

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



**FACTORES RELACIONADOS CON EL INICIO DE LAS  
RELACIONES SEXUALES EN LOS ADOLESCENTES QUE  
CONSULTAN EN LAS UNIDADES DE SALUD DE  
YAYANTIQUÉ, LLANO DE LOS PATOS Y CONCEPCIÓN DE  
ORIENTE DEL DEPARTAMENTO DE LA UNIÓN DURANTE EL  
PERÍODO COMPRENDIDO DE JUNIO A SEPTIEMBRE DE 2005.**

**INFORME FINAL**

**PRESENTADO POR:**

**HAYLER ANTONIO HERNÁNDEZ GRANADOS.  
CARLOS ALBERTO MANCIA CASTILLO.  
HENRRY GEOVANNI MATA LAZO.**

**PARA OPTAR AL GRADO DE:**

**DOCTORADO EN MEDICINA**

**DOCENTE ASESOR:**

**DOCTOR LUIS JAIME BARRIERE MASFERRER**

***ENERO DE 2006.***

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

**AUTORIDADES UNIVERSITARIAS**

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR**

DOCTORA MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ  
**RECTORA.**

INGENIERO JOAQUÍN ORLANDO MACHUCA GÓMEZ  
**VICERRECTOR ACADÉMICO.**

DOCTORA CARMEN RODRÍGUEZ DE RIVAS  
**VICERRECTORA ADMINISTRATIVA**

LICENCIADA ALICIA MARGARITA RIVAS DE RECINOS  
**SECRETARIA GENERAL.**

**FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL**

INGENIERO JUAN FRANCISCO MÁRMOL CANJURA  
**DECANO INTERINO.**

LICENCIADA GLORIA ELIZABETH LARIOS NAVARRO  
**VICEDECANA INTERINA**

LICENCIADA LOURDES ELIZABET PRUDENCIO COREAS  
**SECRETARIA.**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

DOCTORA LIGIA JEANNET LÓPEZ LEIVA.  
**JEFA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA.**

LICENCIADA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO  
**COORDINADORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN.**

LICENCIADA SONIA MARGARITA DEL CARMEN MARTÍNEZ PACHECO  
**MIEMBRO DE LA COMISIÓN COORDINADORA**

DOCTORA ANA JUDITH GUATEMALA DE CASTRO  
**MIEMBRO DE LA COMISIÓN COORDINADORA**

## **ASESORES**

DOCTOR LUIS JAIME BARRIERE MASFERRER  
**DOCENTE ASESOR.**

LICENCIADO JOSÉ ENRY GARCÍA.  
**ASESOR DE ESTADÍSTICA.**

LICENCIADA ELBA MARGARITA BERRÍOS CASTILLO.  
**ASESORA DE METODOLOGÍA.**

**JURADO CALIFICADOR DEL INFORME FINAL**

DOCTOR LUIS JAIME BARRIERE MASFERRER  
**DOCENTE ASESOR**

DOCTORA OSIRIS DE JAIME  
**JURADO CALIFICADOR**

DOCTOR RENÉ MERLOS  
**JURADO CALIFICADOR**

## **DEDICATORIA.**

### **A Dios Todopoderoso:**

Por permitirnos la vida y brindar entendimiento y fortaleza en el transcurso de la carrera.

### **Autoridades de la Universidad de El Salvador:**

Por brindarnos la oportunidad de nuestra formación académica.

### **A los Docentes de la Universidad:**

Por su apoyo en nuestra preparación académica.

### **A la Licenciada:**

Elba Margarita Berríos Castillo, por compartir sus conocimientos y esfuerzos en la asesoría y voluntad ón de éste documento.

### **A todas las Personas Encuestadas:**

Por su buena voluntad para ayudar, brindándonos tiempo y datos necesarios para realizar el estudio.

Hayler Antonio Hernández Granados

## **DEDICATORIA**

### **A Dios Todopoderoso:**

Por permitirnos la vida y brindar entendimiento y fortaleza en el transcurso de la carrera.

### **Autoridades de la Universidad de El Salvador:**

Por brindarnos la oportunidad de nuestra formación académica.

### **A los Docentes de la Universidad:**

Por su apoyo en nuestra preparación académica.

### **A la Licenciada:**

Elba Margarita Berríos Castillo, por compartir sus conocimientos y esfuerzos en la asesoría y elaboración de éste documento.

### **A todas las Personas Encuestadas:**

Por su buena voluntad para ayudar, brindándonos tiempo y datos necesarios para realizar el estudio.

Carlos Alberto Mancía Castillo.



## **DEDICATORIA**

### **A Dios Todopoderoso:**

Por permitirnos la vida y brindar entendimiento y fortaleza en el transcurso de la carrera.

### **Autoridades de la Universidad de El Salvador:**

Por brindarnos la oportunidad de nuestra formación académica.

### **A los Docentes de la Universidad:**

Por su apoyo en nuestra preparación académica.

### **A la Licenciada:**

Elba Margarita Berríos Castillo, por compartir sus conocimientos y esfuerzos en la asesoría y elaboración de éste documento.

### **A mis Padres:**

Vicente Mata, Blanca Rosa Lazo de Mata, por la comprensión y el apoyo brindado durante toda la carrera, que siempre han sido pilar importante, piedra angular de mis alegrías y triunfos.

**A mis hermanos:**

Sandra Yanira, Reyna Elizabeth, por su comprensión y apoyo durante los periodos difíciles de mi vida, por su amor y aprecio incondicional.

**A mi Esposa:**

Yesenia Yamilet, por integrarse a mi lucha, a mi diario empeño por desarrollarme y superarme, por su amor y comprensión.

**A todas las Personas Encuestadas:**

Por su buena voluntad para ayudar, brindándonos tiempo y datos necesarios para realizar el estudio.

Henry Giovanni Mata Lazo.

**FACTORES RELACIONADOS CON EL INICIO DE LAS  
RELACIONES SEXUALES EN LOS Y LAS  
ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS DE EDAD QUE  
CONSULTAN EN LAS UNIDADES DE SALUD DE  
YAYANTIQUE, LLANO DE LOS PATOS Y CONCEPCIÓN  
DE ORIENTE DEL DEPARTAMENTO DE LA UNIÓN  
DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DE JULIO A  
SEPTIEMBRE DE 2005.**

<b>INDICE</b>	<b>PÁG.</b>
EPÍTOME .....	15
INTRODUCCION .....	17
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	
1.1. Antecedentes de la problemática .....	25
1.2. Enunciado del problema .....	28
1.3. Objetivos de la Investigación	
1.3.1. Objetivo General .....	29
1.3.2. Objetivos Específicos .....	29
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1 Adolescencia .....	31
2.2 Cambios fisiológicos de la adolescencia .....	33
2.3 Cambios anatómicos y Psicológicos en la Adolescencia ...	49
2.4 El Adolescente y su Medio ambiente .....	56
2.5 Sexualidad en la Adolescencia .....	61
2.6 Medios relacionados con alto contenido sexual .....	65
2.7 Factores Relacionados con el Inicio de Las Relaciones sexuales .....	66
2.8 Programas de Orientación Sexual para Adolescentes .....	69
2.9 Infecciones de Transmisión Sexual.....	71
2.10 Definición de Términos Básicos .....	73

### **CAPÍTULO III: SISTEMA DE HIPÓTESIS**

3.1 Hipótesis General .....	82
3.2 Hipótesis Específicas .....	82
3.3 Operacionalización de las Hipótesis en Variables e Indicadores .....	83

### **CAPÍTULO IV: DISEÑO METODOLÓGICO**

4.1 Tipo de Investigación .....	87
4.2 Población y Muestra .....	90
4.3 Técnicas de Recolección de Información.....	94
4.4 Instrumentos .....	95
4.5 Procedimiento .....	96

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

5.1 Tabulación, análisis e interpretación de los datos .....	102
5.2 Prueba de Hipótesis .....	157

### **CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

6.1 Conclusiones .....	162
6.2 Recomendaciones .....	166

<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	171
---------------------------	-----

### **ANEXOS**

1. Espermatogénesis .....	175
2. Ciclo menstrual .....	176
3. Útero y Anexos .....	177

4. Ovulación .....	178
5. A. Cuadro de Estadios de Tanner .....	179
5. B. Cuadro de Estadios de Tanner .....	180
6. A. Clasificación de Estadios de de madurez sexual en niñas .....	181
6. B. Estadios de Tanner femenino: Desarrollo de la mama .....	182
6. C. Estadios de Tanner femenino: Desarrollo gonadal ...	183
7. A. Clasificación de los estadios de madurez sexual en niños varones .....	184
7. B. Estadios de Tanner masculino: Desarrollo gonadal .....	185
8. Úteros y sus cambios con la edad .....	186
9. Aparato reproductor masculino (Escroto y sus contenidos) .....	187
10. Conocimientos de las ITS por adolescentes .....	188
11. Áreas bajo la curva normal tipificadas de 0 a z .....	189
12. Guía de observación .....	190
13. Cédula de entrevista .....	192
14. Cronograma de Actividades General .....	200
15. Cronograma de Actividades individual .....	201

## EPÍTOME

La investigación surge del interés en el incremento de la práctica de la actividad sexual desde la adolescencia, específicamente entre las edades de 10 a 19 años de edad, que consultan en las unidades de salud de Yayantique, Llano de los Patos y Concepción de Oriente, por ser un problema que se da, no sólo a nivel nacional si no que a todas las latitudes de nuestro planeta.

El objetivo del estudio es el de investigar los factores relacionados con el inicio de las relaciones sexuales en los y las adolescentes de 10 a 19 años de edad, que consultan en las unidades de salud objetos de estudio durante el periodo comprendido de julio a septiembre de 2005.

Se plantea como hipótesis general que Los factores culturales y socioeconómicos, predisponen el inicio de las relaciones sexuales en los y las adolescentes de 10 a 19 años de edad, que consultan en las unidades de salud objeto de estudio.

El estudio que se realizó fue descriptivo, transversal y analítico. Las técnicas para la recolección de datos fueron: documentales y de campo, a través de la entrevista y la observación, utilizando como instrumentos la cédula de entrevista y la guía de observación.

La población objeto de estudio estuvo constituida por 575 adolescentes de 10 a 19 años, de los cuales se tomó una muestra representativa de 162; y se hizo a través de la cédula de entrevista y guía de

observaciones, recopilados durante el periodo comprendido de junio a septiembre de 2005.

Se obtuvieron los siguientes resultados:

Las principales fuentes de información sobre las relaciones sexuales en los y las adolescentes son los amigos y la escuela.

El conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual en los y las adolescentes son limitados, ya que el 32% no conoce ninguna infección de transmisión sexual, un 32% únicamente VIH/SIDA, 14% gonorrea, 10% chancro blando o chancroide, 6% sífilis, al igual que los que conocen como enfermedades sexualmente transmisibles la verruga o condiloma. Las adolescentes, el 32% ninguna, 30% VIH/SIDA, 13% gonorrea, 12% sífilis, 9% chancro o chancroide, y un 4% herpes genital.

El 46% de los adolescentes y el 58% de las adolescentes han tenido relaciones sexuales.

La relación de género hombre/mujer con respecto del inicio de las relaciones sexuales al momento del estudio fue de 1: 2.5. La edad promedio de inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes es de 14.5 años; mientras que las adolescentes su edad promedio es de 13 a 16.5 años.

El promedio de inicio de las relaciones sexuales entre los adolescentes con respecto al género, hombre/mujer es de 0.89 : 1 años antes en las mujeres que en los hombres.



## **INTRODUCCIÓN.**

La conceptualización de adolescencia abarca aspectos biológicos, sociales, culturales y emocionales; el componente biológico se caracteriza por las transformaciones anatómicas y fisiológicas que incluyen el crecimiento y desarrollo, y dentro de ésta, la maduración sexual. El aspecto emocional comprende una serie de adaptaciones del cuerpo en transformación, a las nuevas relaciones con la familia, otros grupos sociales y a las nuevas experiencias. El componente sociocultural abarca la búsqueda de la identidad adulta a través de una creciente autonomía e independencia, en donde muchas veces se ve enmarcada en un sistema de normas, patrones culturales, religiosos, y sin dejar por un lado las que trascienden desde los antepasados, propios de cada grupo social, son en ocasiones los obstáculos, en otras los alicientes que conforman el complejo campo de las experiencias que todo ser humano enfrenta en la transición de niño a adulto y los compromisos que esto conlleva.

En nuestro país, los responsables de las políticas de salud empezaron a reconocer la importancia de la salud física y “psicosocial” concientes de la variedad de circunstancias que aumentan el riesgo y los daños a que se exponen los adolescentes, así como la atención integral a la salud de adolescentes y jóvenes es de gran importancia.

El desarrollo adecuado de estos contenidos aumentan la posibilidad de proporcionar los conocimientos necesarios y de algunas técnicas y métodos para un mejor acercamiento a éste grupo que en un futuro próximo formaran parte de la gran maquinaria de la productividad y desarrollo de nuestra sociedad; con este fin algunos programas de salud hacen énfasis en la formación de recursos humanos o en la prestación de servicios que se organizan para atender esta demanda.

La adolescencia es una etapa emocionante, que trae muchos cambios en la personalidad de cada individuo que la está viviendo, en donde la gente joven pueden tener muchas razones para hablar y/o practicar las relaciones sexuales como: curiosidad, llamar la atención, porque se sienten solas, por querer parecer expertos en el tema o por presión.

Durante las últimas décadas se ha visto un aumento considerable en los embarazos no deseados y enfermedades infectocontagiosas cuya vía de transmisión es a través de las relaciones sexuales, principalmente en los adolescentes; ésta etapa de transición y cambio de la niñez y adultez está dándose en un ámbito lleno de múltiples conflictos, cambios físicos y psicológicos, que varían de un individuo a otro; que pueden ser sobrellevados dependiendo el ambiente en el que se desenvuelvan, o que ésta pueda ser bloqueada por incremento en las dudas acerca de su sexualidad debido a la

poca información saludable, que oriente de una manera consciente y responsable a los adolescentes.

Hablar de relaciones sexuales aún se considera un tabú por muchas personas de nuestra sociedad, que la ven como algo pecaminoso y/o tema que debe ser discutido únicamente entre los adultos; posturas como ésta, han dado origen al bloqueo de la información apropiada, sana, que por los mismos patrones socioculturales, económicas y religiosos; se crean una serie de mitos, que causan en el adolescente un ambiente de desinformación.

Debido a la poca importancia que se le brinda al tema de la sexualidad en la adolescencia, y el supuesto “peligro” que acarrea el conocimiento de cómo realizarlo de una manera saludable y segura, impulsa al grupo de investigación a profundizar sobre los factores que intervienen para que los adolescentes inicien tempranamente las relaciones sexuales; a la vez que se brindará un análisis de los resultados obtenidos, así como la asesoría de los adolescentes objetos de investigación, para crear en ellos un ambiente de empatía y confianza para que sean ellos mismos los que busquen la información en los lugares adecuados, ya que de esta forma se solventará de alguna manera muchos de los problemas que se presentan con la práctica de las relaciones sexuales de manera irresponsable y desinformada; creando una conciencia responsable con el impacto que tiene el poder de la información orientada y real de los derechos y responsabilidades que

se adquieren al recorrer por el camino de la maduración a través de la adolescencia hacia la edad adulta.

Por tal razón es importante realizar un estudio sobre los Factores Relacionados con el Inicio Temprano de las Relaciones Sexuales en Los y Las Adolescentes, para que los diseños de programas de atención para adolescentes, adopte un enfoque integral con un fuerte contenido educativo y de apoyo psicológico que les permita adquirir valores, establecer metas y tomar decisiones acertadas, y hacer énfasis en atender a aquellos factores de predisposición o riesgo.

Detallándose el presente estudio en seis capítulos distribuidos de la siguiente manera:

**El capítulo uno.** Contiene el planteamiento del problema, iniciándose con la descripción de los antecedentes del inicio temprano de las relaciones sexuales en los y las adolescentes, para lo cual fue necesario consultar bibliografía relacionada, recabada en los últimos cinco años a través de la encuesta nacional de salud familiar FESAL 2002/2003; continuando con el enunciado del problema, en donde se plantea la pregunta central de la investigación la cual es de vital importancia en el proceso, en la que se trató de dar respuesta durante la investigación. Forman parte de éste capítulo los objetivos en el cual se describe

el general y seis objetivos específicos, los que fueron importantes para orientar la investigación, delimitarla y con ello plasmar la finalidad del estudio.

**El capítulo dos.** Contempla el marco teórico, es decir la fundamentación teórica de la investigación donde se detallan concepto de adolescencia, cambios fisiológicos y anatómicos del adolescente, su medio ambiente, sexualidad, algunos medios relevantes con alto contenido sexual, factores relacionados con el inicio temprano de las relaciones sexuales, programas de orientación sexual. En éste capítulo se encuentra también la definición de los términos básicos contemplados en la investigación.

**El capítulo tres.** Comprende el sistema de hipótesis determinado por una hipótesis general, en la que se describen Los factores culturales y socioeconómicos, que predisponen el inicio de las relaciones sexuales en los y las adolescentes de 10 a 19 años de edad, que consultan en las unidades de salud objeto de estudio. Además se plasman dos hipótesis específicas, sobre los factores y consecuencias que giran alrededor de ésta problemática. Además la conceptualización de éstos, que son una explicación anticipada que le permite al científico acercarse a la realidad, son el eslabón necesario entre la teoría y la investigación, que lleva al descubrimiento de nuevas aportaciones al saber, teniendo la finalidad para determinar el tipo de estudio, y el diseño metodológico

que se planifique para su comprobación; que luego se operacionalizaron, de los cuales surgieron los indicadores para cada una de las variables.

**El capítulo cuatro.** Incluye el diseño metodológico, el tipo de investigación el cual es descriptiva, transversal y analítica. Se plantea el área de estudio, el universo, la muestra con los criterios de inclusión y exclusión, el censo y las técnicas de obtención de la información con sus respectivos instrumentos que incluye la cédula de entrevista y la guía de observación que se le realizó a los y las adolescentes de diez a diecinueve años que consultaron a las unidades de salud sujeto de estudio, por último se presenta el procedimiento de cómo se llevó a cabo la investigación.

**El capítulo cinco.** Presentan los resultados de la investigación de campo y se hace a través de la tabulación, análisis e interpretación de los datos, a la vez que se presentan los respectivos gráficos de los resultados obtenidos en el proceso de la investigación.

**El capítulo seis.** Lo forman las conclusiones y recomendaciones que se realizaron de acuerdo a los resultados obtenidos.

Al final se encuentra la bibliografía consultada, contempla libros, documentación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, revistas,

direcciones electrónicas. Además se incluye un apartado de anexos, en donde se encuentra la fisiología y anatomía del aparato reproductor masculino y femenino, estadiaje de Tanner para el desarrollo gonadal durante la adolescencia, cuadros de clasificación de la adolescencia, conocimiento a nivel nacional de las ITS más comunes en El Salvador: Hombres de 15 a 59 años y mujeres de 15 a 49 años de edad, el cuadro de las áreas bajo la curva normal tipificada, cronograma de actividades generales y específicas, así como los instrumentos utilizados como fueron la guía de observación y la cédula de entrevista, durante el proceso de la investigación.

**CAPÍTULO I.**  
**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**



## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

### 1.1. ANTECEDENTES DE LA PROBLEMÁTICA.

En El Salvador, el grupo de adolescentes conforma la cuarta parte de la población total; y debido a los factores socio-culturales predominantes caracterizados por escasas oportunidades de estudio y de empleo, incremento en la desintegración y falta de relaciones afectivas en el núcleo familiar, y la influencia foránea que promueve antivalores y cambios en el estilo de vida<sup>1</sup>; se convierten en un grupo vulnerable para el inicio de actividad sexual precoz y para los riesgos que de ella se derivan.

En el presente trabajo de investigación se pretende conocer los patrones de comportamiento sexual de adolescentes salvadoreños de ambos sexos, que consultan en las unidades de salud antes mencionadas, y determinar el efecto de los factores de riesgo que ejercen sobre su sexualidad.

Es indudable que la cultura machista que aun predomina en nuestro medio, marca grandes diferencias en las normas de conducta sexual que se fomentan, promueven y aceptan para hombres y mujeres.

---

<sup>1</sup> Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, *De adolescentes para Adolescentes*; Manual de Salud Reproductiva y Sexual pág 55.

Estas diferencias se evidencian desde la adolescencia, ya que un estudio que se realizó en nuestro país publicado en la revista *REVSOGIA*, por la Dra. Marina Padilla de Gil, en el año 2001, al comparar las actitudes, las creencias y las conductas de los y las jóvenes, se encontró que los adolescentes del sexo masculino inician actividad sexual mas tempranamente (14.3 años ellos y 15.6 años ellas), en mayor porcentaje (66% ellos y 29% ellas) y tienen mayor número de parejas (4 ellos y 1.8 ellas )que las del sexo femenino. A la vez su actitud hacia la actividad sexual prematrimonial y hacia la masturbación es mucho mas permisiva.

Los jóvenes están mas dispuestos a utilizar métodos anticonceptivos porque los conocen mejor y tienen menos limitantes que ellas.

La principal fuente de información sobre sexualidad continúa siendo la escuela<sup>2</sup>; por lo que debido a los altos niveles de deserción escolar en nuestro país y la elevada tasa de embarazo en la adolescencia, es importante comenzar desde la primaria y fortalecer el papel de otras fuentes de información que incluyan a los desertores escolares.

---

<sup>2</sup> ASOCIACIÓN DEMOGRAFICA SALVADOREÑA et al, FESAL 2002/03, San Salvador Junio de 2004  
pág 182

El conocimiento de las infecciones de transmisión sexual a las que se exponen es muy pobre y está limitado principalmente al VIH/SIDA<sup>3</sup>. Únicamente 1 de 3 adolescentes es capaz de mencionar 3 o más infecciones distintas. Todo esto aunado a las elevadas tasas de actividad sexual entre los adolescentes salvadoreños (2 de 3 varones y 1 de 3 señoritas)<sup>4</sup>, nos brindan evidencia irrefutable de la necesidad urgente de educarlos, orientarlos y brindarles servicios que les permitan optar por estilos de vida saludables, conocer los riesgos a que se exponen y desarrollar al máximo sus capacidades y potencialidades.

Al momento no hay un estudio documentado que establezca que edad es la más apropiada para iniciar las relaciones sexuales; pero varios expertos opinan que el momento apropiado en toda persona es aquel en el que se alcanza la madurez emocional, y capacidad económica para sostener un hogar<sup>5</sup>.

---

<sup>3</sup> Idem, pág. 217

<sup>4</sup> PADILLA DE GILL, Marina, ***Revista de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia***. REVSOGIA 2001. Cáp. 8. págs. 90

<sup>5</sup> BERRIOS CIGUENZA, Margarita, ***Nutrición en Adolescentes Embarazadas***. Entrevista televisiva Canal 63 (Viernes 19/08/2005, 10: 30 am).

## **1.2. ENUNCIADO DEL PROBLEMA.**

A partir de lo expuesto, el problema se enuncia de la siguiente manera:

¿ Son los factores socioeconómicos y culturales condicionantes en el inicio de las relaciones sexuales en los y las adolescentes de 10 a 19 años de edad, que consultan en las unidades de salud de Yayantique, Llano de los Patos y Concepción de Oriente durante el periodo comprendido de julio a septiembre de 2005?.

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

#### **1.3.1 Objetivo General:**

- ✓ Investigar los factores relacionados con el inicio de las relaciones sexuales en los y las adolescentes de 10 a 19 años de edad, que consultan en las unidades de salud objetos de estudio durante el periodo comprendido de julio a septiembre de 2005.

#### **1.3.2 Objetivos Específicos:**

- ✓ Identificar los factores socioeconómicos que determinan el inicio de las relaciones sexuales en los y las adolescentes.
- ✓ Establecer los patrones culturales predominantes en el inicio de las relaciones sexuales en los y las adolescentes.
- ✓ Determinar la edad más frecuente de inicio de relaciones sexuales en los y las adolescentes que consultan en las unidades de Salud antes mencionadas.

- ✓ Identificar que género es el predominante en el inicio de las relaciones sexuales en la población objeto de estudio.
  
- ✓ Establecer el nivel de educación escolar en los y las adolescentes entrevistados.
  
- ✓ Identificar cual es la fuente de información principal que los y las adolescentes consultan antes de tener relaciones sexuales.

**CAPÍTULO II.**  
**MARCO TEÓRICO.**

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Adolescencia:

*“Es el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad de reproducirse, transita de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida su independencia económica”.*<sup>6</sup>

La adolescencia es una etapa de transición de la niñez a la adultez experimentada en forma distinta, personal y particular por cada individuo. Es frecuente observar en adolescentes conductas que pueden tener consecuencias adversas a corto y a la largo plazo. Aquellos comportamientos que incrementan en forma importante la morbilidad y la mortalidad se conocen como conductas riesgosas; entre estas conductas riesgosas se encuentran actividades sexuales inseguras, consumo y abuso de sustancias que pueden producir dependencia, alimentación inapropiada y sedentarismo.

La adolescencia se extiende entre los 10 y 19 años y se ha dividido en 3 etapas:

- ✓ **Adolescencia Temprana.** Compreendida entre los 10 y 13 años, etapa en la que ocurren la mayoría de los cambios biológicos.

---

<sup>6</sup> OMS, *“Consumo de Alcohol y relaciones sexuales en adolescentes del sexo femenino”*  
(Documento disponible en <http://www.scielo.org.ve/scielo.php.htm>; visitado el 8/06/2005).



- ✓ **Adolescencia Intermedia.** Entre los 14 a los 16 años, predomina la interrelación social.
- ✓ **Adolescencia Tardía.** Abarca los 17 a 19 años de edad, predominante las relaciones sociales.

