistos 10%												\$ 341
Total												\$3748