## **2.2. Cambios Fisiológicos.**

### **2.2.1. Cambios Fisiológicos de la Adolescencia en los Hombres.**

Los testículos secretan varias hormonas sexuales masculinas, que colectivamente reciben el nombre de andrógenos y que son : testosterona, dehidrotestosterona y la androstendiona. La cantidad de testosterona es superior a la de las otras que se puede considerar la hormona testicular más importante, si bien, buena parte, sino la mayoría de la testosterona es convertida en Dihidrotestosterona, una hormona más activa en los tejidos diana.

La testosterona se forma en las células superficiales de *leydig*, los testículos secretan aproximadamente el 97% de la testosterona, de la cual, posteriormente se liga de forma laxa a la albúmina plasmática, con mayor afinidad a la Globulina  $\beta$ , denominada *Globulina ligadora de Hormonas Sexuales*, y en estos estados circula en la sangre durante 30 minutos a 1 hora. El resto de testosterona es formada en glándulas suprarrenales.

La producción de estrógenos en el varón, es producida una quinta parte que la mujer no gestante, y puede recuperarse una cantidad considerable en la orina del varón. Es dudosa la procedencia exacta en el varón, pero, se sabe lo siguiente:

1. La concentración de estrógeno en el líquido de los túbulos seminíferos, y probablemente desempeña un papel importante en la espermiogénesis. Se cree que éste estrógeno se forma en las células de *Sertoly* por conversión de la testosterona a estradiol.
2. Los estrógenos se forman a partir de la testosterona y del androstendiol en otros tejidos del organismo, especialmente en el hígado, lo que probablemente supone la producción del 80% del total de estrógenos en el hombre.

### **2.2.2. Etapas de la espermatogénesis.**

La espermatogénesis es el proceso mediante el cual se producen los espermatozoides.

La espermatogénesis se produce en todos los túbulos seminíferos durante la vida sexual activa, como consecuencia de la estimulación de las hormonas gonadotropas de la adenohipófisis, comenzando por término medio a los 13 años y continuando durante el resto de la vida.

## **A. Las etapas de la espermatogénesis.**

En la espermatogénesis los túbulos seminíferos contienen gran cantidad de células epiteliales germinales denominadas Espermatogonias, localizadas en dos o tres capas a lo largo del borde externo de la estructura tubular. Proliferan continuamente para reponer su número, una porción de ellas se diferencia siguiendo etapas definidas de desarrollo para formar los espermatozoides.

En la Primera etapa de la espermatogénesis, la espermatogonias primordiales localizadas en la vecindad inmediata del epitelio germinativo, denominadas espermatogonias de tipo A, se dividen 4 veces para formar 16 células ligeramente más diferenciadas, las espermatogonias tipo B.

En esta fase las espermatogonias migran hacia el centro de las células de Sertoly. Éstas células de sertoly son muy grandes con extensas cubiertas de citoplasma que se extienden desde las capas de la espermatogonia hasta la luz central del túbulo. Las membranas de las células de sertoly están estrechamente unidas entre sí en la base, y los lados, formando una barrera que impide la penetración desde los capilares que rodean los túbulos, de moléculas grandes como la Inmunoglobulina, que podría interferir con la conversión de espermatogonias a espermatozoides. Sin embargo, las espermatogonias destinadas a convertirse en espermatozoides sí atraviesan esta barrera y quedan

alojadas en las protuberancias citoplasmáticas envolventes de las células de sertoly. Esta estrecha relación con las células de sertoly persiste durante todo el resto del desarrollo del espermatozoide.

A lo largo de un periodo que dura en promedio 24 días, cada espermatogonia que atraviesa la barrera y penetra en la capa de células de sertoly se modifica progresivamente y aumenta de tamaño para formar un espermatocito primario grande. Al final de los 24 días cada espermatocito primario se divide para formar 2 espermatocitos secundarios. Esta división no es una división normal. Por el contrario, se denomina Primera división Meiótica. Es la fase inicial de ésta división. Se replica todo el ADN de los 46 cromosomas en este proceso, cada uno de los 46 cromosomas se convierte en 2 cromátides que permanecen unidas entre sí por los centrómeros, las 2 cromátides contienen los genes duplicados del cromosoma, en éste momento el espermatocito primario se divide en 2 espermatocitos secundarios y cada par de cromosomas se separa, de forma que cada uno de los espermatocitos secundarios recibe 23 cromosomas que contienen cada uno de 2 cromátides, mientras que el otro espermatocito secundario recibe los otros 23 cromosomas. En 2 ó 3 días, en la que las dos cromátides de cada uno de los 23 cromosomas se separan por los centrómeros, pasando un conjunto a una espermátide hija y el otro a la segunda espermátide hija.

La importancia de éstas dos divisiones meióticas es que cada espermátide formada al final contiene solo 23 cromosomas, y sólo la mitad de los genes de la espermatogonia original. De ésta manera, el espermatozoide que fecunda el óvulo femenino solo aporta la mitad del material genético al huevo fecundado, y el óvulo la otra mitad.

Durante las semanas que siguen a la meiosis, cada espermátide es alimentada y su forma física varía por la acción de las células de sertoly que la envuelve convirtiéndose en un espermatozoide: 1) Perdiendo parte de su citoplasma; 2) Reorganizando la cromatina de su núcleo para formar la cabeza compacta; y 3) Reunido el citoplasma restante y las membranas celulares en un extremo de las células para formar una cola.

Todas las etapas de formación de espermátocitos a espermatozoides se dan en las células de sertoly, que alimentan y controlan el proceso de espermatogénesis. Todo este periodo, desde las células germinales a los espermatozoides, dura unos 64 días (ver anexo N° 1).

### **2.2.3. Cambios Fisiológicos de la Adolescencia en las Mujeres.**

Los 2 tipos de hormonas ováricas son : Estrógenos y progestágenos. El estrógeno más importante, con diferencia, es el estradiol, y el progestágeno más importante es la progesterona. Los estrógenos promueven la proliferación y el crecimiento de células específicas del cuerpo y son responsables del desarrollo de la mayoría de los caracteres secundarios de la mujer. Por otra parte los progestágenos están implicados casi de forma exclusiva en la preparación final del útero para la gestación y de las mamas para la lactancia.

#### **A. Ciclo Mensual Endometrial y la Menstruación.**

Asociado con la producción mensual cíclica de estrógenos y progesterona por los ovarios, existe un ciclo endometrial que sigue las siguientes fases:

##### **1. Fase Proliferativa (Fase Estrogénica).**

Ocurre antes de la ovulación; al comienzo de cada ciclo menstrual la mayor parte del endometrio se descama con la menstruación. Tras la menstruación, solo permanece en la base de endometrio original una fina capa de estroma endometrial, y las únicas células epiteliales que quedan son las localizadas en las porciones profundas de las glándulas y criptas del endometrio que persisten.

Bajo la influencia de los estrógenos, secretados en cantidades crecientes por el ovario durante la primera fase del ciclo menstrual ovárico, las células de la estroma y células epiteliales proliferan rápidamente. La superficie endometrial se reepitaliza en 4 – 7 días tras el comienzo de la menstruación. Después, durante la semana y media siguiente – es decir antes que se produzca la ovulación –, el endometrio aumenta mucho de espesor, debido al creciente número de células de la estroma y al crecimiento progresivo de las glándulas endometriales y de nuevos vasos sanguíneos al interior del endometrio. En el momento de la ovulación, el endometrio tiene unos 3 – 4mm de espesor. Las glándulas endometriales especialmente las de la región cervical, secretan un moco poco denso, filante. Los filamentos de moco se alinean a lo largo del conducto cervical, formando canales que ayudan a los espermatozoides en la dirección adecuada, hacia el interior del útero.

## **2. Fase Secretora (Fase progestacional).**

Del ciclo endometrial que ocurre tras la ovulación. Durante la mayor parte de la última mitad del ciclo menstrual, después de producida la ovulación se secretan grandes cantidades de estrógeno y progesterona por el cuerpo lúteo. Los estrógenos producen una ligera proliferación adicional del endometrio durante esta fase del ciclo endometrial, mientras la progesterona provoca una notable tumefacción y el desarrollo secretor del endometrio. Las glándulas se vuelven

más tortuosas en las células del epitelio glandular, se acumula un exceso de sustancias secretoras. Los depósitos de lípidos y proteínas aumentan mucho en las células del estroma y el aporte sanguíneo al endometrio sigue incrementándose de forma proporcional de la actividad secretora, con gran tortuosidad de los vasos sanguíneos. En el momento culminante de la fase secretora, aproximadamente una semana después de la ovulación, el endometrio tiene un espesor de 5 – 6 cm.

El propósito general de todas estas alteraciones endometriales es producir un endometrio muy secretor que contiene grandes cantidades de nutrientes almacenados, que pueden ofrecer unas condiciones adecuadas para la implantación de un óvulo fecundado durante la última fase del ciclo mensual. Desde el momento que un óvulo penetra en la cavidad uterina hasta el momento de la implantación (de 7 – 9 días de la ovulación), las secreciones uterinas denominadas “leche uterina”, nutren al embrión precoz en división. Después, una vez que el embrión se implanta en el endometrio, las células trofoblásticas situadas en la superficie del blastocisto que se implanta comienza a digerir al endometrio o absorber la sustancias endometriales almacenadas, con lo que el embrión precoz dispone de mucha mayor cantidad de nutriente.

**Menstruación.** Unos 2 días antes de que termine el ciclo mensual, el cuerpo lúteo involuciona repentinamente y la secreción de las hormonas ováricas,



estrógenos y progesteronas, disminuye drásticamente a valores muy bajos, produciéndose la menstruación.

La menstruación se debe a la disminución repentina de los estrógenos y progesterona, especialmente de la progesterona, al final del ciclo ovárico. “El primer efecto de la disminución de la estimulación endometrial por éstas dos hormonas, seguido de la rápida involución del propio endometrio a un espesor aproximado del 65% del inicial”<sup>7</sup>. Después en las 24 horas que preceden al comienzo de la menstruación, los vasos sanguíneos tortuosos que riegan las capas mucosas del endometrio experimentan vasoespasmo, presumiblemente a causa de la involución, como la liberación de un material vasoconstrictor, probablemente una de las prostaglandinas vasoconstrictoras que abundan en ése momento. El vasoespasmo en la pérdida de la estimulación hormonal provocan una necrosis insipiente del endometrio, especialmente de los vasos sanguíneos. Como consecuencia, escapa sangre al estrato vascular del endometrio y las áreas hemorrágicas crecen rápidamente a lo largo de un periodo de 24 a 36 horas, gradualmente las capas necróticas del endometrio se separan del útero en éstas zonas de hemorragia hasta que 48 horas después del comienzo de la menstruación, todas las capas superficiales del endometrio se han descamado. La masa de tejido descamado y de sangre en la cavidad uterina, a lo que posiblemente se añaden los efectos contráctiles de las prostaglandinas, inician las contracciones uterinas que expulsan el contenido uterino.

---

<sup>7</sup> GUYTON, Arthur C. y may, JOHN E. Tratado de Fisiología Médica. 9ª Ed. 1997, pág. 1125.

Durante la menstruación normal, se pierden 40ml de sangre y 35ml más de líquido seroso; el líquido menstrual habitualmente es incoagulable, porque junto con el material necrótico endometrial se libera fibrinolisisina (ver anexo N° 2). Si el sangrado por la superficie uterina es excesivo, la cantidad de fibrinolisisina puede ser insuficiente para evitar la coagulación. La presencia de coágulos durante la menstruación es señal habitual de una afección uterina.

En el plazo de 4 – 7 días desde el comienzo de la menstruación, la pérdida de sangre cesa, debido a que para ese momento el endometrio se ha reepitalizado.

### **2.2.3.1. Funciones de las Gonadotropinas (GnRH).**

Los años reproductivos normales de la mujer se caracterizan por variaciones rítmicas mensuales de la secreción hormonas femeninas y las correspondientes alteraciones en los ovarios y en los órganos sexuales (menstruación). La duración del ciclo es, en promedio de 28 días. Puede ser tan corto como 20 días o tan largo como 45 días incluso en mujeres normales,

aunque la longitud anormal del ciclo con frecuencia se asocia con menor fertilidad. Existen dos resultados significativos del ciclo sexual femenino. Primero, normalmente sólo se libera un único óvulo de los ovarios cada mes, de forma que normalmente sólo puede crecer un solo feto a la vez. Segundo, el endometrio uterino se prepara para la implantación del óvulo fecundado en el momento preciso del mes.

A la edad de 9 – 10 años, la hipófisis comienza a secretar progresivamente más hormona folículoestimulante (FSH), y hormona luteinizante (LH), lo que culmina con la iniciación de los ciclos sexuales mensuales entre los 11 y 16 años. Este periodo de cambio se denomina pubertad, y el primer ciclo menstrual, menarquia.

Los ovarios también funcionan durante la vida fetal por la estimulación por otra gonadotropina, la gonadotropina coriónica, secretada por la placenta (ver anexo N° 3); pero en pocas semanas tras el nacimiento este estímulo se pierde, y los ovarios permanecen casi inactivos hasta el periodo prepuberal.

Tanto la FSH y la LH estimulan a sus células diana en los ovarios combinándose con receptores específicos en las membranas celulares, aumentando las tasas de secreción como el crecimiento y proliferación de esas células. Casi todos estos efectos estimuladores resultan de la activación del sistema del segundo mensajero del monofosfato de adenosina cíclico (AMPc) en el citoplasma celular.

En la niña, en el momento del nacimiento, cada óvulo está rodeado de una única capa de células de la granulosa, y el óvulo, con su capa de células de la granulosa se denomina *folículo primordial*. Durante la niñez se cree que las células de la granulosa nutren al óvulo y que se secretan un factor inhibidor de la maduración del oocito, que lo mantiene en estado primordial, detenido durante todo este tiempo en la profase de la división meiótica. Después, tras la pubertad, cuando la FSH y la LH de la adenohipófisis comienzan a ser secretadas en gran cantidad, los ovarios completos, y en su interior los folículos, comienzan a crecer.

La primera fase del crecimiento folicular es un moderado crecimiento del propio óvulo, que aumenta de diámetro de dos a tres veces. Esto va seguido del crecimiento de más capas de células de la granulosa, y el folículo pasa a ser conocido como *folículo primario*; por lo menos parte del desarrollo de esta etapa puede producirse incluso en ausencia de FSH y LH, pero el desarrollo más allá de ella no es posible sin estas dos hormonas.

Durante unos pocos días tras el comienzo de la menstruación, las concentraciones de FSH y LH aumentan ligera o moderadamente; el aumento de la FSH es algo mayor y precede unos pocos días al de la LH. La FSH induce el crecimiento acelerado de 6 a 12 folículos primarios cada mes. El efecto inicial es la proliferación rápida de las células de la granulosa, que origina muchas más capas de células de la granulosa. Además, muchas células fusiformes derivadas del intersticio ovárico se agrupan formando varias capas por fuera de

las células de la granulosa, dando origen a las células de la teca. Ésta, se divide en 2 subcapas: las de la teca interna (células que adoptan características epitelioideas similares a las de las células de la granulosa y desarrollan la capacidad de secretar hormonas esteroideas, similar a la capacidad de las células de la granulosa de secretar hormonas ligeramente diferentes). La subcapa externa, la teca externa, es una cápsula de tejido conectivo muy vascularizada. Esta se convierte en la cápsula del folículo en desarrollo.

Tras la fase temprana proliferativa de crecimiento, que dura unos pocos días, la masa de células de la granulosa secreta un líquido folicular que contiene gran concentración de estrógeno. La acumulación de éste líquido hace que aparezca un antro en el interior de la masa de células de la granulosa; una vez formado el antro, las células de la granulosa y de la teca proliferan todavía más rápidamente, la tasa de secreción se acelera, y cada uno de los folículos en crecimiento se convierte en un *folículo antral*.

El crecimiento temprano del folículo primario hasta la etapa antral es estimulado principalmente por la FSH sola. Después se produce un crecimiento muy acelerado de los folículos antrales, que forman folículos mucho más grandes denominados *folículos vesiculares*. Este crecimiento es causado por lo siguiente: 1) se secreta estrógeno al interior del folículo, que hace que las células de la granulosa formen cantidades crecientes de receptores de FSH; esto causa un efecto de retroacción positiva, pues hace que las células de la granulosa sean más sensibles que nunca a la FSH adenohipofisaria; 2) La FSH

hipofisiaria y los estrógenos se combinan para promover también receptores de LH en las células de la granulosa originales permitiendo así la estimulación de éstas células por la LH, además de por la FSH, y originando un rápido aumento folicular; 3) La cantidad creciente de estrógenos del folículo, más el aumento de la LH hipofisiaria, actúan juntos para inducir la proliferación de las células tecales del folículo y aumentar su secreción. El óvulo, todavía en la fase de oocito primario, junto con las células de la granulosa que lo rodean, recibe el nombre de *cúmulo oóforo*.

Transcurrida una semana de crecimiento más – pero antes de que se produzca la ovulación – , uno de los folículos comienza a crecer más que los restantes; los demás comienzan a involucionar, y se dice que éstos folículos se vuelven atrésicos. Este proceso de atresia es importante, pues permite que sólo uno de los folículos crezca lo suficiente para ovular. El único folículo que alcanza un tamaño de 1 – 1.5cm en el momento de la ovulación se denomina folículo maduro.

La ovulación en una mujer tiene un ciclo sexual normal de 28 días se produce 14 días después del comienzo de la menstruación. Poco tiempo antes de la ovulación, la pared externa del folículo, que hace relieve, se hincha rápidamente, y una pequeña zona de la cápsula, denominada estigma, forma una protuberancia como un pezón. En otros 30 minutos, más o menos, comienza a rezumar líquido folicular a través del estigma. Unos dos minutos más tarde, cuando el folículo se hace más pequeño por la pérdida de líquido, el estigma se

rompe ampliamente y un líquido más viscoso que ha ocupado la porción central del folículo se vierte hacia fuera, al abdomen. Este líquido viscoso lleva consigo el óvulo rodeado de varios miles de pequeñas células de la granulosa denominados corona radiada.

En este entorno de: 1) crecimiento rápido del folículo, 2) disminución de la secreción de estrógeno, tras una larga fase de secreción de excesiva de estrógeno, y 3) comienzo de la secreción de progesterona, en el que tiene lugar la ovulación. Sin el pico preovulatorio de la LH, la ovulación no tendrá lugar.

Durante las primeras horas tras la expulsión del óvulo del folículo, las células de la granulosa interna y la teca que quedan se convierten rápidamente en células luteínicas. Aumentan su diámetro dos veces o más y se llenan de inclusiones lipídicas que les dan aspecto amarillento. Este proceso se denomina luteinización, y el conjunto de la masa de células se denomina cuerpo lúteo (ver anexo N° 4). Las células de la granulosa del cuerpo lúteo desarrollan un extenso retículo endoplásmico liso que forma grandes cantidades de las hormonas sexuales femeninas progesterona y estrógeno, pero sobre todo de progesterona. Las células de la teca forman principalmente los andrógenos androstendiona y testosterona en vez de hormonas sexuales femeninas. Sin embargo, la mayor parte de ellas son convertidas en hormonas femeninas por las células de la granulosa. En la mujer normal, el cuerpo lúteo crece hasta alcanzar los 1.5cm de diámetro, alcanzando este estadio de desarrollo unos 7 a 8 días después de la ovulación. Después comienza a involucionar y termina por perder su función

secretora, así como su aspecto amarillento lipídico, característico, unos 12 días después de la ovulación, convirtiéndose en el llamado corpus albicans; en las siguientes semanas es sustituido por tejido conectivo.

La involución final se produce al final del duodécimo día de vida del cuerpo lúteo, que es aproximadamente el 26º día del ciclo menstrual, 2 días antes del comienzo de la menstruación. En ese momento, la falta de secreción del estrógeno, de progesterona y de inhibina por el cuerpo lúteo elimina la inhibición por retroacción de la adenohipófisis, permitiendo que comience de nuevo la secreción de grandes cantidades de FSH y, unos pocos días más tarde, cantidades ligeramente mayores de LH. La FSH y la LH inician el crecimiento de nuevos folículos para comenzar de nuevo el ciclo ovárico. Pero antes de que estos folículos puedan progresar significativamente, la escasez de la secreción de progesterona y estrógeno causa la menstruación uterina.



## **2.3. Cambios Anatómicos y Psicológicos en la Adolescencia**

### **2.3.1 Adolescencia Temprana:**

#### **A. Desarrollo Biológico.**

La producción suprarrenal de andrógenos (fundamentalmente sulfato dehidroepiandrosterona) puede ser tan precoz como a los 6 años de edad, con el desarrollo del olor en la axila y un fino vello genital (andrenarquía). Los niveles de hormonas luteinizante y folículoestimulante se incrementan progresivamente a lo largo de la parte media de la niñez, sin efectos espectaculares. Las rápidas alteraciones de la pubertad se inician con el aumento de la sensibilidad hipofisiaria a la hormona liberadora de la gonadotropina, la liberación pulsátil de GnRh (Gonadotropina), LH (hormona luteinizante), FSH (Hormona folículoestimulante). Durante el sueño, y el correspondiente incremento de andrógenos y estrógenos gonadales.

Las series de cambios somáticos y fisiológicos resultante da lugar a la categoría de madurez sexual o estadios de tanner (ver anexo N° 5A y N° 5B).

El primer signo visible de la pubertad en las niñas es el desarrollo de los botones mamarios, entre los 8 y 13 años, la menarquia aparece típicamente 2 – 2 ½ años más tarde (amplitud normal 9 – 16 años). Se producen cambios menos evidentes en el aumento del tamaño de los ovarios, el útero, los labios mayores y menores, y el clítoris; engrosamiento del endometrio y la mucosa vaginal; aumento del

glucógeno en la mucosa vaginal, lo que predispone a las infecciones por levadura (ver anexo N° 6A, N° 6B, y N° 6C).

El primer signo en los niños varones, es el crecimiento testicular que comienza como pronto a los 9 ½ años. El máximo crecimiento se produce cuando el volumen de los testículos alcanza aproximadamente entre 9 – 10cm<sup>3</sup> bajo la influencia de la LH y testosterona, los túbulos seminíferos, el epidídimo, las vesículas seminales y la próstata aumentan de tamaño (ver anexo N° 7A y N° 7B). El testículo izquierdo está normalmente más bajo que el derecho; el *situs inversus* puede suceder lo contrario. En un 40 a un 65% de los varones púberes, tiene lugar cierto grado de hipertrofia mamaria, como resultado de un exceso relativo de estimulación estrogénica. Sólo en menos del 10% el grado de ginecomastias es suficiente como para producir vergüenza y discapacidad social. Los pequeños aumentos de menos de 4cm de diámetro se resuelven en 3 años sin tratamiento en el 90%. Para los grados mayores de agrandamiento, pueden estar indicados el tratamiento hormonal o quirúrgico. La obesidad puede exacerbar la ginecomastia y se debe combatir con dieta y ejercicio.

En ambos sexos, la aceleración del crecimiento comienza en la adolescencia temprana, aunque las velocidades de crecimiento máximas no se alcanzan hasta SMR3 ó 4 (categoría de madurez sexual). En los niños el estirón del crecimiento se produce típicamente 2 ó 3 años más tarde que en las niñas, y se prolonga 2 ó 3 años más que en ellas. Comienza distalmente, con un

agrandamiento inicial de las manos y los pies, seguidos de los brazos, las piernas y finalmente del tronco y del tórax.

## **B. Sexualidad.**

La sexualidad no solo engloba la conducta sexual sino también el interés por el sexo y las fantasías, la orientación sexual, las actitudes hacia el sexo, y su relación con las emociones, la conciencia de los roles y costumbres definidos socialmente.

El interés en el sexo aumenta en la pubertad temprana. La eyaculación aparece por primera vez normalmente durante la masturbación, y más adelante espontáneamente durante el sueño.

La relación entre los cambios hormonales y el interés y la actividad sexuales es controvertida; no se ha encontrado una conexión firme entre las hormonas y la excitación sexual, la edad del primer coito o la frecuencia de relaciones sexuales.

## **2.3.2 Adolescencia Intermedia.**

### **A. Desarrollo Biológico**

En la adolescencia intermedia, el crecimiento se acelera por encima de la velocidad prepuberal de 6 – 7cm por año. En la niña como promedio, el estirón de crecimiento alcanza su máximo a los 11 ½ años, con una velocidad máxima de 8.3cm por año y luego se hace más lento hasta detenerse a los 16 años. En el niño, el estirón de crecimiento, comienza más tarde como promedio alcanza su máximo a los 13 ½ años, con 9.5cm por año, luego se hace más lento hasta cesar a los 18 años. El peso aumenta de forma paralela al crecimiento lineal, con un retraso de varios meses, de modo que da la impresión de que los adolescentes, primero se estiran y luego se rellenan. El aumento de peso de la pubertad supone aproximadamente el 40% del peso del adulto. La masa corporal magra aproximadamente el 80% en el niño prepuber como promedio, aumenta en los niños hasta el 90% y disminuye en las niñas hasta en un 75% a medida que se acumula la grasa subcutánea.

La maduración ósea guarda una estrecha correlación con el SMR, ya que el cierre epifisario está sometido a control androgénico. Los niños con vello pubiano en SMR3 y genitales en SMR4 tienen generalmente su máximo estirón de crecimiento antes de esas fases; las niñas en el mismo SMR generalmente han tenido ya sus máximos.

El ensanchamiento de los hombros en los niños y de las caderas en las niñas, está también determinado hormonalmente, otros cambios fisiológicos son la duplicación del tamaño del corazón y de la capacidad vital pulmonar. La tensión arterial, el volumen sanguíneo y el hematocrito se elevan, especialmente en los niños. La estimulación androgénica de las glándulas sebáceas y apócrinas da lugar al acné y al olor corporal. Un aumento fisiológico de la somnolencia puede mal interpretarse como holgazanería.

La maduración sexual en la adolescencia media es espectacular; el 30% de las niñas alcanzan la menarquia en SMR3 (edad media 11.9 años) y el 90% en el SMR4 (edad media 12.6 – 12.9 años). La menarquia suele sobrevenir aproximadamente un año después del estirón del crecimiento.

Antes de la menarquia, el útero alcanza una configuración madura (ver anexo N° 8), aumenta la lubricación vaginal y aparece el flujo claro vaginal, a veces confundido con un signo de infección. En los varones se presenta la espermárquia y el pene aumenta de longitud y grosor (ver anexo N° 9).

## **B. Sexualidad**

El grado de actividad sexual varía ampliamente. A los 16 años aproximadamente el 30% de las chicas y el 45% de los chicos manifiestan tener

relaciones sexuales con coito, mientras que el 17% se dedican a acariciarse y un 22% refieren besarse como única actividad sexual<sup>8</sup>.

La maduración biológica y las presiones sociales se combinan para determinar la actividad sexual. Una testosterona elevada junto con una religiosidad escasa pueden predecir que chicos se volverán sexualmente activos<sup>9</sup>. Con frecuencia los padres desapruaban la conducta sexual, pero pueden alentarla con las expectativas de fomentar la popularidad del niño ó de vivir indirectamente a través de las experiencias del niño. La experimentación homosexual es común y no refleja necesariamente la orientación sexual definitiva del niño. A muchos adolescentes les preocupa que podrían ser homosexuales y temen ser descubiertos. En consecuencia, las salidas y la actividad sexual de carácter homosexual durante la adolescencia son raras. Los adolescentes homosexuales afrontan un riesgo alto de aislamiento y de depresión.

---

<sup>8</sup> Richard E. Berhrman, **Nelson – Tratado de Pediatría**, 16ª Edición. Vol 1. pág. 60.

<sup>9</sup> Idem.

### **2.3.3. Adolescencia Tardía.**

#### **A. Desarrollo Biológico**

En comparación, los cambios somáticos en éste periodo son modestos. Los estadíos finales del desarrollo de la mama, el pene y el vello pubiano se presentan a los 17 – 18 años en el 95% de los varones y las mujeres. Con frecuencia, se siguen produciendo cambios menores en la distribución del vello durante varios años en los hombres, como en el crecimiento del vello facial y pectoral, y la aparición de alopecia de patrón masculino en algunos.

#### **B. Desarrollo Psicosocial.**

La experimentación sexual disminuye a medida que el adolescente adopta una identidad sexual más estable. La cognición tiende a ser menos egocéntrica y aumentan los pensamientos sobre conceptos como la justicia, el patriotismo, y la historia. El adolescente mayor con frecuencia es idealista, pero puede ser absolutista e intolerante con las opiniones contrarias. Los grupos políticos o religiosos que prometen respuestas a cuestiones complejas pueden suscitar una gran atracción.

La lentificación de los cambios físicos permite la instauración de una imagen corporal más estable. Las relaciones íntimas son también un componente importante de la identidad para muchos adolescentes mayores.

A diferencia de las muchas veces superficiales relaciones de la adolescencia media basadas en salir en pareja, estas relaciones gozan de un amor y compromiso cada vez mayor; las decisiones sobre el futuro profesional se vuelven apremiantes, debido a que el autoconcepto del adolescente está cada vez más absorbido por su papel emergente en la sociedad (como estudiante, trabajador o padre).

## **2.4. El Adolescente y su Medio Ambiente.**

### **2.4.1 Entorno Familiar**

Existe una amplia unanimidad en todos los grupos, en cuanto al carácter de las comunicaciones que sobre todo salud sexual y reproductiva se establecen entre los adolescentes y sus padres; es un tema poco o nada atendido por razones diversas que, según comentan los muchachos, atañen tanto a ellos mismos como a sus padres, por ejemplo señalan que generalmente no existe adecuada comunicación, habitualmente no se habla del tema, consideran que es difícil abordarlo porque a los padres no les gusta y les avergüenza hablar sobre sexualidad; por otra parte a ellos mismos les resulta incómodo y se sienten nerviosos de plantear algunas inquietudes.

La frecuencia con la que se conversan los temas de salud sexual y reproductiva y en especial sexualidad con la familia es muy baja, además de que cuando sucede habitualmente son pláticas de corto tiempo y se limitan a la



formalidad. Hay muchos tipos de familia y probablemente todas son diferentes.

Sin embargo, hay cosas que tienen en común:

- ✓ Es un grupo de personas donde, generalmente hay adultos, niños, adolescentes y ancianos que viven en un espacio físico común, la casa; que se protegen y cuidan, que tienen reglas de comportamiento y límites para cada miembro. Por lo general repiten y tratan de enseñar a los niños y adolescentes las costumbres y reglas del país donde viven y que aprendieron de sus familias.
- ✓ Las familias pueden transmitir todo tipo de sentimientos, desde cariño, amor, indiferencia, hasta odio. En algunos hogares hay agresión física o de palabra.
- ✓ En las familias donde hay adolescentes, se intercambian muchos sentimientos, porque se está viviendo una etapa de cambios. Esta emotividad con que se relaciona puede convertirse en un obstáculo plenamente en esta etapa. Las razones para esto pueden ser las siguientes:
  1. El temor de los padres a no saber enfrentar los cambios que ocurren en la adolescencia, entre ellos: “La rebeldía y las discusiones” que surgen “Para que no sigan un mal camino”.
  2. Su preocupación por orientar su independencia y perder su autoridad (los padres) o el poder que tienen sobre los hijos cuando eran niños. Es decir, tienen miedo de que sus hijos (los

adolescentes) hagan los que ellos quieren, sin importar lo que los padres piensan.

3. La inseguridad o desconfianza en verles llenos de energía; dispuestos a nuevas emociones y que son inexpertos. Especialmente porque es la época en que se inician la vida sexual.

Se constituye entonces una contradicción muy perjudicial para los adolescentes, en el sentido de que por su parte, reconocen que sus padres no dudarían de la veracidad de los consejos, además de que algunos incluso desearían que así sucedieran; pero las razones expuestas, refleja una vivencia distorsionada de la sexualidad que se asume como "normal" y raras veces es cuestionada por parte de muchos padres de familia, se pierde la oportunidad de aprovechar el vínculo familiar como un medio idóneo de transmisión de mensajes convenientes y oportunos a las demandas y necesidades de los adolescentes.

Los adolescentes se encuentran en una edad que para ellos desean tener más. Quieren probar sus propias ideas, quieren sentirse mayores impresionar a más gentes; pero quizá es preferible que se detengan, de vez en cuando, para observar el panorama completo. La familia desea lo mejor para el adolescente y puede que tengan razón aún cuando éstos no lo toman en cuenta.

### 2.4.2. Entorno Escolar.

El nivel educativo de los y las adolescentes de nuestro país, tiene gran impacto sobre la salud reproductiva como sobre la sexualidad, en la Encuesta Nacional de Salud Familiar 2002/2003 (F.E.S.A.L) reveló los siguientes datos de nivel educativo y deserción escolar en hombres y mujeres en edad fértil en el área metropolitana de San Salvador, que el 22.3% de la población está formado por adolescentes, de éstos el 26.3% son del área urbana, y el 51.4% son del área rural, encontrando que el 4.7% de los adolescentes no tienen ningún nivel educativo, el 7.4% estudió de 1º - 3º grado, el 21% de 4º - 6º, 45.3% de 7º - 9º, y un 21.5% bachillerato o universidad. Teniendo un promedio de nivel educativo del 7º grado. Con respecto a la edad en la que dejó de estudiar se obtuvieron los siguientes datos del total de encuestados: menos de 10 años 1.4%; de 10 – 14 años 12.9% 15 – 19 años 35.4%.<sup>10</sup>

Con respecto al nivel educativo y de deserción escolar en las mujeres en nuestro país presentaron los siguientes resultados:

En la zona urbana el 6.6% no realizó ningún grado académico, el 8.4% de 1º - 3º grado, 17.7% 4º - 6º; el 26.3% de 7º - 9º; y el 41% bachillerato o universidad; mientras que en la zona rural los resultados fueron los siguientes: 20.3% ningún

---

<sup>10</sup> ASOCIACIÓN DEMOGRÁFICA SALVADOREÑA et al, **FESAL 2002/03**, San Salvador Junio de 2004. pág 502

grado académico; 21.9% de 1º - 3º grado, 26.6% de 4º - 6º; 18.2% 7º - 9º; bachillerato o universidad el 13%.<sup>11</sup>

### **2.4.3. Entorno social (Amigos).**

La amistad es una relación estrecha entre personas ajenas a la familia, que se basa en el interés y afecto mutuo.

En la adolescencia el grupo de amigos y amigas es muy importante. Con ellos se establecen vínculos para aliviar los sentimientos de inseguridad propios de ésta etapa; con los amigos se comparten alegrías, juegos, angustias, problemas y se encuentra apoyo porque todos pasan por situaciones y cambios parecidos y esto los une más. Los gustos por la ropa, la música, los juegos son similares.

Usualmente las apreciaciones de los diferentes grupos de edad sobre el carácter de las comunicaciones sobre sexualidad con sus amigos es categórica, en cuanto que con aquellos se dan las mejores condiciones para los intercambios. Sobre esto subrayan razones como por ejemplo: son los sujetos con quienes se convive, se les tiene mayor confianza y son enteramente explícitos; como puede notarse los amigos reúnen todos los requerimientos que paradójicamente son negados por sus propios padres de familia.

La calidad de respuesta de todos los adolescentes, indican que ellos asumen las relaciones sexuales como una obligación , para el caso del grupo de

---

<sup>11</sup> Ibidem, pág 30.

13 a 14 años y como una exigencia de mostrar hombría , particularmente, los de 20 a 24 años . los adolescentes de 13 a 14 años citan que sus amigos los animan a decidirse a sostener la primera relación sexual, les explican los detalles e incluso los invitan a los prostíbulos , por otra parte también señalan que reciben presiones de parte de los hermanos mayores.

## **2.5. Sexualidad en la Adolescencia.**

### **2.5.1. Identificación Sexual y Conflictos emocionales.**

En la etapa de la adolescencia, se desarrollan sentimientos de atracción interpersonal. La mayoría de los seres humanos sienten atracción por el sexo opuesto, una proporción más pequeña hacia el mismo sexo y otros la sienten hacia uno y otro sexo. En este sentido, cualquiera que sea el caso, éste está condicionado por factores biopsicosociales, lo cual se hace evidente cuando una emoción se hace poderosa, que hace que al elegir a una u otra persona, sea poco comprendida en general, pues la elección relacionada con el comportamiento sexual es compleja.

En la orientación sexual del adolescente, no sólo intervienen aspectos relacionados con el comportamiento, sino que influyen otros como edad, situación, fantasías y afectos. La tendencia a la disminución de la edad de inicio de las relaciones sexuales es señalada por varios autores como un riesgo, sobre todo cuando la educación sexual no es la adecuada. Diferentes estudios señalan

como la edad de comienzo de estas relaciones, antes de los 15 años, con altos porcentajes asociados con un descenso en la edad de la menarquia conjuntamente con la madurez psicológica y social asociada. Diferentes autores señalan como orientación sexual, la homosexual y bisexual en la etapa de la adolescencia y se considera formar parte del proceso de elaboración de la identidad sexual, lo cual no siempre se corresponde con su elección en la etapa adulta. Otros plantean que toda conducta sexual que no dañe física o espiritualmente al individuo, a su pareja o a terceras personas, debe ser considerada una variante sexual y debe ser respetada.

Algunos estudios señalan que aunque el 25 % de los homosexuales han tenido sentimientos homosexuales en algún grado, sólo el 4 % considera éstos más fuertes que los heterosexuales, y resulta conveniente aclarar que los sentimientos y conductas homosexuales o bisexuales de los adolescentes no pueden ser clasificadas como definitivas en esta escala que corresponde a una etapa de la vida, por lo que es poco frecuente encontrar en estas edades algunas de estas variantes sexuales en estado puro.

Pocos autores han realizado estudios sobre esta temática. *Peraza* encontró en una muestra de adolescentes de 14 a 18 años, que en el grupo de 14 a 15, el 17,6 % de 6 varones habían referido conducta homosexual, y 1 hembra, (2,8 %) de las estudiadas refirió lesbianismo. En el grupo de 16 a 18 años, el 8,3 % de 5

adolescentes masculinos estudiados; refirió esta conducta y de 4 hembras estudiadas, la refirió el 6,6 % del total de 16 homosexuales estudiados.

Aunque estos resultados son superiores a los nuestros, que pudiera deberse a la técnica utilizada (entrevista en nuestro caso), se aprecia el predominio del sexo masculino sobre el femenino en la conducta homosexual. Algunos estudios plantean que este hecho se produce normalmente durante la adolescencia fundamentalmente en el sexo masculino. En otros se plantea la posible existencia en el cromosoma X de un gen capaz de afectar la orientación sexual del varón aunque son resultados preliminares en una muestra pequeña.<sup>12</sup>

### **2.5.2. Noviazgo y Relaciones Sexuales.**

Los sentimientos señalados sobre las relaciones coitales, pueden muy bien dividirse en los percibidos antes y después de vivir dicha experiencia, los primeros están referidos a las inquietudes e incertidumbre sobre los detalles del acto en sí, en este caso se preguntan a menudo ¿Cuál será la sensación del coito?, ¿cómo debo hacerlo? Y frecuentemente piensan en mujeres desnudas, en “*querer tenerlas*”, en “*que se haga realidad el sueño de la primera relación sexual*”; además de sentirse presionados, ansiosos, emocionados, con miedo y con mucha curiosidad.

---

<sup>12</sup> Alba Cortés Alfaro y Cols., **Orientación sexual en estudiantes adolescente** (Documento disponible en [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol14\\_5\\_98/mgi08598.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol14_5_98/mgi08598.pdf); visitado el 10/06/2005).

Después de haber vivido la experiencia de la primera relación sexual, declaran sentirse realizados, se sienten lo máximo, felices de haber vivido la experiencia, de haber logrado lo que querían y apresuradamente completan su tan esperada experiencia comentándoselo a sus amigos.

Referente a la experiencia de la primera relación sexual en el marco de los requerimientos del modelo dominante de masculinidad, muchos adolescentes y jóvenes lo asumen como un rito o una prueba que debe transmitirse obligatoriamente, para lo cual es consejo de los experimentados iniciarlo lo más pronto posible, para aprender a vencer todo tipo de miedos y temores que se presenten, hasta lograr un vasto dominio. Sobre este punto es muy ilustrativo el siguiente pasaje citado por un joven del área urbana:

*“Cuando yo tenía algún problema, recurría a mi hermano mayor, le contaba lo que no le podía decir a una mujer si me gustaba, el me decía, mirá vos no seas penoso, culero (homosexual); entonces así agarraba ánimos, me aventaba todo tembloroso a la mujer. La primera vez así pasa”.<sup>13</sup>*

---

<sup>13</sup> Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, **“La salud sexual y reproductiva en los adolescentes varones y hombres jóvenes”** 1ª ed. San Salvador, El Salvador 2002, pág 63.



## **2.6. Medios Relacionados con alto Contenido Sexual: Televisión, Revistas, Internet, Radio.**

Las maneras como los adolescentes y jóvenes varones satisfacen sus deseos sexuales son variadas, las más frecuentemente citadas son: la masturbación, observando revistas y películas pornográficas y páginas del mismo tema en internet, y relaciones sexuales con prostitutas, con las novias, y con homosexuales. Por lo expresado por los adolescentes entrevistados, pareciera que en cuanto a la satisfacción de los deseos sexuales ellos manejan una serie de posibilidades, mas o menos de esta manera: si los muchachos tienen novia entonces pueden con ellas satisfacerse o sostener relaciones sexuales; si no tienen novia y disponen de dinero, entonces relaciones sexuales con prostitutas; en el caso de no contar con dinero entonces la mayoría opta por la masturbación y algunos refieren relaciones con homosexuales.<sup>14</sup>

Al indagar sobre la información que los adolescentes poseen sobre sexo, nos encontramos que la mayoría relacionan directamente la palabra sexo con el coito propiamente o con aspectos relacionados con él, de tal forma que como puede observarse en los cuadros, en términos conceptuales hay mucha diferencia de criterios. Prácticamente los únicos medios que citan a través de los cuales se informan sobre sexo son las revistas y películas pornográficas y páginas del mismo tipo en internet, con lo cual puede deducirse la magnitud de la

---

<sup>14</sup> Idem

desinformación y desconocimiento sobre los aspectos más elementales de la salud sexual.<sup>15</sup>

## **2.7. Factores Relacionados con inicio de relaciones sexuales.**

### **2.7.1. Factores Culturales.**

La estructura cultural de un pueblo comprende muchos aspectos tales como:

#### **Creencia:**

*“Es tener por cierta una cosa que no está comprobada y tener firme asentamiento y conformidad con alguna cosa o acto”. “Son ideas sobre la naturaleza de la realidad, que quienes las mantienen las consideran reales.”<sup>16</sup>*

Ejemplo: El varón debe tener relaciones sexuales a temprana edad porque si no se vuelve loco.

---

<sup>15</sup> *Ibidem*, pág 64.

<sup>16</sup> García Ramón, **Larouse Diccionario Básico**, 1ª Edición Pag. 214.

## Los Hábitos

*“Facilidad adquirida por la constante práctica de un ejercicio”.*<sup>17</sup>

Ejemplo: Es frecuente que los adolescentes se masturben.

## Costumbre:

*“Manera de obrar establecida por un largo uso o práctica muy usada y recibida que ha adquirido fuerza de precepto y conjunto de cualidades o inclinaciones y uso que forman el carácter distintivo de una nación o persona”.*<sup>18</sup>

Ejemplo: Cuando está en la adolescencia hay que llevarlos a donde las “muchachas” para que se hagan hombres.

Todos estos factores pueden ir transmitiéndose de generación en generación y ejercer una profunda influencia en el comportamiento de las personas. Es por eso que la presencia de estos factores puede contribuir para que se de el inicio de temprano de las relaciones sexuales en los adolescentes.

---

<sup>17</sup> Ibidem, Pag. 212.

<sup>18</sup> Ibidem, Pag. 405

### **2.7.2. Factores Socioeconómicos.**

Los niveles de pobreza se han incrementado como consecuencia de los desastres provocados por los terremotos del 2001, de acuerdo con estimaciones de CEPAL, las pérdidas totales ascendieron a US\$ 1, 603.8 millones. El nivel de pobreza en el país habría aumentado del 47.5% a 51.1%, y el de extrema pobreza de 20.3% a 23.6%, afectando mayoritariamente a la población de la zona rural. El aumento de la pobreza se encontró en los departamentos de San Vicente, La Paz, Cuscatlán y Usulután, y el impacto fue mayor para las personas en etapas de niñez y adolescencia de (0 – 17 años), de tal forma que en éstos grupos la pobreza total habría aumentado en 3.8% y la pobreza extrema el 4.1%.<sup>19</sup>

### **2.7.3. Factor Educativo.**

Datos oficiales del ministerio de educación (MINED) para 1999 indican una tasa de analfabetismo del 7.8% en el grupo de 15 – 18 años, y de 8.9% entre los 19 – 24 años; es importante señalar que aunque esta tasa en la población general, de más de 10 años es mayor en las mujeres, en el caso de las(os) adolescentes y jóvenes estas cifras cambia a predominio de los varones. En éstos mismos grupos de edad, el analfabetismo es mayor en el área rural con

---

<sup>19</sup> Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, **“La salud sexual y reproductiva en los adolescentes varones y hombres jóvenes”** 1ª ed. San Salvador, El Salvador 2002, pág. 14

respecto al área urbana, encontrándose una diferencia más amplia en el grupo de 19 – 24 años.

Según cifras promedio de asistencia escolar, puede observarse que después de los 14 años, muchachos(as) adolescentes se ven forzados a abandonar sus estudios, afectando en mayor medida a los adolescentes. La razón más importante de la inasistencia escolar es el costo inaccesible, lo que permite reafirmar que más que problema de oferta educativa, el abandono a los estudios en los adolescentes, obedece a razones de carácter estructural, ante esta situación, muchos padres de familia prefieren que sus hijos les ayuden a los trabajos del campo y el hogar heredando así el ciclo de pobreza.<sup>20</sup>

## **2.8. Programas de orientación sexual para adolescentes.**

Desde hace más de una década se viene trabajando intensamente en dar atención integral a la adolescencia y considerando dentro de ésta la atención a los aspectos de sexualidad y salud reproductiva. De alguna manera estos esfuerzos han ido generando conocimientos sobre actitudes, prácticas y especialmente han ido clarificando las condiciones de salud de los adolescentes y especialmente se trabaja con base en aspectos que son a simple vista un problema de salud: el embarazo en los adolescentes, incremento de las ITS, uso de anticonceptivos, aborto en la adolescencia, etc.

---

<sup>20</sup> Ibidem, pág 15

La mayor parte de los documentos oficiales y estudios realizados sobre el tema de la salud sexual y reproductiva en El Salvador, todavía muestran conceptualización y contenidos, marcados rasgos biomédicos que centran su atención en la mujer con una participación masculina mínima y limitada al acompañamiento de la pareja. En el mismo sentido las intervenciones tanto educativas, como de servicios de salud sexual y reproductivas, están dirigidas a la población adolescentes en general sin diferenciación por género, sin embargo la mayoría de las acciones específicas tienen como blanco a las mujeres.

El reconocimiento del rol de los hombres de la salud sexual y reproductiva de las mujeres y la importancia de incluirlos en los esfuerzos programáticos quedó claramente establecidos en la conferencia internacional sobre población y desarrollo celebrada en el Cairo en 1994, en la cual se señaló que para alcanzar una mayor equidad entre mujeres y hombres, era necesario reconocer que en la mayoría de las sociedades los varones ejercen un poder preponderante en todas las esferas de la vida, como en la actividad económica, las decisiones políticas, la familia, y en la vida sexual y reproductiva entre otras. Por lo que es una condición necesaria la transformación de las percepciones, actitudes, representaciones y normas a partir de las cuales se relacionan hombres y mujeres.

El propósito principal de todos los programas dirigidos a la población adolescente es generar conocimientos que contribuyan al fortalecimiento de las

políticas y programas que promuevan la salud sexual y reproductiva de mujeres y hombres adolescentes, a través de una mayor comprensión de sus conocimientos actitudes y prácticas. En particular para identificar los aspectos claves de la realidad que éstos grupos viven en relación con su identidad de género y sexualidad, que con frecuencia los induce adoptar comportamientos de riesgos para su salud.

## **2.9 Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).**

La expansión de las enfermedades de transmisión sexual se encuentran ligadas intrínsecamente al comportamiento sexual. tanto la promiscuidad como ciertas practicas sexuales son importantes factores determinantes. En la actualidad existe un incremento en las infecciones por esta vía , debido principalmente a tres factores: 1) El aumento de la población y su morbilidad; 2) Las dificultades para modificar el comportamiento sexual; y 3) La ausencia de vacunas contra éstas infecciones.

Las infecciones de transmisión sexual más frecuentes son:

- ✓ Sífilis.
- ✓ Gonorrea.
- ✓ Candidiasis Genital.
- ✓ Tricomoniasis.
- ✓ Vaginosis bacteriana

- ✓ Herpes genital.
- ✓ Infecciones por papiloma virus.
  - Condiloma acuminado
  - Condiloma plano
- ✓ Infecciones por VIH/SIDA.

Con la excepción del VIH/SIDA, el conocimiento de las infecciones de transmisión sexual (ITS), es bajo entre las poblaciones de 15 – 20 años, incluso para la gonorrea y la sífilis que han sido las 2 ITS tradicionales en el país. A nivel nacional, después del VIH/SIDA, ninguna otra ITS es reconocida por la mujeres arriba del 62%, y entre los hombres arriba del 80%. En el caso particular del VIH/SIDA, el 96.1% de las mujeres y el 98% de los hombres reconoce su existencia, pero solo el 58.8% de las mujeres y el 71.6% de los hombres lo mencionó en forma espontánea.<sup>21</sup> (ver anexo N° 10).

---

<sup>21</sup> ASOCIACIÓN DEMOGRÁFICA SALVADOREÑA et al, **FESAL 2002/03**, San Salvador Julio de 2004, pág ix



## **2.10. Definición de Términos Básicos.**

### **Adolescencia:**

Es el periodo en el cual el individuo adquiere la capacidad de reproducirse, transita de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y, consolida su independencia económica. Con el rango de edad comprendido entre los 10 a 19 años de edad.

### **Adolescente:**

Persona que se encuentra en el periodo de la adolescencia.

### **Adrenarquía:**

Intensificación de la actividad de la corteza suprarrenal que se produce aproximadamente a los 8 años de edad y se caracteriza por el aumento de la elaboración de varias hormonas, especialmente androgenes.

### **Andrógenos:**

Hormona natural que estimula las características sexuales masculinas.

**Características Sexuales Secundarias:**

Cualquier carácter físico de madurez sexual secundaria a la estimulación hormonal, que se desarrolla durante la maduración del individuo.

**Condilomas:**

Elevación verrucosa que se localiza en el glande, vulva y ano, la causa es un virus que se transmite por contacto sexual.

**Cromosomas:**

Cada una de las estructuras en forma de hebra situada en el núcleo de una célula y que transmite la información genética de la especie.

**Chancro:**

Lesión cutánea de la sífilis primaria, que aparece en el punto de infección en forma de pápula y evoluciona hasta constituir úlcera roja, indolora, no sangrante, de aspecto telescópico. Cura sin tratamiento y no deja cicatriz.

**Chancroide:**

Úlcera venérea local, muy contagiosa, producida por la infección del bacilo haemophylos Ducreyi.

**Educación Sexual:**

Es el proceso sistematizado de orientación sobre el enfoque de la sexualidad por género, estereotipos de comportamiento y todos los componentes de la salud reproductiva en general.

**Endometrio:**

Membrana mucosa que recubre el útero y que consta de un estrato compacto, un estrato esponjoso y un basal. Su grosor y su estructura se modifican con el ciclo menstrual.

**Espermatogénesis:**

Es el proceso mediante el cual se reproducen los espermatozoides.

**Espermatozoide:**

Células germinales masculina madura que se desarrolla en los lóbulos seminíferos del testículo.

**Estadios de Tanner:**

Son las etapificación en base a las características sexuales secundarias en ambos géneros.

**Estrógenos:**

Sustancias pertenecientes a un grupo de esteroides hormonales que favorecen el desarrollo de los caracteres sexuales secundarias femeninas.

**Folículo Primario:**

En la niña, en el momento del nacimiento, cada óvulo está rodeado de una única capa de células de la granulosa, denominado folículo primordial y cuando estas capas de células de la granulosa se hacen más numerosas reciben el nombre de folículo primario.

**Folículo de Degraff:**

Cada una de las vesículas ováricas en las cuales están contenido el óvulo.

**Gonorrea:**

Enfermedad venérea frecuente que suele afectar las vías genitourinarias y de forma ocasional, la laringe, las conjuntivas o el recto. La infección se transmite por contacto con una persona infectada, o con secreciones que contienen el microorganismo causal *Neisseria gonorreae*.

**Hormona:**

Sustancia química compleja producida en determinadas células u órganos del cuerpo que desencadena o regula la actividad de otro órgano o grupo de células.

**Hormona FSH:**

Gonadotropina segregada por la hipófisis anterior que estimula el crecimiento y la maduración de los folículos de Degraff, en el ovario y favorece la espermatogénesis en el varón.

**Hormona Gonadotropina:**

Sustancia glucoproteínica, que se encarga de la estimulación hipotalámica para la liberación de las hormonas gonadotropas.

**H.I.V.:**

Retrovirus ARN descubierto en 1983, que muestra especial afinidad por los linfocitos T<sub>CD4</sub>, y afecta también a otros componentes del sistema inmunitario, monolitos y macrófagos, así como las células dendríticas titulares.

**Hormona Luteinizante:**

Hormona glucoprotéica producida por la hipófisis anterior que estimula la secreción de hormonas sexuales, por parte del ovario y el testículo e intervienen en la maduración de los espermatozoides y los óvulos.

**Menarquia:**

Es la primera menstruación, que marca el comienzo de la función menstrual cíclica, suele producirse entre los 9 a 17 años de edad.

**Menstruación:**

Eliminación periódica a través de la vagina de secreción sanguinolenta que contiene restos tisulares procedentes del desprendimiento del endometrio del útero no grávido. Su duración aproximada es de 4 a 5 días, y se repite normalmente cada cuatro semanas durante la época reproductiva de la mujer no gestante.

**Ovogénesis (oogénesis):**

Proceso de crecimiento y maduración de los gametos femeninos u óvulos.

**Ovulación:**

Expulsión de un óvulo del ovario por ruptura espontánea de un folículo maduro, dentro del ciclo ovárico y como consecuencia de la función endócrina de la hipófisis.

**Pubarquia:**

Comienzo de la pubertad, que está marcado por la aparición de los caracteres sexuales secundarios.

**Pubertad:**

Periodo de la vida en el que comienza la capacidad de reproducción.

**Sexualidad:**

Suma de atributos físicos funcionales y psicológicos que se expresan por la identidad y conducta sexual, de un sujeto en relación o no con los objetos sexuales o con la reproducción.

**S.I.D.A. (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida):**

Proceso infecto inmunitario producido por el virus de inmunodeficiencia humana (V.I.H.) caracterizado por el apareamiento de una

inmunodepresión grave que ocasiona infecciones oportunistas, neoplasias malignas.

**Sífilis:**

Infección venérea producida por la espiroqueta *Treponema pallidum*, que normalmente se transmite por contacto sexual y se caracteriza por distintas estadios o efectos en un periodo de años, puede afectarse cualquier órgano o sistema.

**Telarquia:**

Comienzo del desarrollo de las mamas en la pubertad femenina.

**Testosterona:**

Hormona androgénica de producción natural que estimula el desarrollo de las características sexuales secundarias masculinas.



**CAPÍTULO III.**  
**SISTEMA DE HIPÓTESIS**

### **3. SISTEMA DE HIPÓTESIS.**

#### **3.1. Hipótesis General**

**Hi:** Los factores culturales y socioeconómicos, predisponen el inicio de las relaciones sexuales en los y las adolescentes de 10 a 19 años de edad, que consultan en las unidades de salud de Yayantique, Llano de los Patos y Concepción de Oriente.

#### **3.2. Hipótesis Específicas.**

**H<sub>1</sub>:** Los factores culturales predisponen el inicio de las relaciones sexuales en los y las adolescentes de 10 a 19 años de edad, que consultan en las unidades de salud en estudio.

**H<sub>2</sub>:** Los factores socioeconómicos condicionan el inicio de las relaciones sexuales en los y las adolescentes de 10 a 19 años de edad, que consultan en las unidades de salud antes mencionados.

### 3.3 OPERACIONALIZACIÓN DE HIPÓTESIS EN VARIABLES E INDICADORES.

HIPÓTESIS	VARIABLES	CONCEPTUALIZACIÓN OPERATIVA DE VARIABLES	INDICADORES
<p><b>Hipótesis General:</b> Los factores culturales y socioeconómicos, predisponen el inicio de las relaciones sexuales en los y las adolescentes de 10 a 19 años de edad, que consultan en las unidades de salud de Yyantique, Llano de los Patos y Concepción de Oriente.</p>	<p><b>Variable Independiente:</b>  Factores culturales, socioeconómicos y educativos.</p>	<p>Es el conjunto de características relativas al medio en que se desarrolla el individuo, donde intervienen sus valores; pautas de comportamiento; así como sus necesidades básicas y las del grupo familiar que se interrelacionan con el estilo de vida individual y comunitario.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lugar de procedencia.</li> <li>▪ Tipo de vivienda.</li> <li>▪ Hacinamiento.</li> <li>▪ Creencias y costumbres</li> <li>▪ Hábitos.</li> <li>▪ Educación.</li> <li>▪ Tipo de trabajo</li> <li>▪ Ingreso económico.</li> <li>▪ Religión.</li> <li>▪ Promiscuidad.</li> <li>▪ Pertenencia a grupos antisociales.</li> </ul>
	<p><b>Variable Dependiente:</b>  Inicio temprano de las Relaciones Sexuales en los y las adolescentes.</p>	<p>Unión sexual de dos personas del sexo opuesto, en la que el pene es introducido en la vagina para la copulación, produciéndose una excitación mutua y terminando con frecuencia en el orgasmo, durante la etapa de la adolescencia temprana.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Acceso a Pornografía.</li> <li>▪ Utilización de internet.</li> <li>▪ Programas televisivos sugestivos al tema.</li> </ul>

## OPERACIONALIZACIÓN DE HIPÓTESIS EN VARIABLES E INDICADORES.

HIPÓTESIS	VARIABLES	CONCEPTUALIZACIÓN OPERATIVA DE VARIABLES	INDICADORES
<p><b>Hipótesis Específica Nº 1:</b></p> <p>Los factores culturales predisponen al inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes de 10 a 19 años de edad, que consultan en las unidades en estudio.</p>	<p><b>Variable Independiente:</b></p> <p>Factor cultural.</p>	<p>Se refiere al conjunto de valores, creencias y patrones de conducta aprendidas y compartidas que permiten un proceso de socialización del individuo con su grupo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Promiscuidad.</li> <li>▪ Pertenencia a grupos antisociales.</li> </ul>
	<p><b>Variable Dependiente:</b></p> <p>Inicio Temprano de las Relaciones Sexuales en los y las adolescentes.</p>	<p>Unión sexual de dos personas del sexo opuesto, en la que el pene es introducido en la vagina para la copulación, produciéndose una excitación mutua y terminando con frecuencia en el orgasmo, durante la etapa de la adolescencia temprana.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Utilización de internet.</li> <li>▪ Programas televisivos sugestivos al tema.</li> </ul>

## OPERACIONALIZACIÓN DE HIPÓTESIS EN VARIABLES E INDICADORES.

HIPÓTESIS	VARIABLES	CONCEPTUALIZACIÓN OPERATIVA DE VARIABLES	INDICADORES
<p><b>Hipótesis Específica Nº 2:</b></p> <p>Los factores socioeconómicos condicionan al inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes de 10 a 19 años de edad, que consultan en las unidades de salud antes mencionados.</p>	<p><b>Variable Independiente:</b></p> <p>Factores socioeconómicos.</p>	<p>Están relacionados con el ingreso y egreso de una familia para satisfacer las necesidades básicas de las personas que la conforman.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tipo de trabajo.</li> <li>▪ Ingreso económico mensual.</li> <li>▪ Tipo de vivienda.</li> <li>▪ Educación.</li> <li>▪ Hacinamiento.</li> <li>▪ Lugar de procedencia.</li> </ul>
	<p><b>Variable Dependiente:</b></p> <p>Inicio temprano de las Relaciones Sexuales en los y las adolescentes.</p>	<p>Unión sexual de dos personas del sexo opuesto, en la que el pene es introducido en la vagina para la copulación, produciéndose una excitación mutua y terminando con frecuencia en el orgasmo, durante la etapa de la adolescencia temprana.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Acceso a Pornografía.</li> <li>▪ Utilización de internet.</li> <li>▪ Programas televisivos sugestivos al tema.</li> </ul>

**CAPÍTULO IV.**  
**DISEÑO METODOLÓGICO**

## **4. DISEÑO METODOLÓGICO.**

### **4.1 Tipo de Investigación.**

Según el enfoque de la investigación fue de tipo cualitativa y cuantitativa.

En los diseños cualitativos, dado su carácter flexible, siempre inacabado, donde una etapa contribuye al replanteamiento de la anterior, es decir, que constituye una guía del proceso de investigación, se propusieron etapas necesarias para el mejor desarrollo de la investigación, a saber:

1. Selección del objeto de estudio.
2. Exploración o involucramiento con el objeto de estudio.
3. Elaboración de las premisas.
4. Elaboración de las categorías analíticas.
5. Determinación de métodos y técnicas.
6. Recolección de los datos.
7. Análisis de los datos.
8. Informe de la investigación.

El diseño cuantitativo, se caracterizó por el alto interés en la verificación del conocimiento, sobre todo a través del establecimiento de predicciones. Lo importante en él es que se plantearon hipótesis, o lo que es lo mismo, se predijo que algo va a suceder y luego comprobó, verificó, qué sucedió o qué no

sucedió. Se Midió, contó, establecieron frecuencias, son sus principales objetivos.

Las características diferenciales entre la investigación cuantitativa y cualitativa se correlacionan en la investigación cuantitativa, su frecuencia, su perspectiva desde fuera, se muestran casos múltiples, está orientada al resultado, se basa en ¿cuántos?, ¿con que frecuencia?, se establece en mediciones del nivel, es descriptiva, muestra un alto grado de control, hay escasa atención al contexto, es estadísticamente representativos del universo.

La investigación cualitativa en cambio, profundiza la comprensión, perspectiva del fenómeno desde dentro, se presentan casos aislados, incluso únicos, está orientada en el proceso, responde al ¿Por qué?, provee datos ricos y profundos, es subjetiva, explicativa, adquirir una mejor comprensión del fenómeno, interpretativa, alta atención al contexto, muestra alta atención al contexto, diseño flexible, escaso control, técnicas intensivas.

### **Descriptiva.**

El estudio se realizó de manera sistemática y precisa de las distintas formas de presentarse las características individuales en diferentes tiempos y lugares, a la vez que se estudió el inicio de las relaciones sexuales en los y las



adolescentes de 10 a 19 años de edad que consultan en las Unidades de salud, sujeto de estudio.

Según el período y secuencia que tuvo, el estudio fue:

**Transversal:**

Porque se investigaron cuales son los factores que predisponen a las y los adolescentes de 10 a 19 años de edad, que consultan en las unidades de salud de Yayantique, Concepción de Oriente, y Llano de los Patos, al inicio de las relaciones sexuales, durante el período comprendido de julio a septiembre de 2005, con el objeto de hacer un estudio del fenómeno en un momento dado sin ningún seguimiento posterior.

Según el análisis y el alcance de los resultados, el estudio se realizó de forma:

**Analítica o explicativa:**

Porque mediante el análisis se identificaron cuáles son los factores predisponentes en los y las adolescentes de 10 a 19 años de edad, al inicio de las relaciones sexuales. A la vez se plantearon hipótesis que posteriormente se verificaron. También se analizaron las variables en estudio.

## **4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA**

### **4.2.1 Población.**

La población de adolescentes de 10 a 19 años de edad, que pertenecen a las unidades de salud sujeto a estudio, están distribuidos de la siguiente manera:

- ✓ Unidad de salud de Yayantique: **144**
- ✓ Unidad de salud de Llano de los Patos: **166**
- ✓ Unidad de salud de Concepción de Oriente: **265**

El total de adolescentes de 10 a 19 años de edad, que consultan por primera vez en el año, en las unidades de salud sujeto de estudio, hacen un total de **575**.

### **4.2.2. Muestra.**

Para determinar la muestra, se establecieron los siguientes **criterios de inclusión**:

- Adolescentes de ambos sexos.
- Edades comprendidas entre los 10 a 19 años.

- Pertenecientes al área geográfica de influencia de cada una de las unidades de salud objeto de estudio.
- Adolescentes que consultaron por primera vez en el año durante el periodo en estudio.

**Y los siguientes criterios de exclusión:**

- Personas de ambos sexos que no se encuentren entre las edades de 10 a 19 años.
- Que no pertenezcan al área geográfica de influencia de cada una de las unidades de salud sujeto de estudio.
- Adolescentes que cuya consulta a las unidades de salud en estudio sea subsecuente durante el presente año.

Para obtener una muestra estadísticamente representativa, se utilizó la siguiente fórmula.

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

**Donde:**

Z = Nivel de confianza

E = Error muestral

P = Variabilidad del fenómeno (respuestas afirmativas)

Q = Variabilidad del fenómeno (respuestas negativas)

N = Población.

n = Muestra.

**Datos:**

Z = 1.96 (ver anexo N° 11)

E = 0.05

P = 0.5

Q = 0.5

N = 575

n = ?

**SUSTITUYENDO:**

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

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (575)}{(575 - 1)(0.05)^2 + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{(3.84) (0.5) (0.5) (575)}{574 (0.0025) + (3.84) (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{552}{3.39}$$

n = 162 adolescentes.

#### 4.2.3. Distribución de la muestra.

Para obtener una muestra representativa fue distribuida de la siguiente manera:

<b>Unidades de Salud.</b>	<b>Población de Adolescentes</b>	<b>%</b>	<b>Distribución de la muestra</b>
Yyantique	144	25	41
Llano de los Patos	166	29	47
Concepción de Oriente	265	46	74
TOTAL	575	100	162

Para la distribución de la muestra por parte del grupo de investigación, se utilizaron las siguientes fórmulas:

$$n_1 = \frac{N_1}{N} \cdot n$$

$$n_2 = \frac{N_2}{N} \cdot n$$

$$n_3 = \frac{N_3}{N} \cdot n$$

**Donde:**

$n_1$  = Muestra a realizar en unidad de salud de yyantique

$N_1$  = Población de adolescentes que consultó por primera vez en el año en unidad de salud de yayantique.

$n_2$  = Muestra a realizar en unidad de salud de llano de los patos

$N_2$  = Población de adolescentes que consultó por primera vez en el año en unidad de salud de llano de los patos.

$n_3$  = Muestra a realizar en unidad de salud de concepción de oriente

$N_3$  = Población de adolescentes que consultó por primera vez en el año en unidad de salud concepción de oriente.

$n = 162$

$N = 575$

### **4.3. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN:**

#### **4.3.1 Técnica Documental:**

Dentro de esta se incluyó la documental bibliográfica que permitió obtener una alta información de libros y diccionarios relacionados al tema en investigación.

La documental hemerográfica que permitió tener información de revistas periódicas, tesis y sitios virtuales.

### **4.3.2. Técnicas de Trabajo de Campo:**

Que permitió obtener información válida de una parte de la población denominada muestra y quedó plasmada por los mismos sujetos, para ello se utilizó la técnica de la cédula de entrevista.

## **4.4. INSTRUMENTOS**

### **4.4.1. La observación.**

Se utilizó la observación ordinaria, la cual ocurre cuando el investigador, se encuentra fuera del grupo que se observa. Donde el grupo investigador no participó de forma activa, para ello se auxilió de una guía de observaciones, en el que se recolectaron datos importantes como actitudes y gestos al momento de pasar la encuesta.

### **4.4.2. La encuesta.**

Es la técnica que consiste en recopilar información sobre una parte denominada muestra.

#### **4.4.3. Instrumentos de recolección de la información**

Los instrumentos son una guía de observación (ver anexo N° 12) y también se administró una cédula de entrevista la cual fue conformada de 29 preguntas de las cuales 20 son preguntas cerradas y 9 preguntas son abiertas.(ver anexo N° 13 ).

#### **4.5 Procedimiento.**

La investigación se realizó en dos fases:

**Primera Fase:** en esta fase se dio la planificación, para lo cual se elaboró el perfil de la investigación, y se presentó el protocolo de investigación; momento en el cual se recolectó información de documentos bibliográficos que permitieron una información de libros y diccionarios, también se utilizaron la documental hemerográfica que permitió tener información de revistas periódicas, tesis y sitios virtuales.

**Segunda Fase:** Esta es la ejecución, para lo cual se realizó en el periodo comprendido de julio a septiembre de 2005, el grupo investigador se auxilió de una guía de observación ordinaria en el que se recopilaron gestos o actitudes de los y las adolescentes sujeto de estudio, que cada integrante del grupo



realizó en su área geográfica de influencia (AGI), en esta fase, se pudo observar que la mayoría de comportamientos de los jóvenes difieren con el género, edad, y ocupación, ya que el grupo pudo corroborar que la actitud de los adolescentes estudiantes, cuando se reúnen en grupo, gustan hablar de temas de deporte, bromean entre sí, a la vez que cuando observan una persona del género femenino tienden a silbar y decir piropos, y sobre revistas y/o programas televisivos sugestivos a las relaciones sexuales, haciendo alusión de que gustaría estar con una de las actrices de la que hablan en sus conversaciones, esto fue común en las tres unidades de salud sujeto de estudio, en cambio al compararlos con los adolescentes que a su vez tenían una ocupación u oficio, hablaban del tiempo, el clima, principalmente, pero también gustaba hablar de mujeres y sus “experiencias sexuales”; en cambio las adolescentes que se encuentran estudiando, gustan hablar en grupo sobre moda, música, y actores que es de su agrado físico, así como también de lo que ven en las telenovelas; algunas de ellas hablan abiertamente de sus problemas de discusiones con sus novios; en cambio las que no se encuentran estudiando, al momento en que se les realizó la entrevista, se encontraron que ya estaban acompañadas o eran madres solteras, e indudablemente hablan de problemas de salud de sus hijos, una minoría que se encuentra en estado civil de soltera, hablan de temas de su apariencia física, de sus deseos de viajar, dato que se encontró en las tres unidades de salud sujeto de estudio, ocurriendo con mayor auge en la unidad de salud de concepción de oriente, ya

que ésta unidad de salud se encuentra fronteriza con Honduras, y ven la emigración, como algo frecuente, aunque no se incluyeron los y las adolescentes que no son salvadoreños, porque no forman parte del AGI de dicha unidad de salud; además se incluye cronograma de actividades general e individual; posterior a ello se tabuló la información, de donde se obtuvieron los resultados para el análisis e interpretación, que sirvieron de base para las conclusiones y recomendaciones.

**CAPÍTULO V**  
**PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS**

## 5. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

A continuación se dará a conocer los resultados de la recopilación de datos obtenidos de la cédula de entrevista; la cual fue hecha a todos los y las adolescentes de 10 a 19 años de edad que consultaron en las Unidades de Salud de Yayantique, Llano de los Patos y Concepción de Oriente, durante el periodo comprendido de Junio a Septiembre de 2005, recopilada por los estudiantes de medicina en servicio social a cargo de la investigación.

Los resultados se tabularon, graficaron, analizaron e interpretaron de la siguiente manera:

La cédula de entrevista se inició con los datos generales de los y las adolescentes como es el nombre, edad, sexo, grado de estudio.

También se encuentran preguntas relacionadas con factores tales como los Culturales y socioeconómicos. Además del comportamiento de los y las adolescentes en el momento de pasar el instrumento a través de una guía de observaciones.

Para la tabulación de los resultados se utilizaron los cuadros de doble o triple entrada, en donde se realizó el cruce de preguntas, presentando a continuación su respectivo análisis e interpretación.

Se utilizó el método estadístico porcentual cuya fórmula es la siguiente:

$$\% = \frac{F \times 100}{N}$$

**Donde:**

% = Tanto por ciento que se encuentra en el total de estudio.

F = Número de veces que se repite el dato

N = Total de casos

100 = Constante de la muestra

Los resultados también se presentan gráficamente.

### 5.1. Tabulación, análisis e interpretación de los datos.

**CUADRO Nº 1.**

**LUGAR DE PROCEDENCIA**

<b>Procedencia</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>	<b>Construcción</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>	<b>Ingreso Económico</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
<b>Urbano</b>	120	74	<b>Adobe</b>	41	25	<b>&lt; \$ 150.00</b>	75	47
<b>Rural</b>	42	26	<b>Ladrillo/bloque</b>	70	43	<b>\$ 150.00 a \$ 250.00</b>	46	28
<b>Total</b>	162	100	<b>Mixta</b>	35	22	<b>&gt; \$ 250.00</b>	41	25
			<b>Bahareque</b>	16	10	<b>Total</b>	162	100
			<b>Total</b>	162	100			

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población objeto de estudio

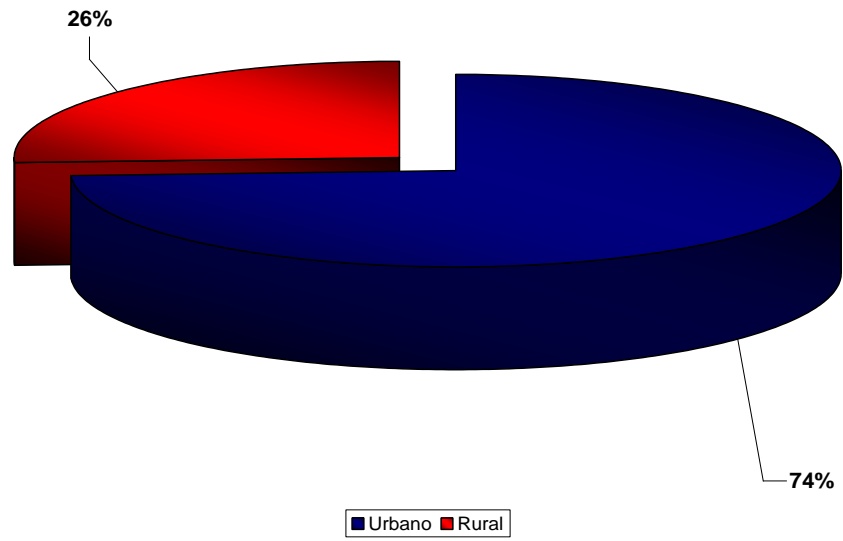
#### **ANÁLISIS:**

En el presente cuadro nos muestra que el 74% de los(as) adolescentes proceden del área urbana, mientras que el 26% de éstos, son del área rural. Se muestran también que el 43% de los y las adolescentes viven en una vivienda de Ladrillo o bloque, seguidas de un 25% que habita en casa de adobe, 22% construcción mixta, y un 10% de bahareque. El 47% de los adolescentes tiene un ingreso económico mensual menor a \$ 150.00; el 28% esta entre \$ 150.00 a \$ 250.00; y un 25% es mayor a los \$ 250.00.

## **INTERPRETACIÓN:**

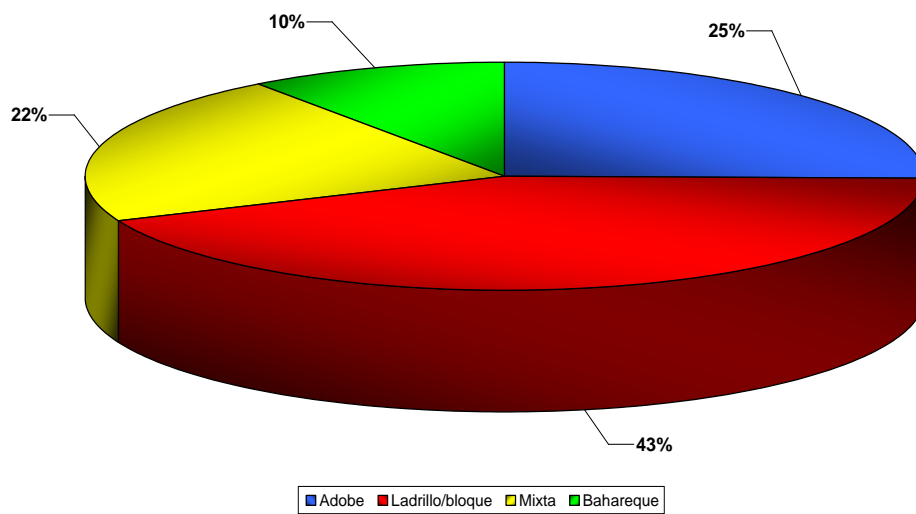
La mayoría de los(as) adolescentes sujetos de estudio son del área urbana, ya que las unidades de salud de Concepción de Oriente, Yayantique, están ubicadas en la zona urbana, recibiendo mayor afluencia de adolescentes, mientras que la minoría de los y las adolescentes son del área rural, por la distancia y accesibilidad a las unidades de salud en estudio. La unidad de Salud de Llano de los Patos se encuentra ubicada en una zona rural. Se puede observar que la mayoría de los y las adolescentes viven en una casa de ladrillo o bloque, por lo que puede deducirse que es un nivel socioeconómico medio, contribuido con las remesas en su mayoría; pero los datos que se presentan con otros tipos de construcción, nos da un panorama del bajo nivel económico de los y las adolescentes en estudio, ya que son un porcentaje significativo de éstos que viven en construcciones de adobe y bahareque. La mayoría de los adolescentes tienen un ingreso económico menor de \$ 150.00, y con un porcentaje menor, pero con diferencias no significativas se encuentran los que tienen un ingreso económico mensual entre \$ 150.00 a \$ 250.00, y mayor de \$ 250.00. ésta tendencia se puede observar ya que los y las adolescentes en estudio que no trabajan o que están estudiando, reciben remesas familiares de los Estados Unidos por parte de algún familiar.

**Gráfico N° 1. Procedencia**



Fuente: Cuadro N° 1.

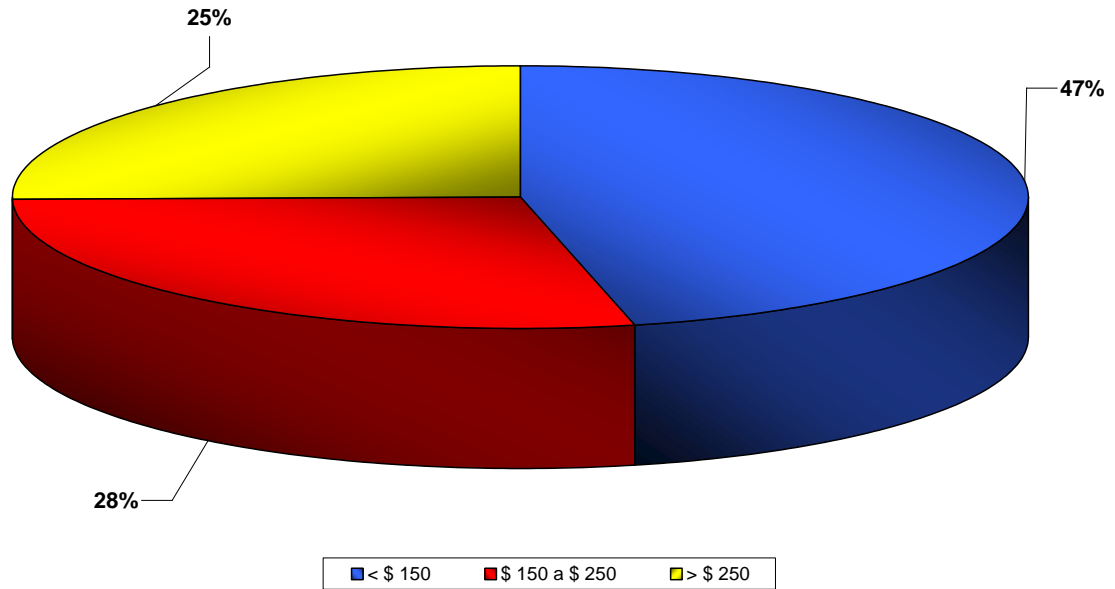
**Gráfico N° 2. Tipo de Construcción de Vivienda**



Fuente: Cuadro N° 1.



**Gráfico N° 3. Ingreso Económico Mensual.**



Fuente: Cuadro N° 1.

**CUADRO N° 2.**

**¿PERTENECE A ALGÚN GRUPO RELIGIOSO?. ¿QUÉ TIPO DE RELIGIÓN?**

Opinión	Fr.	%	Religión	Fr.	%
<b>Si</b>	86	53	<b>Católica</b>	45	28
<b>No</b>	76	47	<b>Evangélica</b>	41	25
<b>Total</b>	162	100	<b>Ninguna</b>	76	47
			<b>Total</b>	162	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población objeto de estudio

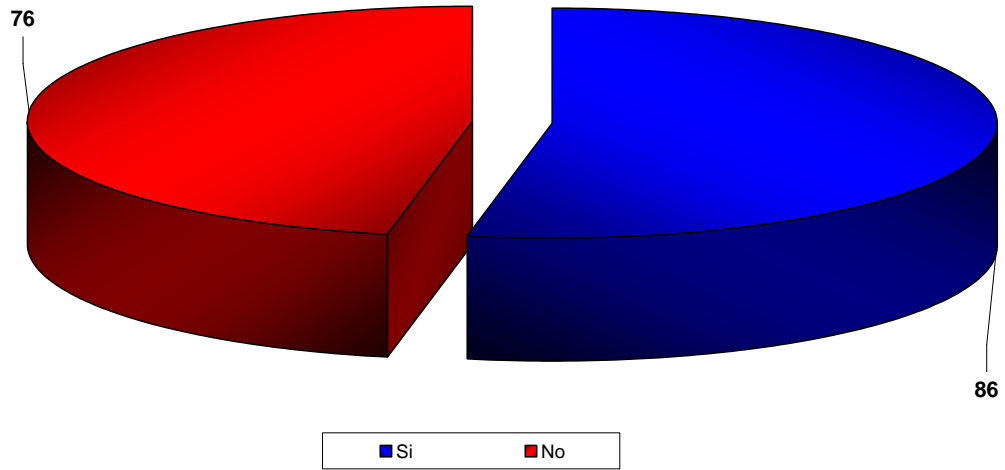
### **ANÁLISIS:**

En el cuadro anterior se observa que el 53% de los(as) adolescentes sujeto de estudio profesan una religión, mientras que el 47% refieren que no pertenecen a algún grupo religioso. Luego se observa que el 47% no pertenece a algún grupo religioso, mientras que el 53% sí pertenece, y de éstos, el 28% son de religión católica, y el 25% son de religión evangélica.

### **INTERPRETACIÓN:**

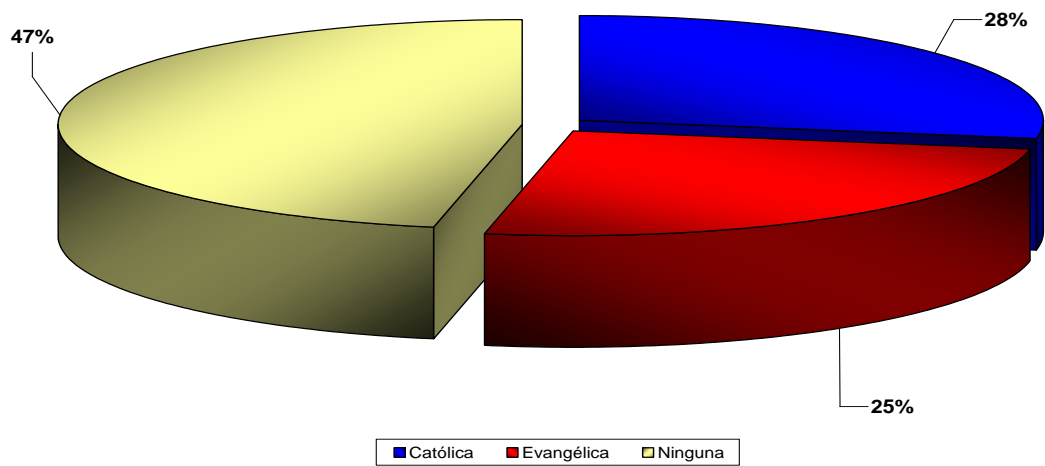
La mayoría de los (as) adolescentes pertenecen a algún grupo religioso, lo que nos muestra que la religión es uno de los patrones culturales de importancia para determinar las pautas de conducta, aunque con menor porcentaje, pero bastante significativo se encuentran los(as) adolescentes que no tienen esa sensación de pertenencia a algún grupo religioso; dato de importancia que forma parte en la génesis del inicio temprano de las relaciones sexuales. Pero con éstos datos no se puede determinar si realmente es un patrón cultural determinante si se comparan con los resultados de la pregunta sobre si ya inició sus relaciones sexuales. Se evidencia también que la mayoría de los(as) adolescentes son de religión católica, y con menor frecuencia la religión evangélica, pero con una diferencia no significativa, que al igual al cuadro anterior, no contribuye a diferenciar si éste es un patrón a considerar en el inicio temprano de las relaciones sexuales.

Gráfico N° 4. Pertenece a algún Grupo Religioso



Fuente: Cuadro N° 2.

Gráfico N° 5. A que Religión Pertenece



Fuente: Cuadro N° 2.

### CUADRO N° 3.

#### ¿PERTENECE A ALGÚN GRUPO DE ORGANIZACIÓN SOCIAL DENTRO DE SU COMUNIDAD? ¿A QUÉ GRUPO SOCIAL PERTENECE?

Opinión	Fr.	%	Grupo social	Fr.	%
Si	12	7	Directiva escolar	3	25
No	150	93	ADESCO Juvenil	1	8
Total	162	100	Grupo de Jóvenes	3	25
			Equipo de Fútbol.	4	34
			Comité de consulta social	1	8
			Total	12	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población objeto de estudio

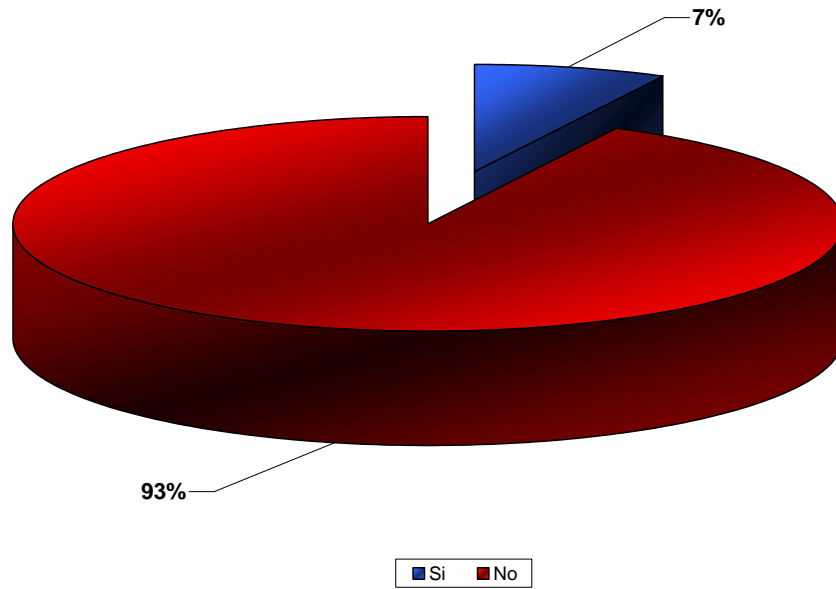
#### ANÁLISIS:

En el cuadro anterior se observa que el 93% de los(as) adolescentes no pertenecen a ningún grupo social dentro de su comunidad, mientras que el 7% de ellos, sí forman parte de algún grupo social. También se demuestra que el 34% de los y las adolescentes forman parte de algún equipo de fútbol, mientras que el 25% forman parte de directiva escolar, y en igual porcentaje pertenecen a un grupo de jóvenes; el 8% de los adolescentes pertenecen a ADESCO Juvenil, y en igual porcentaje al Comité de Consulta Social.

## **INTERPRETACIÓN:**

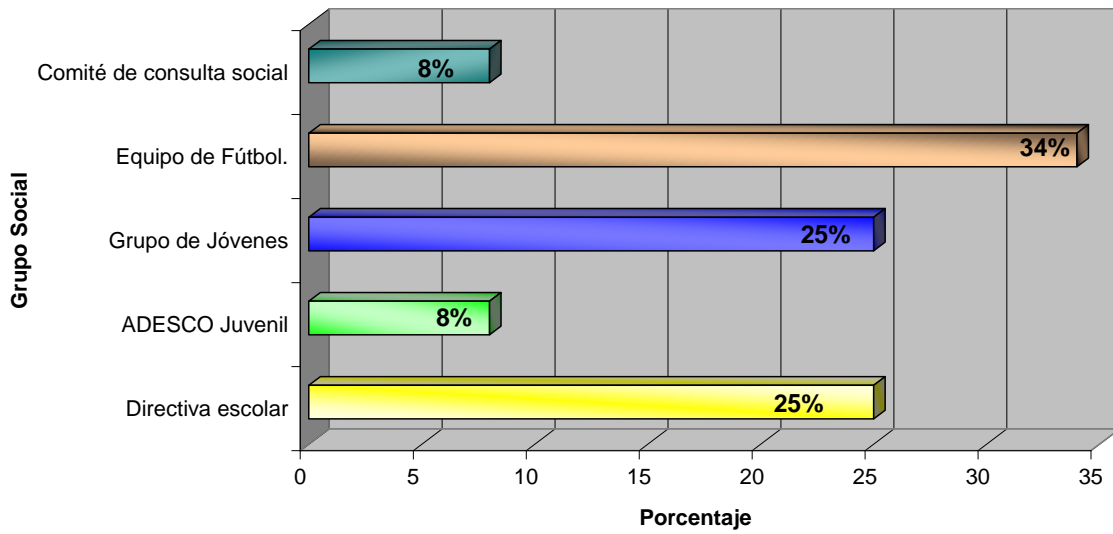
Los datos obtenidos en este estudio muestra que la gran mayoría de los(as) adolescentes no forman parte de ningún grupo social dentro de sus comunidades mientras que una minoría no significativa sí. La mayoría de los y las adolescentes que pertenecen a algún grupo social dentro de sus comunidades, les gusta practicar deporte ya que forman parte de algún equipo de fútbol, y en menor porcentaje pero significativo forman parte de la directiva escolar y grupo de jóvenes dentro de sus iglesias. Aunque éstos datos no se vuelven representativos al momento de compararlos con los y las adolescentes que no forman parte de ningún grupo social dentro de sus comunidades, hecho que puede contribuir al inicio temprano de las relaciones sexuales de los y las adolescentes en estudio.

**Gráfica N° 6. Pertenece algún Grupo Social en su Comunidad.**



Fuente: Cuadro N° 3.

**Gráfica N° 7. A que Grupo Social Pertenece**



Fuente: Cuadro N° 3

#### CUADRO N° 4.

#### ¿CON QUÉ SERVICIOS BÁSICOS CUENTA?

Servicios básicos	Fr.	%
Energía eléctrica	80	31
Agua potable	76	29
Tren de aseo	17	6
Servicio de aguas negras	7	3
Fosa séptica	80	31
Total	260	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población objeto de estudio

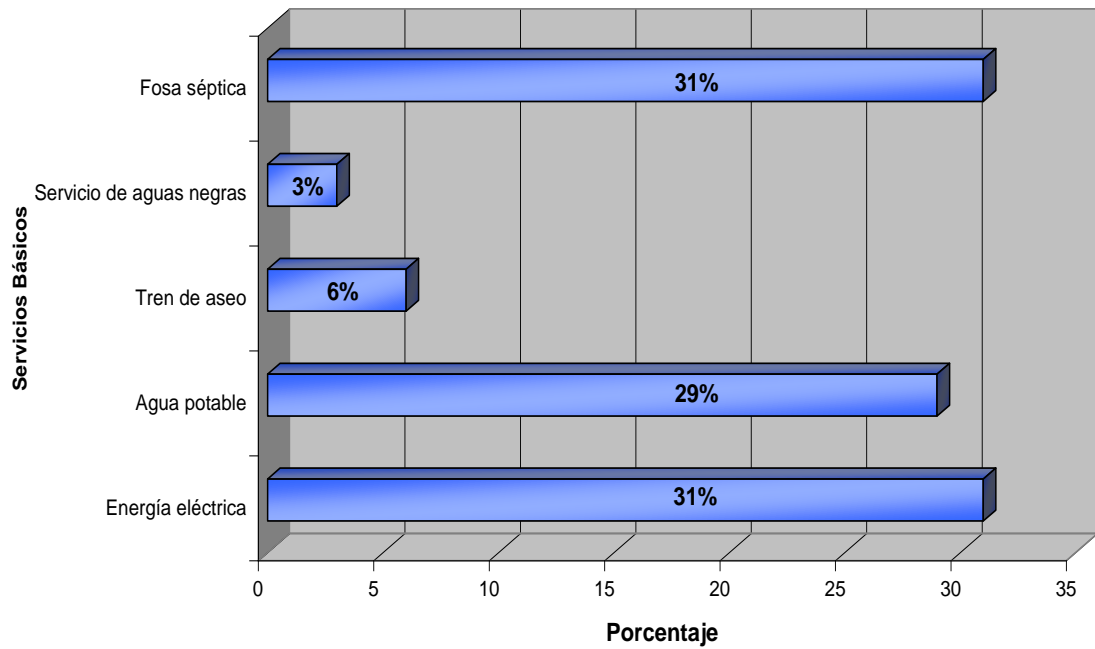
#### ANÁLISIS:

El 31% posee energía eléctrica al igual que servicio de fosa séptica, un 29% posee agua potable, 6% tren de aseo, 3% de servicio de aguas negras.

#### INTERPRETACIÓN:

Se puede observar que la accesibilidad a los servicios básicos de las familias de los y las adolescentes objetos de estudio es muy bajo ya que no son satisfactorias y muy bajas, pero de éstos el servicio con que más se cuenta es con el de energía eléctrica y de fosa séptica, seguido de agua potable, y en menor medida el tren de aseo y servicio de aguas negras.

**Gráfico N° 8. Servicios Básicos con que Cuenta**



Fuente: Cuadro N° 4.



## CUADRO Nº 5.

### ¿CUÁL ES SU OCUPACIÓN?

Ocupación	Fr.	%
Estudiante	65	40
Trabajo	22	14
Ninguno	75	46
Total	162	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población objeto de estudio

#### ANÁLISIS:

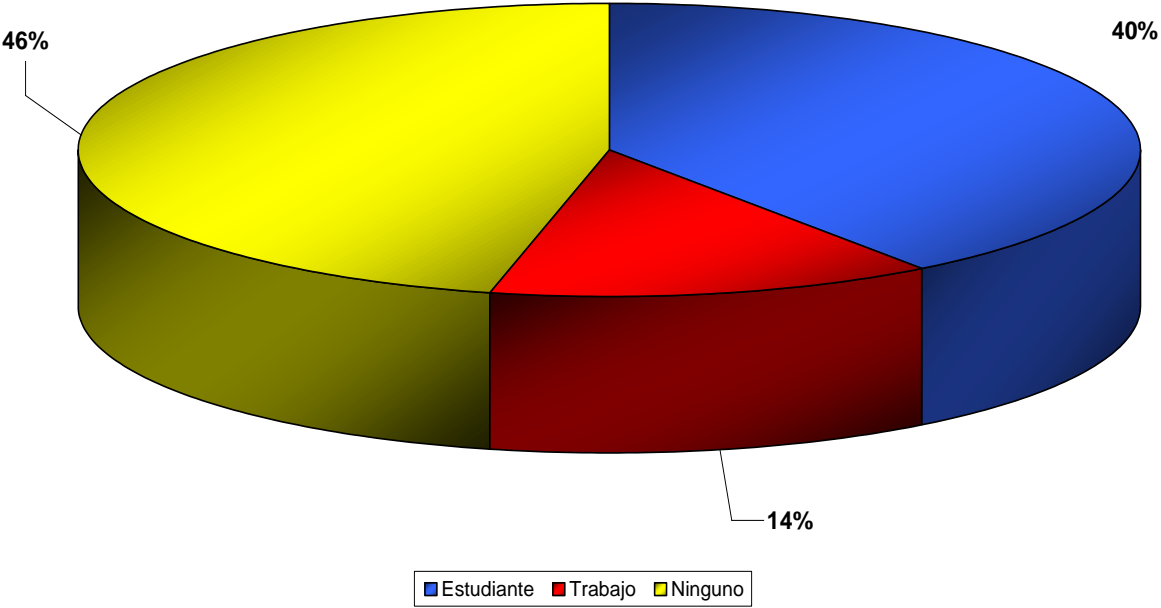
En el cuadro anterior se observa que el 46% de los y las adolescentes no tiene ocupación, mientras que el 40% son estudiantes, y el 14% trabaja.

#### INTERPRETACIÓN:

La mayoría de los y las adolescentes no tiene ocupación o empleo, mientras que el otro porcentaje significativo está todavía estudiando, y la minoría de éstos trabaja. Esto establece que hay un grado de desempleo elevado. De manera muy similar es que el alto grado de analfabetismo, en nuestra población adolescente, agrava el subdesarrollo, y reduce el horizonte de una aspiración para una mejor calidad de vida, dedicándose a formar

hogares a temprana edad, con muy pocas herramientas para la sostenibilidad de las mismas.

**Gráfico N° 9. Cúal es su Ocupación**



Fuente: Cuadro N° 5.

**CUADRO Nº 6.**  
**TIPO DE TRABAJO.**

<b>Tipo de Trabajo</b>	<b>Fr.</b>	<b>%</b>
<b>Vendedor</b>	1	4
<b>Oficios Domésticos</b>	5	24
<b>Jornalero</b>	13	60
<b>Profesor de Música</b>	1	4
<b>Secretaria</b>	1	4
<b>Ayudante de Laboratorio</b>	1	4
<b>Total</b>	22	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población objeto de estudio

**ANÁLISIS:**

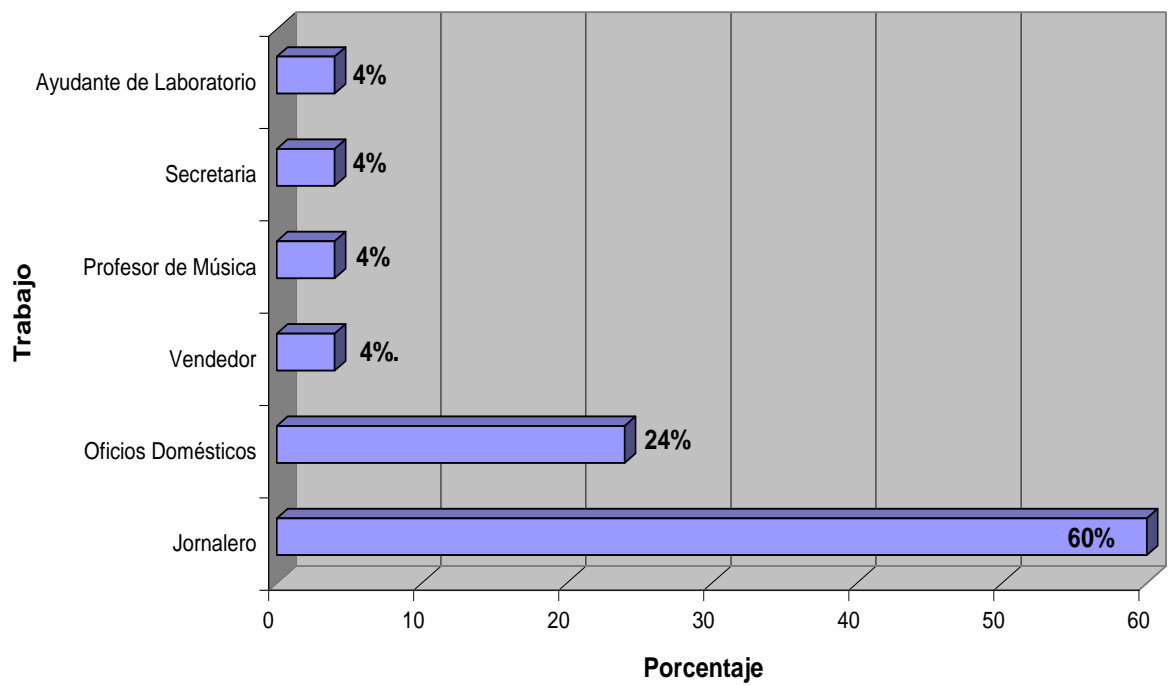
El 60% de los adolescentes que trabajan son jornaleros, mientras que el 24% se dedica a los oficios domésticos, y en el 4% se dedican a vender, al igual que profesor de música, secretaria y ayudante de Laboratorio.

**INTERPRETACIÓN:**

La mayoría de los adolescentes que trabajan tienen como trabajo ser jornaleros, mientras que las adolescentes que trabajan se dedican a oficios domésticos; la una minoría no significativa son profesor de música, secretaria y ayudante de laboratorio; esto debido a que todavía hay muchos padres de

familia que hacen trabajar a sus hijos en los campos de cultivo, y por ello hay una disminución del interés del adolescente por el estudio.

**Gráfico N° 10. Tipo de Trabajo**



Fuente: Cuadro N° 6.

## CUADRO N° 7.

### ¿CUÁNTAS PERSONAS DEPENDEN DE SUS INGRESOS ECONÓMICOS?

Nº de Personas	Fr.	%
1 a 2	5	23
3 a 5	8	36
Más de 5	9	41
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población objeto de estudio

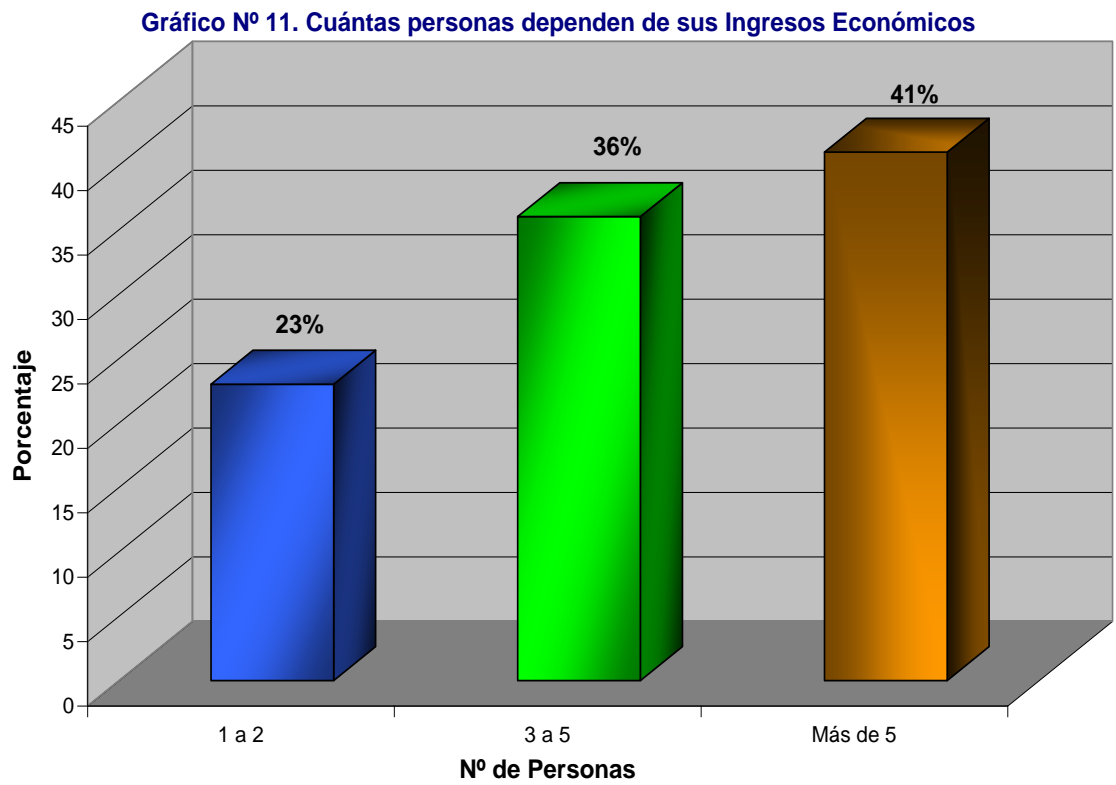
#### ANÁLISIS:

En el 41% de los adolescentes que trabajan se puede observar que más de cinco personas dependen de sus ingresos económicos mensuales; mientras que el 36% de tres a cinco personas, y un 23% de una a dos personas dependen de sus ingresos económicos mensuales.

#### INTERPRETACIÓN:

La mayoría de los adolescentes que trabajan tienen que sostener económicamente a más de cinco personas, seguidos de los adolescentes de quienes dependen tres a cinco personas, y con una minoría de una a dos personas. Dato que nos refleja que los ingresos económicos no van acorde con el número de personas que dependen de ellos, y esto condiciona que se

encuentren en dificultades económicas para satisfacer sus necesidades básicas.



Fuente: Cuadro N° 7.

### CUADRO Nº 8.

#### ¿SABE LEER Y ESCRIBIR?

	<b>M</b>	<b>%(M)</b>	<b>F</b>	<b>%(F)</b>
<b>Si</b>	41	76	90	83
<b>No</b>	13	24	18	17
<b>Total</b>	54	100	108	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población objeto de estudio

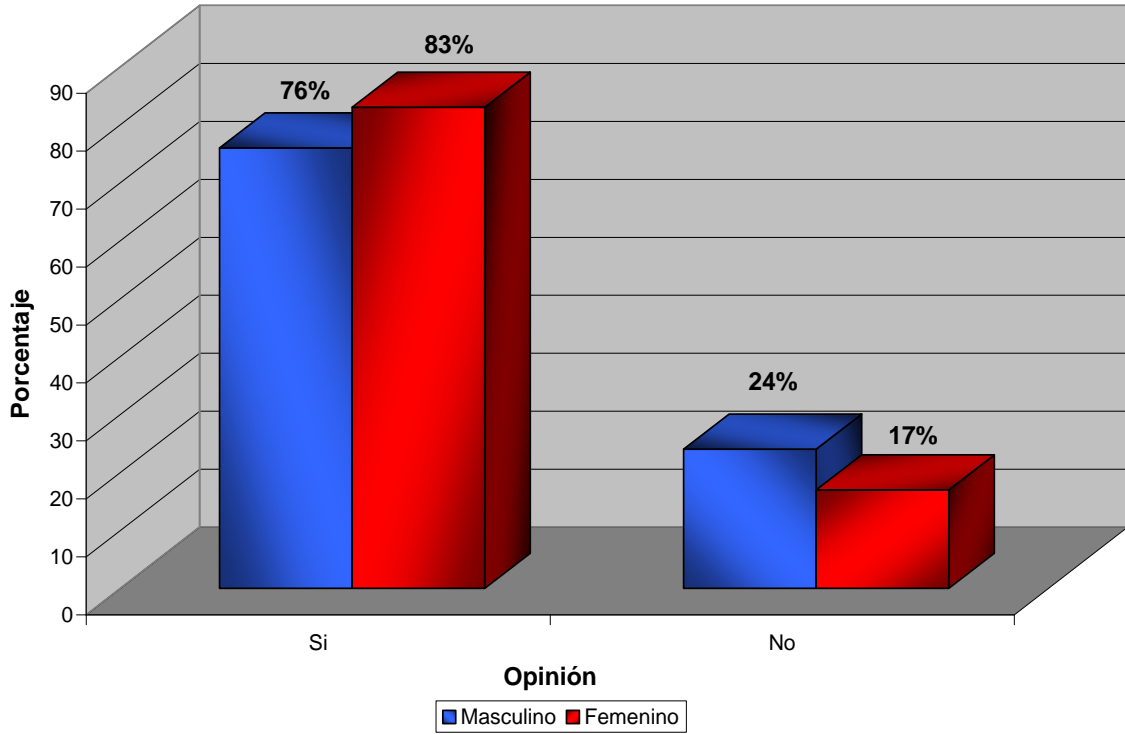
#### ANÁLISIS:

El 76% de los adolescentes sabe leer y escribir, mientras que el 24% no sabe leer ni escribir; el 83% de las adolescentes sabe escribir y leer , y el 17% no.

#### INTERPRETACIÓN:

Se puede observar en la tabla anterior que la mayoría de los y las adolescentes saben leer y escribir, en una relación hombre/mujer de 1:2.2; mientras que la minoría de los y las adolescentes no saben leer ni escribir en una relación hombre/mujer de 1: 1.4; lo que nos indica que el nivel educativo se encuentra concentrado en su mayor porcentaje en las adolescentes objeto de estudio.

**Gráfico N° 12. Sabe leer y Escribir**



Fuente: Cuadro N° 8.



## CUADRO N° 9

### ¿CUÁL ES SU NIVEL EDUCATIVO?

Nivel educativo	M	%(M)	F	%(F)
Ninguno	13	24	18	17
1° a 3°	2	4	23	21
4° a 6°	19	34	40	37
7° a 9°	17	32	23	21
Bachillerato	3	6	4	4
Universidad	0	0	0	0
Total	54	100	108	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población objeto de estudio

#### ANÁLISIS:

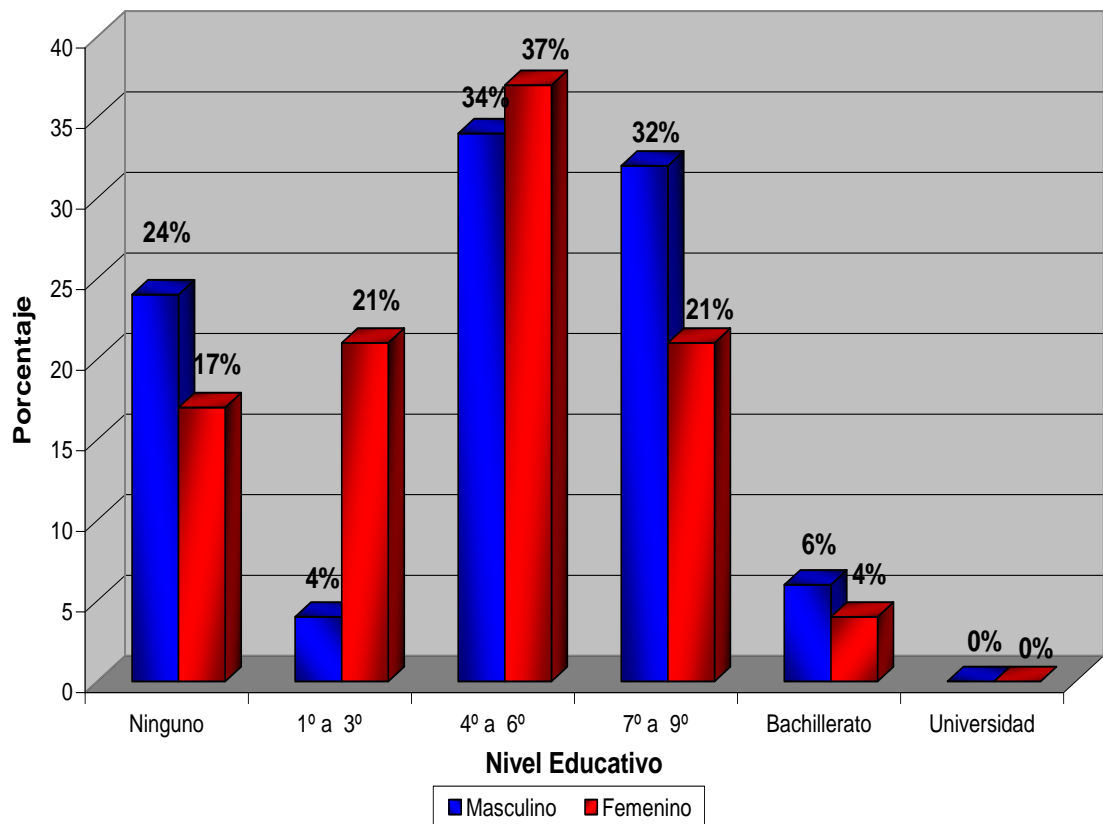
El cuadro anterior nos muestra que el 34% de los adolescentes tiene un nivel educativo de 4° a 6°, seguido de un 32% de 7° a 9°; un 24% no tienen ningún nivel educativo, el 6% bachillerato, y el 4% de 1° a 3°; mientras que las adolescentes un 37% tiene nivel educativo de 4° a 6°, 21% de 1° a 3° al igual que las que tienen un nivel 7° a 9°, y un 4% bachillerato.

#### INTERPRETACIÓN:

En el presente cuadro se observa un porcentaje alto y representativo de analfabetismo ya que la gran mayoría de los y las

adolescentes tienen un nivel educativo bajo, agrupándose en la primaria, seguidos de un grupo poco representativo para el nivel básico de la educación como lo es de 7º a 9º, y por último la secundaria, no encontrando datos de educación de nivel superior o universitario, esto debido a que en las áreas de estudio los centros escolares cuentan con el nivel básico de educación, aunado al pobre ingreso económico que poseen, para poder continuar sus estudios a niveles superiores.

**Gráfica Nº 13. Nivel Educativo**



Fuente: Cuadro Nº 9.

### CUADRO N° 10.

#### ¿LE HAN ORIENTADO ALGUNA VEZ, SOBRE LAS RELACIONES SEXUALES EN SU CENTRO ESCOLAR?

	<b>M</b>	<b>%(M)</b>	<b>F</b>	<b>%(F)</b>
<b>Si</b>	31	57	74	68
<b>No</b>	23	43	34	32
<b>Total</b>	54	100	108	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población objeto de estudio

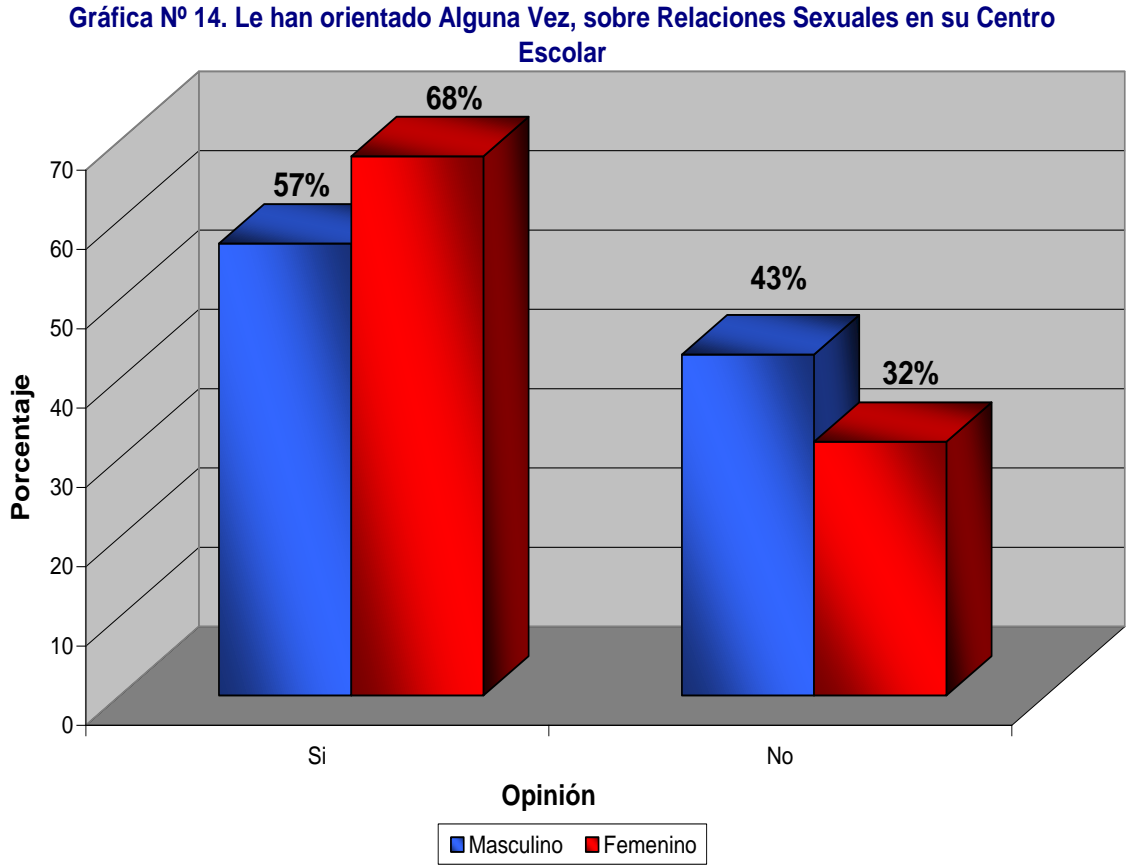
#### **ANÁLISIS:**

El cuadro presentado anteriormente revela que el 57% de los adolescentes ha recibido orientación sexual, durante su estancia en un centro escolar, y un 43% no. Las adolescentes presentan un 68% que han recibido orientación sexual en su centro escolar mientras que el 32% de ellas no han recibido orientación sexual.

#### **INTERPRETACIÓN:**

Los datos presentados anteriormente muestran que la mayoría de los y las adolescentes han recibido alguna vez orientación sexual durante su tiempo de estudio en un centro escolar, y en menor porcentaje pero significativo, refirieron no haber recibido ninguna orientación de este tipo. Dato que llama la atención ya que guarda correlación con los y las adolescentes que

tienen un nivel educativo de primaria (1º a 6º), lo cual puede tomarse como un factor predisponente en el inicio temprano de las relaciones sexuales y los y las adolescentes en estudio.



Fuente: Cuadro N° 10.

### CUADRO N° 11.

#### ¿TIPO DE ORIENTACIÓN QUE HA RECIBIDO?

	<b>M</b>	<b>%(M)</b>	<b>F</b>	<b>%(F)</b>
<b>Educación Sexual</b>	10	18	31	28
<b>Métodos de Planificación Familiar</b>	6	11	6	6
<b>Infecciones de Transmisión Sexual</b>	10	18	5	5
<b>Todas las Anteriores</b>	5	9	32	30
<b>Ninguna</b>	23	44	34	31
<b>Total</b>	54	100	108	100

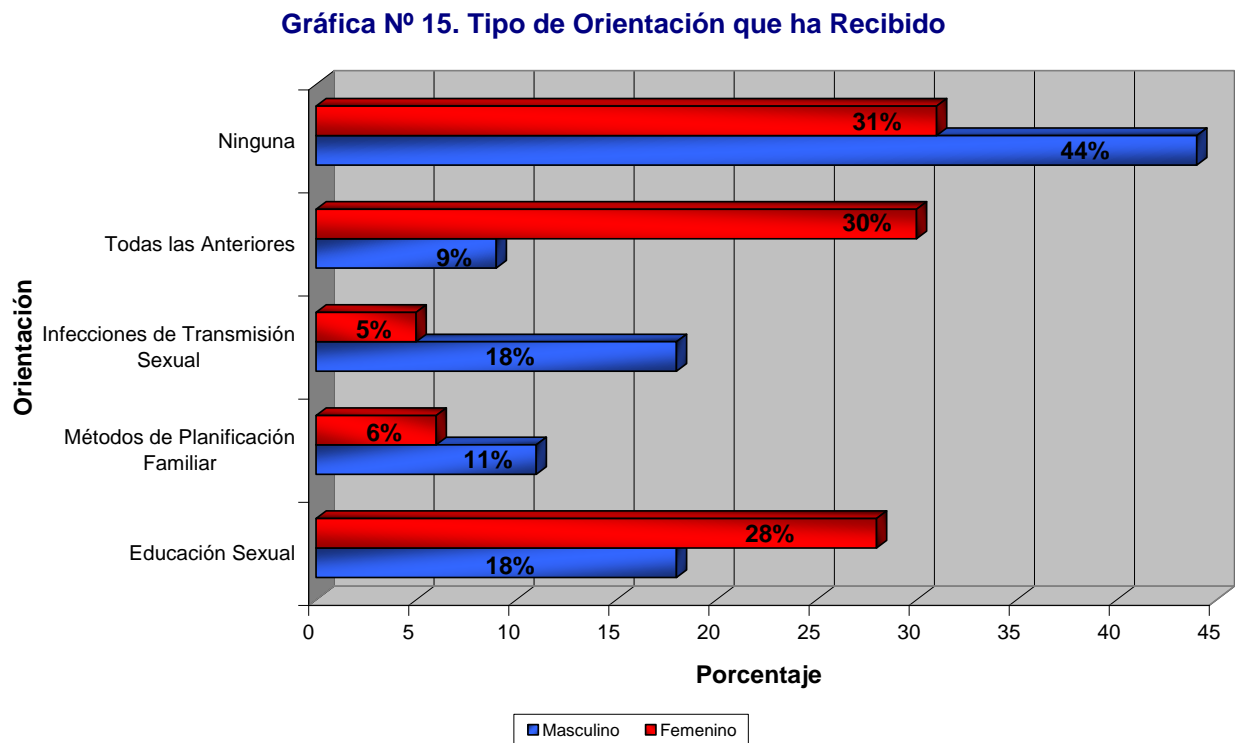
Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población objeto de estudio

#### **ANÁLISIS:**

El cuadro anterior muestra que el 44% de los adolescentes no ha recibido ningún tipo de orientación, un 18% ha recibido educación sexual, al igual que infecciones de transmisión sexual, el 11% ha recibido orientación sobre los métodos de planificación familiar, y un 9% todas las anteriores; las adolescentes manifestaron en el 31% no haber recibido ningún tipo de orientación, seguidas de un 30% que refieren todas las anteriores, el 28% ha recibido educación sexual, el 6% métodos de planificación familiar, el 5% sobre infecciones de transmisión sexual.

## INTERPRETACIÓN:

Se puede observar que la gran mayoría de los y las adolescentes entrevistados, refieren no haber recibido ningún tipo de orientación, mientras que en una minoría significativa, ha recibido orientación sexual, sobre infecciones de transmisión sexual y métodos de planificación familiar. Dato que corrobora el hecho que los centros escolares siguen siendo un pilar para la educación sexual de los y las adolescentes aunque se tienen que proporcionar de manera más especializada, con previa capacitación continua de los docentes para impartir éstos tópicos.



Fuente: Cuadro N° 11.

## CUADRO N° 12.

### ¿QUIÉN LE PROPORCIONÓ POR PRIMERA VEZ, INFORMACIÓN SOBRE LAS RELACIONES SEXUALES?

	<b>M</b>	<b>%(M)</b>	<b>F</b>	<b>%(F)</b>
<b>Padres</b>	4	7	16	15
<b>Escuela</b>	20	37	47	43
<b>Amigos</b>	21	39	34	31
<b>Iglesia</b>	2	4	1	1
<b>Personal de Salud</b>	2	4	6	6
<b>Tíos, primos, hermanos.</b>	5	9	4	4
<b>Total</b>	54	100	108	100

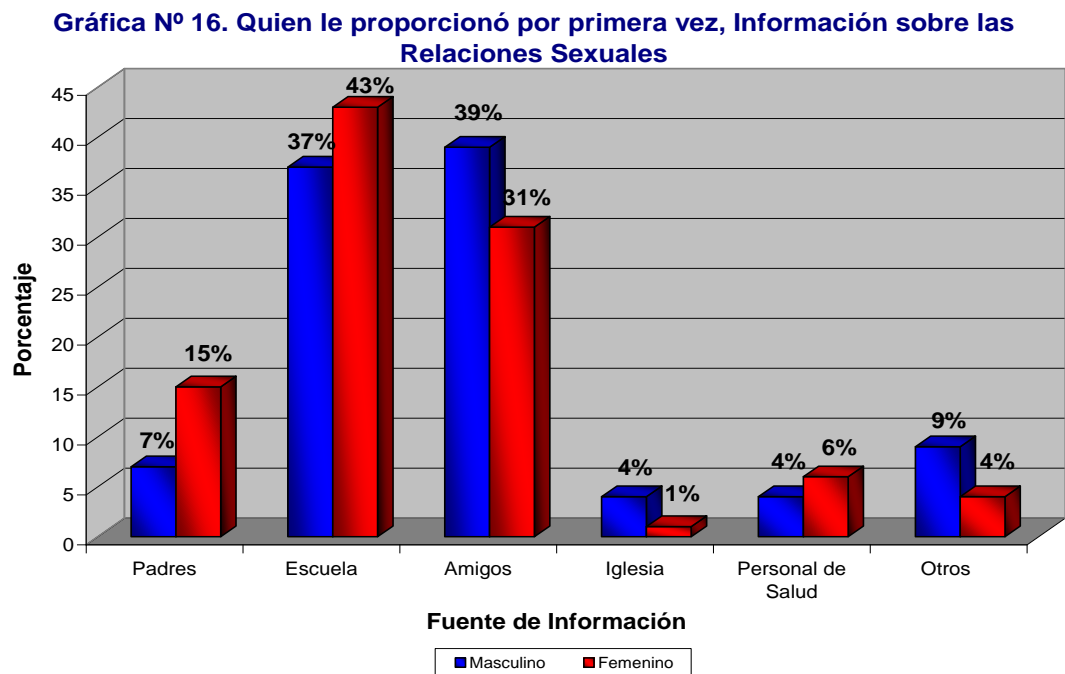
Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población objeto de estudio

#### ANÁLISIS:

En el cuadro anterior se obtuvo que el 39% de los adolescentes oyó hablar sobre las relaciones sexuales por primera vez a sus amigos, seguidos de un 37% que refieren haber oído hablar de relaciones sexuales en sus escuelas, 9% tíos, primos y hermanos, 7% padres de familia, 4% la iglesia al igual que por personal de salud. Las adolescentes manifestaron en un 43% la fuente de información sobre las relaciones sexuales fue la escuela, seguidas de un 31% amigos, 15% padres de familia, 6% personal de salud, 4% tíos, primos y hermanos, y un 1% la iglesia.

## INTERPRETACIÓN:

Con el cuadro anterior se puede concluir que las dos principales fuentes de información que los y las adolescentes tienen para las relaciones sexuales son la escuela y los amigos, y en menor porcentaje los padres, personal de salud, iglesia y otros familiares (tíos, primos y hermanos), por lo que se puede ver que existe un porcentaje significativo de los y las adolescentes no están informados adecuadamente por que fue un amigo quien brindó la información, se ve reflejado también la poca participación de los padres de familia en la formación sexual de sus hijos e hijas, al igual que el personal de salud, así como la poca o casi nula participación de la iglesia en brindar información sobre las relaciones sexuales.



Fuente: Cuadro N° 12.



### CUADRO N° 13.

#### ¿HA OÍDO HABLAR ALGUNA VEZ SOBRE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL?

Opinión	M	%(M)	F	%(F)
Si	32	59	61	57
No	22	41	47	43
Total	54	100	108	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población objeto de estudio

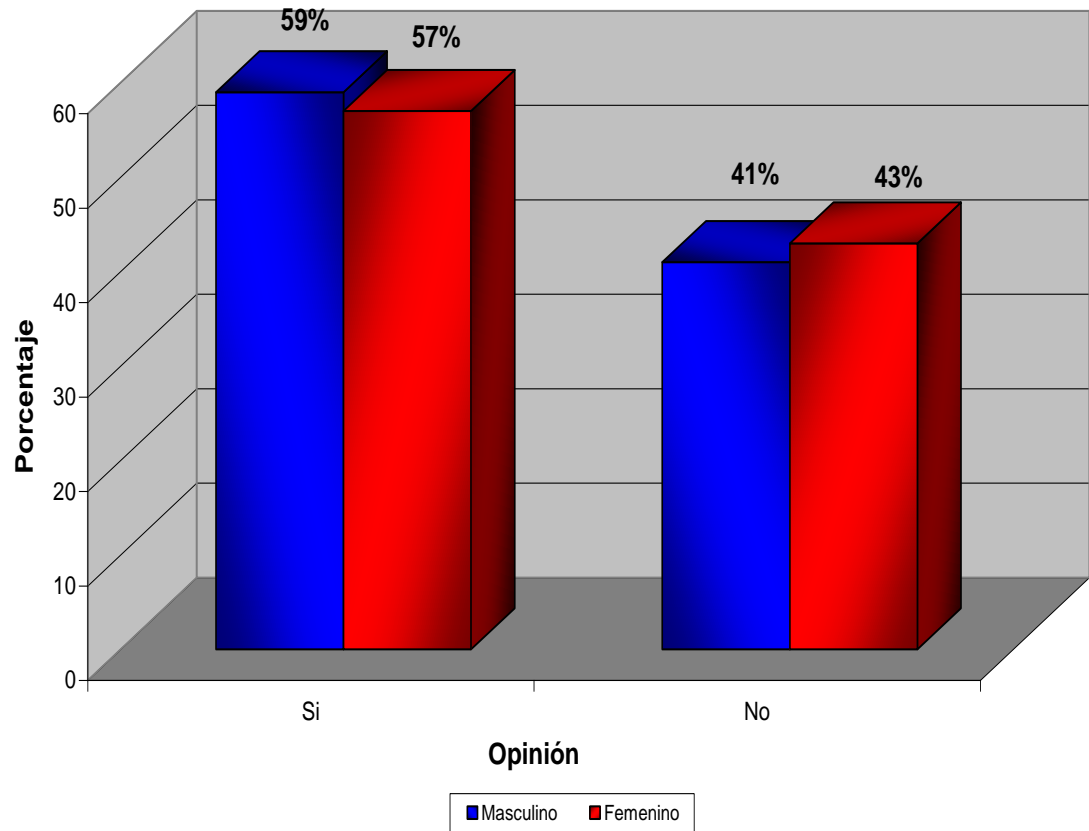
#### ANÁLISIS:

En el cuadro anterior se puede observar que un 59% de los adolescentes han oído hablar sobre las enfermedades de transmisión sexual, un 41% no ha oído hablar. Las adolescentes refieren en un 57% que han oído hablar sobre las enfermedades de transmisión sexual, y un 43% afirma que no.

#### INTERPRETACIÓN:

La mayoría de los y las adolescentes han oído hablar de las enfermedades de transmisión sexual, y una minoría significativa, no tiene conocimiento de éstos.

**Gráfica N° 17. Ha oído hablar sobre las Infecciones de Transmisión Sexual**



Fuente: Cuadro N° 13.

**CUADRO N° 14.**

**¿CUÁLES ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL CONOCE USTED?**

<b>ITS</b>	<b>M</b>	<b>%(M)</b>	<b>F</b>	<b>%(F)</b>
<b>VIH/SIDA</b>	22	32	46	30
<b>Gonorrea</b>	10	14	20	13
<b>Sífilis</b>	4	6	18	12
<b>Verruga/condiloma</b>	4	6	0	0
<b>Chancro blando/Chancroide</b>	7	10	14	9
<b>Candidiasis</b>	0	0	0	0
<b>Tricomoniasis</b>	0	0	0	0
<b>Herpes Genital</b>	0	0	6	4
<b>Hepatitis B</b>	0	0	0	0
<b>Ninguno</b>	22	32	47	32
<b>Total</b>	69	100	151	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población objeto de estudio

**ANÁLISIS:**

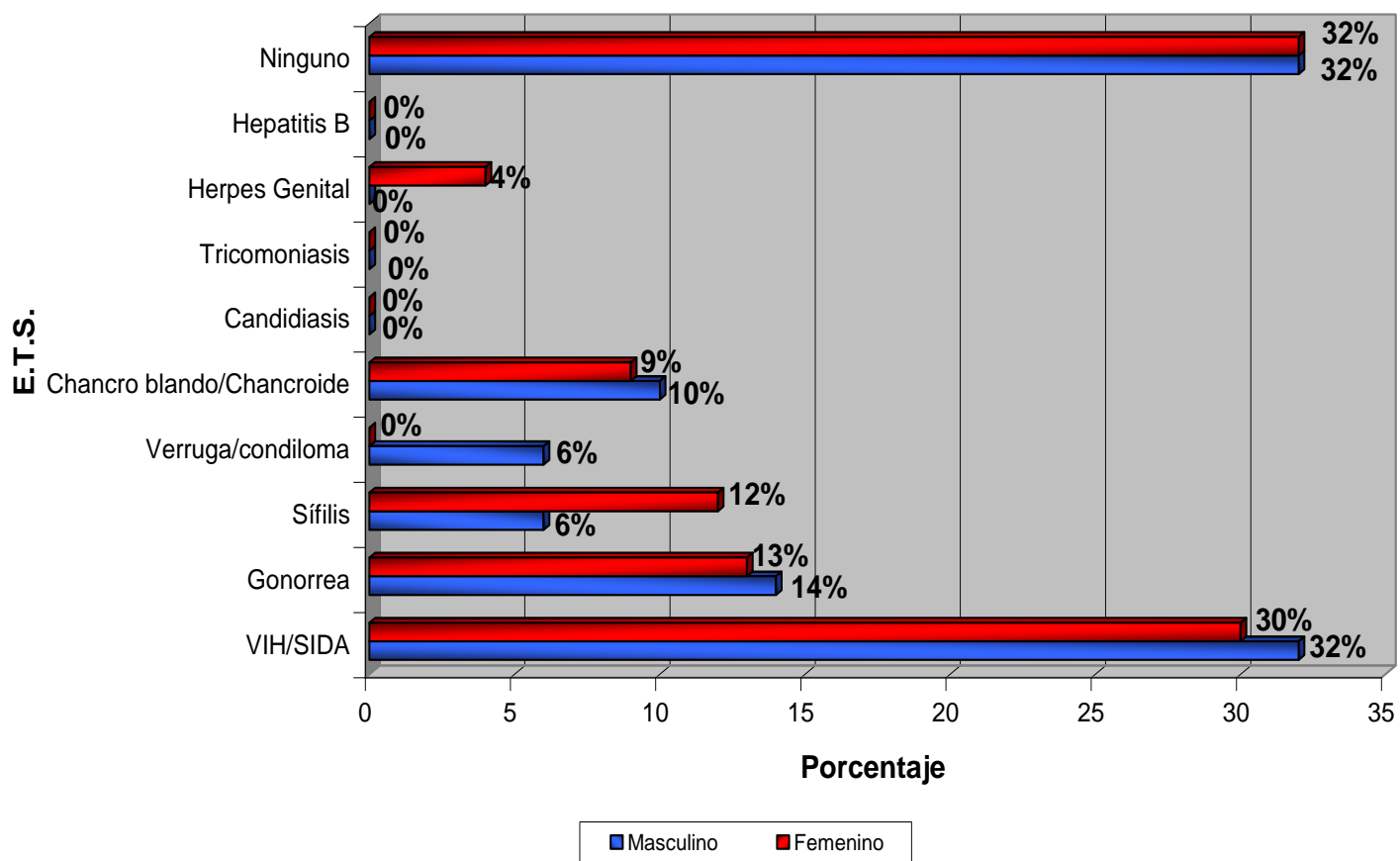
En el cuadro anterior se presenta que un 32% de los adolescentes conoce o ha oído hablar del VIH/SIDA, al igual que los adolescentes que no han oído hablar de ninguna enfermedad de transmisión sexual, el 14% gonorrea, 10% chancro blando/chancroide, 6% Sífilis, 6% verruga/condiloma, no presentándose ningún dato para las enfermedades como candidiasis,

tricomoniasis, herpes genital y hepatitis B.; las adolescentes refieren en un 32% ninguna, 30% VIH/SIDA; 13% gonorrea, 12% sífilis, 9% chancro/chancroide, y un 4% herpes genital, no encontrando datos de referencia para las enfermedades como verruga/condiloma, candidiasis, tricomoniasis, hepatitis B.

### **INTERPRETACIÓN:**

Los datos previamente expuestos, muestran que la gran mayoría de los y las adolescentes de la enfermedad sexualmente transmisible que más conocen es el VIH/SIDA, debido a que ésta es una de las enfermedades que a través de las últimas décadas, se ha venido difundiendo por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, a través de medios televisivos, radiales, panfletos, charlas, conferencias, y muchas otras actividades que van dirigidas a la prevención de ésta; seguida de otro porcentaje significativo que no conoce o no ha oído hablar alguna vez sobre las enfermedades de transmisión sexual, con menos porcentaje conocen las enfermedades como gonorrea, sífilis, chancro/chancroide, herpes genital. Datos que concuerdan con la encuesta nacional de salud familiar (FESAL 2002/2003), en donde la gran mayoría de los hombres de 15 a 59 años y mujeres de 15 a 49 años de edad conocen sobre VIH/SIDA, gonorrea, sífilis, condilomas; por lo que el grado de conocimiento de las enfermedades sexualmente transmisibles a nivel nacional en toda la edad reproductiva para ambos géneros es bajo.

**Gráfica N° 18. Cuáles Enfermedades de Transmisión Sexual Conoce**



Fuente: Cuadro N° 14.

### CUADRO Nº 15.

#### ¿QUÉ MÉTODO DE PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL CONOCE USTED?

Método	M	%(M)	F	%(F)
Preservativo	22	33	40	27
Abstinencia	12	18	12	8
Fidelidad	6	9	16	11
No Sabe	26	40	78	54
Total	66	100	146	100

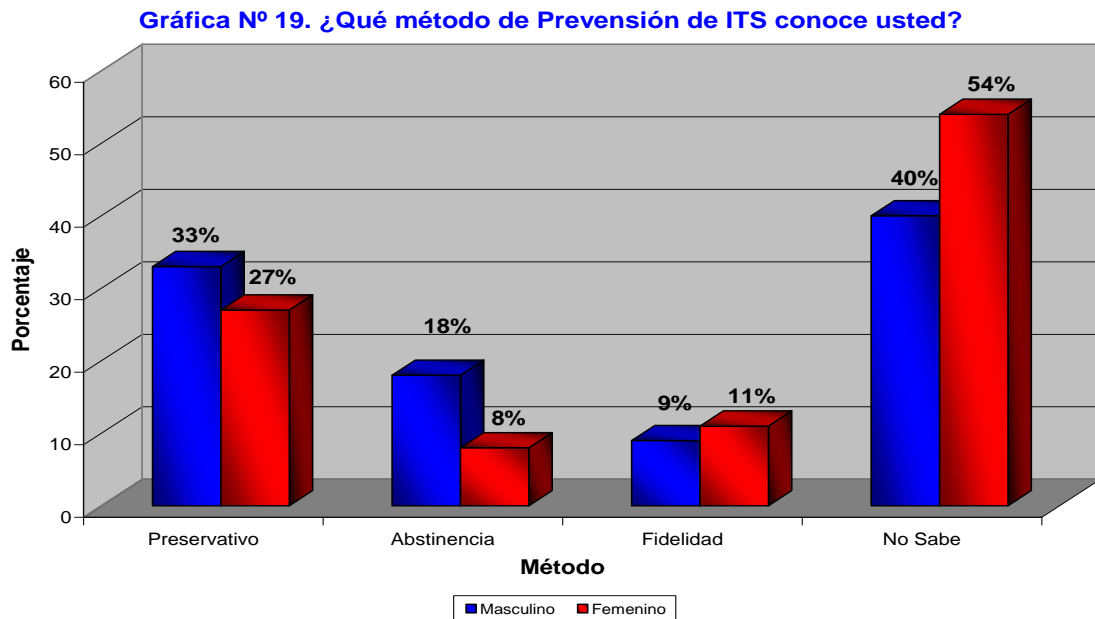
Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población objeto de estudio

#### ANÁLISIS:

El presente cuadro muestra que el 40% de los adolescentes no sabe cuáles métodos previenen las infecciones de transmisión sexual, seguidos de un 33% conoce el preservativo como método de prevención, un 18% abstinencia, un 9% fidelidad. Las adolescentes en un 54% no saben que métodos previenen las infecciones de transmisión sexual, seguidas de un 27% que conoce del preservativo, 11% respondió la fidelidad como método de prevención, y un 8% abstinencia.

## INTERPRETACIÓN:

La mayoría de los y las adolescentes no saben como se previenen las infecciones de transmisión sexual, dato alarmante, ya que se pudo comprobar en este estudio que el grupo de adolescente es un grupo sexualmente activo, y que si se están realizando prácticas de riesgo sin protección en un futuro cercano se tendrán grandes problemas en salud pública con propagación de las enfermedades sexualmente transmisibles; con un porcentaje significativo refieren conocer el preservativo como método de prevención de las infecciones sexualmente transmisibles, mientras que una minoría no significativa menciona la fidelidad y la abstinencia.



Fuente: Cuadro N° 15.

### CUADRO N° 16.

#### ¿HA TENIDO RELACIONES SEXUALES?

Relación Sexual	M	%(M)	F	%(F)
Si	25	46	63	58
No	29	54	45	42
Total	54	100	108	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población objeto de estudio

#### ANÁLISIS:

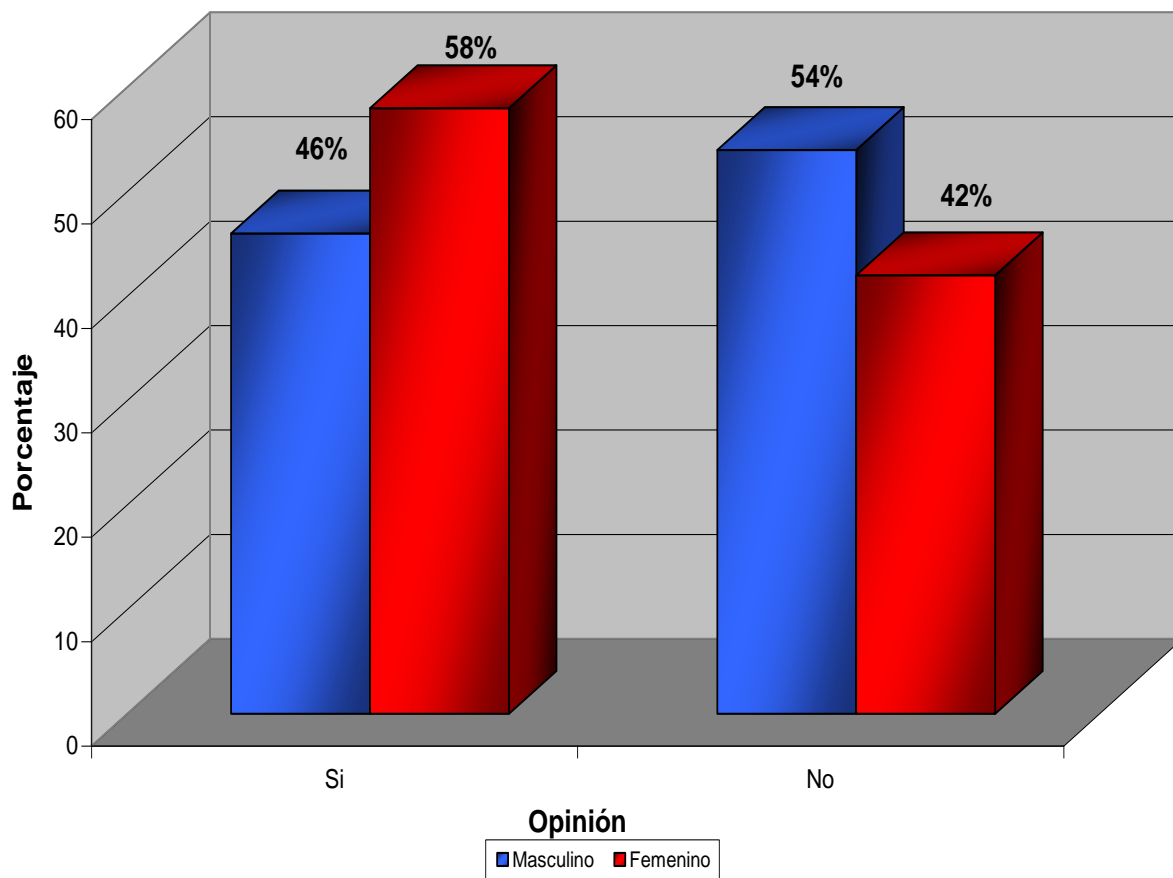
En el cuadro anterior se demuestra que el 46% de los adolescentes han tenido relaciones sexuales, y un 54% no. Las adolescentes refieren en un 58% haber tenido relaciones sexuales, mientras que un 42% opinan que no han tenido relaciones sexuales.

#### INTERPRETACIÓN:

Los datos anteriormente presentados demuestran que la mayoría de los y las adolescentes han tenido relaciones sexuales, con una relación de género hombre/mujer de 1: 2.5, mientras que el resto de adolescentes del sexo masculino no han iniciado relaciones sexuales.



**Gráfica N° 20. ¿Ha tenido Relaciones Sexuales?**



Fuente: Cuadro N° 16.

## CUADRO N° 17.

### USO DE PRESERVATIVO DURANTE LA PRIMERA RELACIÓN SEXUAL

Uso de Preservativo	M	%(M)	F	%(F)
Si	13	52	11	18
No	12	48	52	82
Total	25	100	63	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población objeto de estudio

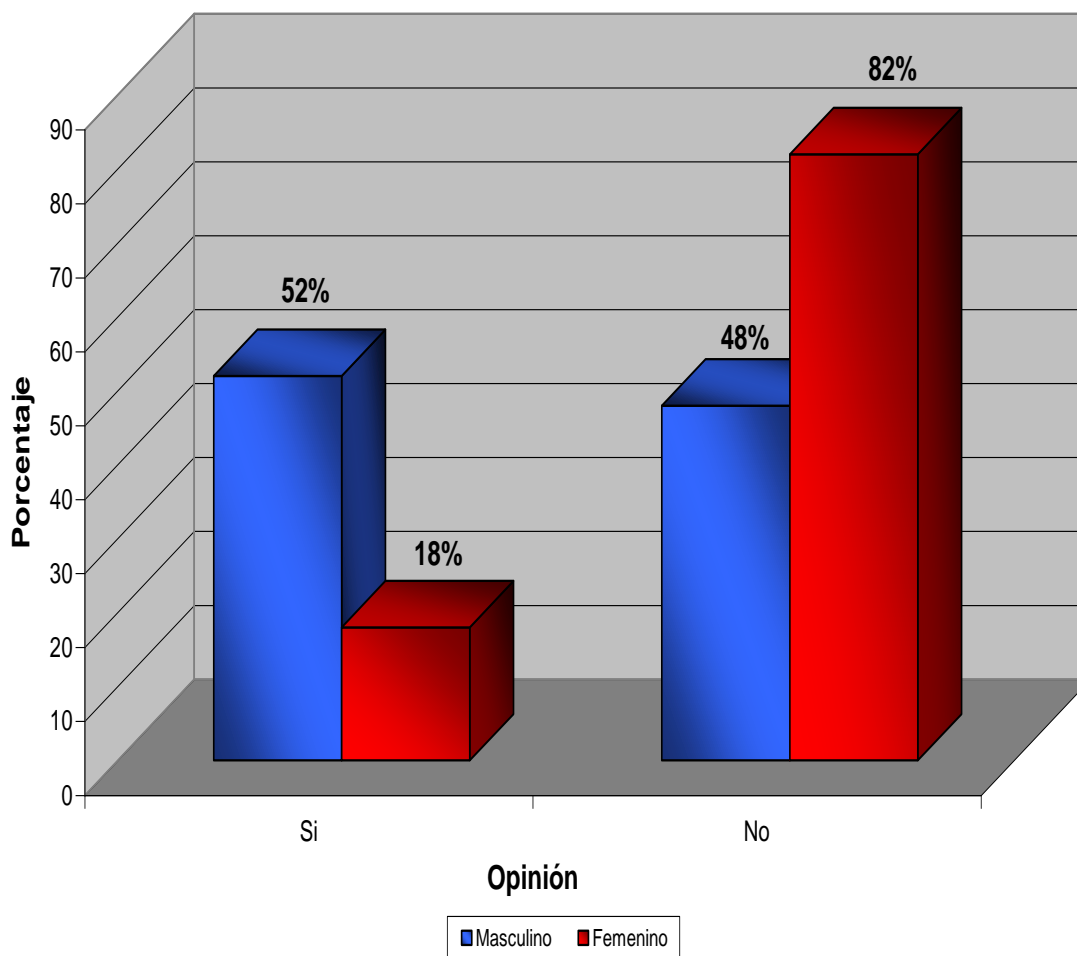
#### ANÁLISIS:

El 52% de los adolescentes usó preservativo durante su primera relación sexual, mientras que un 48% no lo usó. Las adolescentes cuyas parejas usaron preservativo durante su primera relación sexual fue del 18%, mientras las parejas de las adolescentes que no utilizaron preservativo durante su primera relación sexual fue del 82%.

#### INTERPRETACIÓN:

La mayoría de los adolescentes usaron preservativo durante su primera relación sexual, mientras que en las parejas de las adolescentes no utilizaron preservativo durante su primera relación sexual. En menor porcentaje de los adolescentes no utilizaron preservativo durante su primera relación sexual, mientras que las parejas de las adolescentes en su minoría usaron preservativo durante su primera relación sexual.

**Gráfico N° 21. ¿Usó preservativo durante su primera Relación Sexual?**



Fuente: Cuadro N° 17.

### CUADRO N° 18.

#### ¿A QUE EDAD INICIO SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL?

Edad (años)	M	%(M)	F	%(F)
10	0	0	0	0
11	0	0	0	0
12	0	0	4	6
13	1	4	6	10
14	9	36	17	27
15	8	32	16	25
16	7	28	8	13
17	0	0	8	13
18	0	0	4	6
19	0	0	0	0
<b>Total</b>	25	100	63	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población objeto de estudio

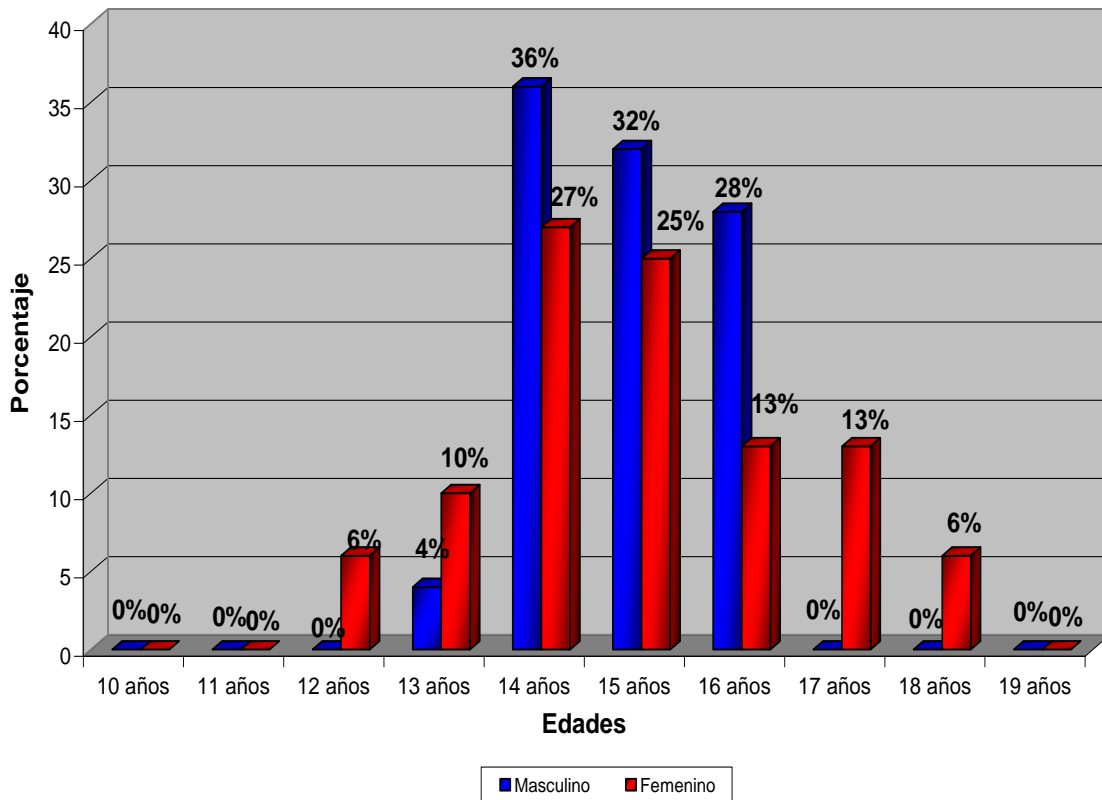
#### ANÁLISIS:

El cuadro anterior presenta que el 36% de los adolescentes inició su primera relación sexual a los 14 años, 32% a los 15 años, 28% a los 16 años, 4% a los 13 años. Las adolescentes un 27% inició sus relaciones sexuales a la edad de los 14 años, 25% a los 15 años, 13% a los 16 y 17 años, 10% a los 13 años, un 6% a los 12 y 18 años.

## INTERPRETACIÓN:

La edad promedio de inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes es de 14.5 años, mientras que las adolescentes es de 13 a 16.5 años de edad, con una relación de género hombre/mujer 0.89 : 1 años antes en las mujeres que en los hombres.

Gráfica N° 22. ¿A qué edad Inició su primera Relación Sexual?



Fuente: Cuadro N° 18.

### CUADRO N° 19.

#### ¿CUÁNTOS COMPAÑEROS SEXUALES HA TENIDO?

Compañeros Sexuales	M	%(M)	F	%(F)
Uno	11	44	35	56
Dos	2	8	15	23
Tres	6	24	7	11
Más de Tres	6	24	6	10
Total	25	100	63	100

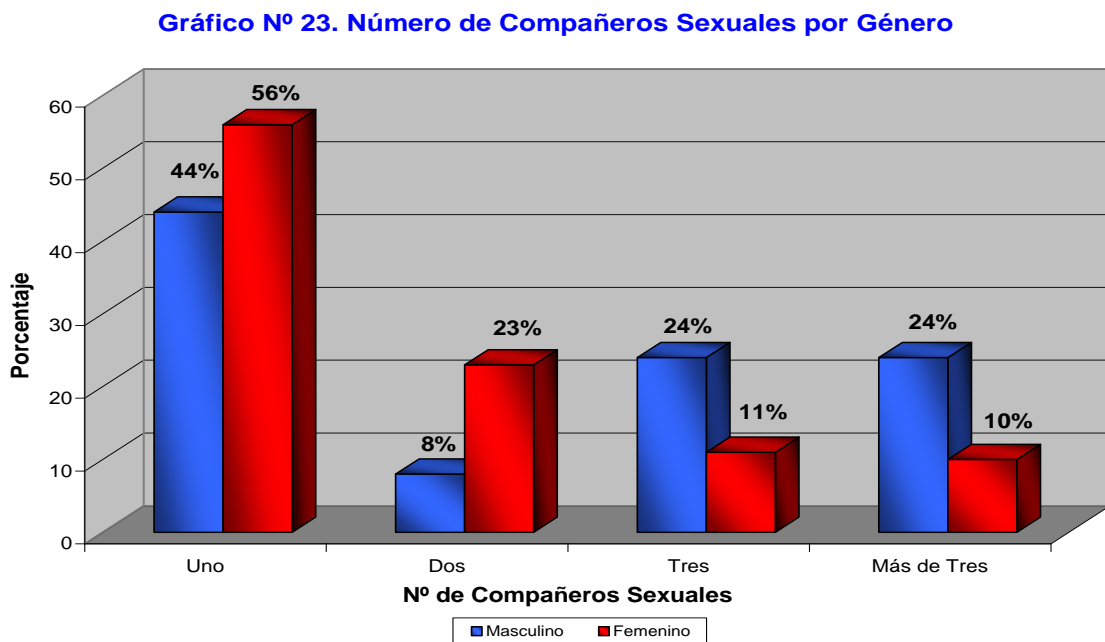
Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población objeto de estudio

#### ANÁLISIS:

En el cuadro se presentan los porcentajes de compañeros sexuales por género, mostrando que en los adolescentes el 44% ha tenido una compañera sexual, seguidos de un 24% tres compañeras sexuales al igual que más de tres; el 8% de los adolescentes ha tenido dos compañeras sexuales; las adolescentes el 56% refiere que ha tenido un compañero sexual, seguidos de un 23% que opinan haber tenido dos compañeros sexuales, 11% ha tenido tres, y un 10% de las adolescentes ha tenido más de tres compañeros sexuales.

## INTERPRETACIÓN:

La mayoría de los adolescentes ha tenido un compañero sexual para ambos géneros, mientras que en menor porcentaje pero representativo de los adolescentes refieren haber tenido tres o más de tres compañeras sexuales, en mínimo porcentaje ha tenido dos compañeras sexuales. En contraste, las adolescentes refieren solo haber tenido un compañero sexual, seguidos de un porcentaje significativo de haber tenido dos compañeros sexuales, y en menor porcentaje las adolescentes que han tenido tres o más de tres compañeros sexuales. Dato que muestra que en los adolescentes existe mayor conducta de riesgo que las adolescentes, ya que éstos son los que tienen mayor número de compañeras sexuales en comparación con las adolescentes.



Fuente: Cuadro N° 19.

## CUADRO N° 20.

### ¿HA PADECIDO DE ALGUNA INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL?

Opinión	M	%(M)	F	%(F)
Si	0	0	0	0
No	25	100	63	100
Total	25	100	63	100

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población objeto de estudio

#### ANÁLISIS:

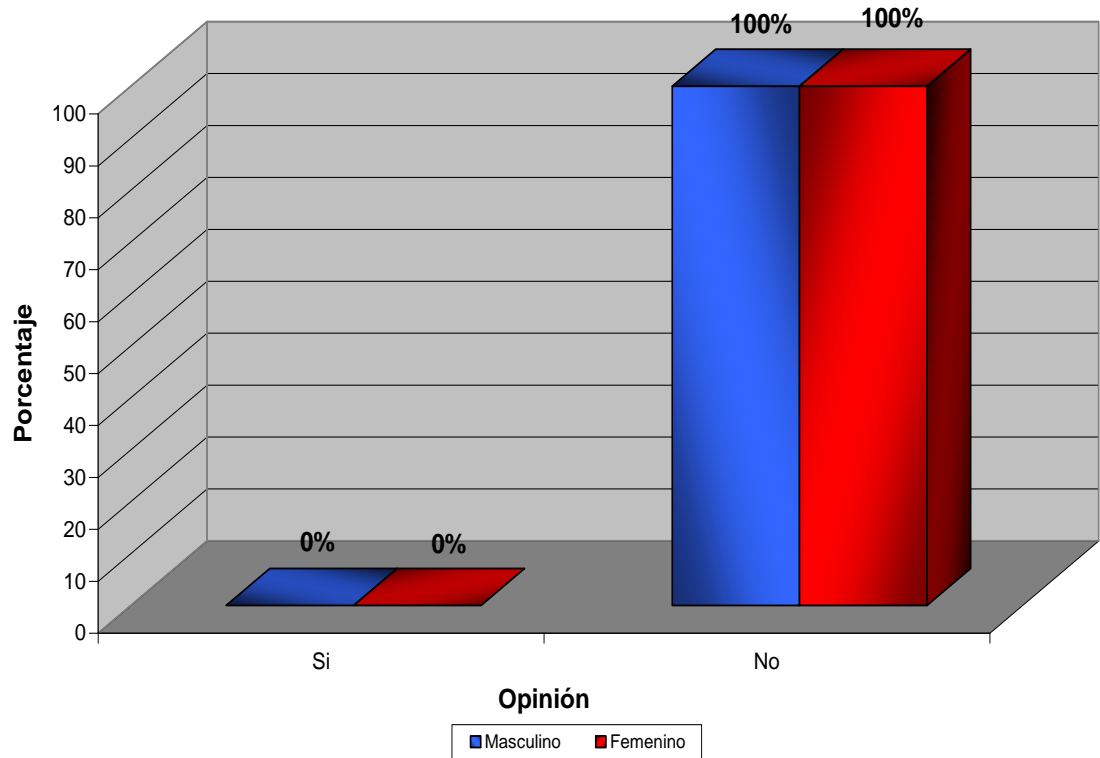
El cuadro anterior muestra que el 100% de los y las adolescentes manifiestan no haber padecido de ninguna infección de transmisión sexual, 0% para ambos géneros de haber padecido alguna vez de infección de transmisión sexual.

#### INTERPRETACIÓN:

En el cuadro anterior se puede observar que en un total de los y las adolescentes entrevistados, no han tenido infecciones de transmisión sexual, no obteniendo datos en ambos géneros sobre alguna infección de transmisión sexual.



**Gráfico N° 24. ¿Ha padecido de Alguna Infección de Transmisión Sexual?**



Fuente: Cuadro N° 20.

Las preguntas 22. y 23. Si la respuesta anterior es afirmativa, ¿Cuál?; ¿Recibió Tratamiento?; ¿Por quien?. No se obtuvieron resultados, porque los adolescentes que ya iniciaron su vida sexual activa, manifiestan que nunca han padecido de alguna de las infecciones de transmisión sexual.

En la guía de observaciones se obtuvieron los siguientes resultados:

**CUADRO N° 21.**

**¿RESPONDE CON NATURALIDAD LAS PREGUNTAS?**

	<b>M</b>	<b>% (M)</b>	<b>F</b>	<b>%(F)</b>
<b>Si</b>	39	72	97	89
<b>No</b>	15	28	11	11
<b>Total</b>	54	100	108	100

Fuente: Guía de Observaciones dirigida a la población objeto de estudio.

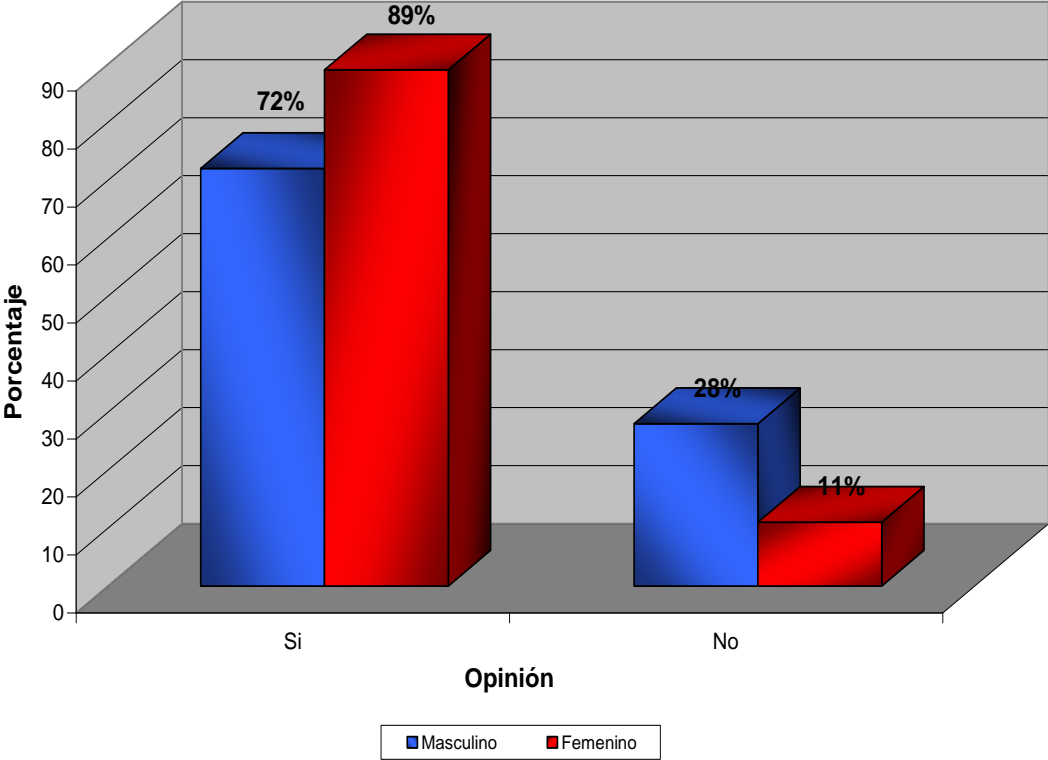
**Análisis:**

En el cuadro anterior se observa que el 72% de los adolescentes respondió con naturalidad cuando se administró la cédula de entrevista, y un 28% no lo hizo; las adolescentes el 89% respondió con naturalidad y el 11% de ellas no lo hizo.

**Interpretación:**

En el cuadro anterior se puede observar que tanto los y las adolescentes en estudio respondieron con naturalidad al momento de que se les administró la cédula de entrevista, mientras que la minoría de las y los adolescentes no respondieron con naturalidad.

**Gráfica N° 25. ¿Responde con Naturalidad las preguntas?**



Fuente: Cuadro N° 21.

## CUADRO N° 22.

### ¿COMO ES LA ACTITUD DE LOS Y LAS ADOLESCENTES AL MOMENTO DE ABORDAR TEMAS DE SEXUALIDAD?

	<b>M</b>	<b>%(M)</b>	<b>F</b>	<b>%(F)</b>
<b>Rechazo</b>	0	0	0	0
<b>Aceptación</b>	39	72	97	89
<b>Indiferencia</b>	15	28	11	11
<b>Total</b>	54	100	108	100

Fuente: Guía de observaciones dirigida a la población objeto de estudio.

#### **Análisis:**

El cuadro anterior muestra que el 72% de los adolescentes mostró una actitud de aceptación, seguidos de un 28% de indiferencia, y 0% de rechazo; las adolescentes mostraron un 89% de aceptación seguidas de un 11% de indiferencia y 0% actitud de rechazo.

#### **Interpretación:**

Se puede observar en el cuadro anterior que la mayoría de las y los adolescentes mostraron una actitud de aceptación al momento de pasárseles la cédula de entrevista en los tópicos de sexualidad, y una minoría para ambos géneros presentó actitud de indiferencia; no obteniendo dato

alguno de adolescentes que presentaran actitud de rechazo al momento de abordar los temas de sexualidad.

**¡Error! Vínculo no válido.**

Fuente: Cuadro N° 22.

**CUADRO N° 23.**

<b>Factores Predisponentes al Inicio Temprano de las Relaciones Sexuales en los Adolescentes sujeto de Estudio.</b>										
	<b>Procedencia</b>		<b>Religión</b>			<b>Nivel Educativo</b>				
<b>Edad</b> <b>Años</b>	<b>Rural</b>	<b>Urbano</b>	<b>Evangélico</b>	<b>Católico</b>	<b>Ninguno</b>	<b>1º a 3º</b>	<b>4º a 6º</b>	<b>7º a 9º</b>	<b>Bachillerato</b>	<b>Ninguno</b>
<b>13</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>14</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>4</b>
<b>15</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>3</b>
<b>16</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>3</b>
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>10</b>	<b>3</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>10</b>
	<b>25</b>		<b>25</b>			<b>25</b>				

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a la población objeto de estudio.

**Análisis:**

El cuadro anterior correlaciona los adolescentes que han iniciado sus relaciones sexuales con los factores predisponentes para el inicio temprano de éstos, por edad específica, registrando que un adolescente de 13 años de edad es de procedencia rural, no profesa ninguna religión y tiene un nivel educativo de 7º grado. Hubieron nueve adolescentes de 14 años de edad, de los cuales 4 proceden del área rural, mientras que 5 vienen del área urbana; en cuanto a la religión, 6 son católicos, 2 no profesan ninguna religión, y 1 es evangélico; y su nivel educativo tenemos que 4 nunca han estudiado, 2 de 1º a 3º, 1 de 4º a 6º, al igual que de 7º a 9º y bachillerato. En los ocho adolescentes de 15 años de edad, 5 son del área rural mientras que 3 son del área urbana; 5 de éstos adolescentes no profesan ningún tipo de religión seguido de los que profesan la religión católica que son 2, y por último un evangélico; en el nivel educativo, 3 no tienen ningún grado cursado, seguidos de 2 que han estudiado de 1º a 3º, uno de 4º a 6º, al igual que los que estudiaron de 7º a 9º y bachillerato. Se registraron los datos de siete adolescentes de 16 años de edad, cuya procedencia 5 eran del área rural y 2 del área urbana; 3 son de religión católica, al igual que 3 que no tienen religión, seguidos por uno de la religión evangélica; en el nivel educativo se puede observar que 3 nunca estudiaron, seguidos de 2 de 7º a 9º, por último están, uno que ha estudiado de 1º a 3º y uno de 4º a 6º. Del total general de adolescentes del género masculino que había iniciado las relaciones sexuales cuando se pasó la entrevista, 25

adolescentes del género masculino respondieron que sí (46%) y 29 no habían iniciado relaciones sexuales (54%). De los adolescentes que ya habían iniciado sus vida sexual activa (25 adolescentes) el 60% era del área rural y el 40% del área urbana; el 44% profesaba religión católica al igual que los que no tenían religión, y un 12% eran evangélicos; y su nivel educativo el 40% nunca estudió, el 20% estudió de 1º a 3º al igual que de 7º a 9º, seguidos de un 12% de 4º a 6º y un 8º bachillerato.

**Interpretación:**

En el cuadro anterior se puede corroborar que los factores culturales y socioeconómicos predisponen al inicio temprano de las relaciones sexuales, en los adolescentes del género masculino, y que juega un papel importante para ello, el ser de procedencia rural, no tener ningún tipo de religión o ser de religión católica, y no tener ningún grado de escolaridad o un nivel académico muy bajo.



**CUADRO N° 24.**

<b>Factores Predisponentes al Inicio Temprano de las Relaciones Sexuales en las Adolescentes sujeto de Estudio.</b>										
	<b>Procedencia</b>		<b>Religión</b>			<b>Nivel Educativo</b>				
<b>Edad</b> <b>Años</b>	<b>Rural</b>	<b>Urbano</b>	<b>Evangélico</b>	<b>Católico</b>	<b>Ninguno</b>	<b>1º a 3º</b>	<b>4º a 6º</b>	<b>7º a 9º</b>	<b>Bachillerato</b>	<b>Ninguno</b>
<b>12</b>	3	1	0	1	3	1	1	0	0	2
<b>13</b>	4	2	1	4	1	2	0	2	0	2
<b>14</b>	10	7	3	4	10	2	8	1	0	6
<b>15</b>	13	3	2	7	7	5	6	3	0	2
<b>16</b>	6	2	2	2	4	2	0	3	0	3
<b>17</b>	7	1	3	1	4	1	2	1	1	3
<b>18</b>	3	1	0	3	1	0	2	1	0	1
<b>Total</b>	46	17	11	22	30	13	19	11	1	19
	63		63			63				

Fuente: Cédula de entrevista dirigida a población objeto de estudio.

**Análisis:**

El cuadro anterior correlaciona a las adolescentes que han iniciado sus relaciones sexuales con los factores predisponentes para el inicio temprano de éstos, por edad específica, registrando cuatro adolescentes de 12 años de edad, 3 proceden del área rural, y una es del área urbana; 3 no profesan religión alguna, seguida de una de religión católica; en el nivel educativo se encontró que 2 nunca estudiaron, seguidos de una de 1º a 3º al igual que de 4º a 6º. Se obtuvieron datos de seis adolescentes de 13 años de edad, de quienes el 4 son del área rural y 2 del área urbana; 4 profesan religión católica seguidas de una evangélica al igual que una que no profesan ninguna religión; el nivel educativo 2 nunca estudiaron, mientras que 2 estudiaron de 1º a 3º al igual que 2 estudiaron de 7º a 9º. De las diecisiete adolescentes de 14 años, 10 son de procedencia rural mientras que 7 del área urbana; 10 no profesan religión alguna, seguidas de 4 que son católicas, y 3 evangélicas; en su nivel educativo se encontró que 8 estudiaron de 4º a 6º, seguidas de 6 que no estudiaron, 2 estudiaron de 1º a 3º, y una de 7º a 9º. En dieciséis adolescentes de 15 años de edad, se encontró que 13 fueron del área rural y 3 del área urbana; 7 eran de religión católica al igual que las adolescentes que no profesan religión alguna, seguidas de 2 de religión evangélica; el nivel educativo 6 estudiaron de 4º a 6º, 5 de 1º a 3º, 3 de 7º a 9º, y 2 nunca estudiaron. Se encontró en ocho adolescentes de 16 años de edad, que 6 eran de procedencia rural y 2 del área urbana, de las cuales 4 no profesan ninguna religión, seguidas por 2

evangélicas al igual que 2 católicas; 3 nunca estudiaron al igual que las 3 que estudiaron de 7º a 9º, mientras 2 estudiaron de 1º a 3º. En las ocho adolescentes de 17 años de edad, 7 provenían del área rural mientras que una era del área urbana; de éstas, 4 no profesan religión alguna, mientras que 3 son evangélicas y una católica; el nivel educativo que se encontró que 3 nunca estudiaron, seguidas de 2 que estudiaron de 4º a 6º, y por último, una estudió de 1º a 3º, una de 7º a 9º y bachillerato respectivamente para cada grupo. Se obtuvieron datos de cuatro adolescentes de 18 años de edad, de las cuales 3 eran del área rural y una del área urbana; el 3 de religión católica, mientras que una no profesa ninguna religión; en el nivel de estudio se encuentra que 2 de las adolescentes estudiaron de 4º a 6º, seguidos de una que estudió de 7º a 9º al igual que una nunca estudió.

De las adolescentes que ya habían iniciado sus vida sexual activa se documentaron 63 adolescentes, de las cuales el 73% son del área rural y el 27% del área urbana; el 47% no profesaba ninguna religión, seguidas de un 35% católicas y por último un 18% evangélicas; en el nivel educativo se encontró un 30% estudió de 4º a 6º al igual que las que nunca estudiaron, seguidas de un 20% de 1º a 3º, un 18% de 7º a 9º y el 2% bachillerato.

### **Interpretación:**

El cuadro anterior muestra que los factores culturales y socioeconómicos predisponen al inicio temprano de las relaciones sexuales, en

las adolescentes del género femenino, y que juega un papel importante para ello, el ser de procedencia rural, no tener ningún tipo de religión o ser de religión católica, y no tener ningún grado de escolaridad o un nivel académico muy bajo. Aunque en contraste con los adolescentes del género masculino, las adolescentes de 14 a 17 años de edad se vuelve muy estrecha la relación que se guarda entre el inicio de las relaciones sexuales y la religión evangélica, católica y las que no profesan religión alguna.

## **5.2. PRUEBA DE HIPÓTESIS.**

### **5.2.1. Hipótesis Específicas:**

**H<sub>1</sub>:** Los factores culturales predisponen el inicio de las relaciones sexuales en los y las adolescentes de 10 a 19 años de edad, que consultaron en las unidades de salud en estudio.

La hipótesis específica N° 1 se comprueba mediante los siguientes datos:

- ¿Pertenece a algún grupo religioso?. El 53% de los y las adolescentes profesan una religión, mientras que el 47% no pertenecen a ningún grupo religioso. De los y las adolescentes que pertenecen a una religión, el 28% son católicos, 25% evangélicos, y el 47% ninguna religión.
- ¿Cuál es su nivel educativo?. Se demostró que el 34% de los adolescentes tiene un nivel educativo de 4º a 6º, seguido de un 32% de 7º a 9º, un 24% ningún nivel educativo, el 6% bachillerato y por último, un 4% de 1º a 3º. Mientras que las adolescentes el 37% tienen un nivel educativo de 4º a 6º, 21% de 1º a 3º y de 7º a 9º respectivamente; por último un 4% ha cursado bachillerato.
- ¿Qué tipo de orientación sexual ha recibido?. Se confirmó que el 44% de los adolescentes no ha recibido ningún tipo de orientación, el 18% educación sexual, al igual que las infecciones de transmisión sexual, el 11% métodos de planificación familiar, y un 9% todas las

anteriores(educación sexual, infecciones de transmisión sexual, métodos de planificación familiar). En tanto que las adolescentes el 31% no ha recibido educación sexual, el 30% todas las anteriores (educación sexual, infecciones de transmisión sexual, métodos de planificación familiar), 28% educación sexual, 6% métodos de planificación familiar, el 5% sobre infecciones de transmisión sexual.

- ¿Quién le proporcionó por primera vez, información sobre las relaciones sexuales?. El 39% de los adolescentes refieren que fue de amigos, el 37% escuela, 9% otros, 7% padres de familia, y el 4% Iglesia al igual que el personal de salud. En tanto las adolescentes, el 43% fue escuela, 31% amigos, 15% padres de familia, 6% personal de salud, 4% otros y el 1% la iglesia.
- ¿A tenido relaciones sexuales?. Se demostró que el 46% de los adolescentes ha tenido relaciones sexuales mientras que el 54% no. En las adolescentes, el 58% ha tenido relaciones sexuales, y un 42% no ha tenido relaciones sexuales.
- ¿A que edad inició su primera relación sexual?. Se confirmó que el 36% de los adolescentes inició su primera relación sexual a los 14 años, 32% a los 15 años, 28% a los 16 años, y 4% a los 13 años. En cambio las

adolescentes, el 27% inició sus relaciones sexuales a los 14 años de edad, 25% a los 15 años, 13% a los 16 y 17 años, 10% a los 13 años, un 6% a los 12 y 18 años.

**H<sub>2</sub>** : Los factores socioeconómicos predisponen el inicio de las relaciones sexuales en los y las adolescentes de 10 a 19 años de edad, que consultaron en las unidades de salud en estudio.

La hipótesis específica N° 2 se comprueba mediante los siguientes datos:

- ¿Pertenece a algún grupo de organización social dentro de su comunidad?. Se comprobó que el 93% de los y las adolescentes no pertenecen a ningún grupo social dentro de su comunidad, mientras que el 7% de ellos, sí forman parte de algún grupo social; dentro de éstos, el 34% de los y las adolescentes forman parte de algún equipo de fútbol, el 25% directiva escolar, y en igual porcentaje pertenecen a un grupo de jóvenes; el 8% de los adolescentes pertenecen a ADESCO juvenil, y en igual porcentaje al comité de consulta social.
- ¿Tipo de vivienda?. Se demostró que el 43% de los y las adolescentes viven en una vivienda de ladrillo o bloque, seguidas de un 25% que habita en casa de adobe, 22% construcción mixta, y un 10% de bahareque.

- ¿Cuál es su ocupación?. En el cuadro anterior se observa que el 46% de los y las adolescentes no tienen ocupación, mientras que el 40% son estudiantes, y el 14% trabaja.
- ¿Tipo de trabajo?. Se demostró que el 60% de los adolescentes que trabajan son jornaleros, mientras que el 24% se dedica a los oficios domésticos, y en el 4% se dedican a vender, al igual que profesor de música, secretaria y ayudante de laboratorio.
- ¿Cuál es su ingreso económico mensual?. Se confirmó que el 47% de los y las adolescentes que trabajan, tienen un ingreso mensual menor de \$ 150.00, el 28% entre \$ 150.00 a \$ 250.00; y un 25% es mayor a los \$250.00.

Por lo expuesto anteriormente, las hipótesis específicas N° 1 y la hipótesis específica N° 2 se aceptan, por lo tanto SE ACEPTA la hipótesis general.



**CAPÍTULO IV.**  
**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.**

## **6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **6.1. CONCLUSIONES:**

A través de la realización de la investigación, el grupo responsable de ésta alcanzó los objetivos planteados, y se comprobaron y aceptaron la hipótesis general y las hipótesis específicas; concluyendo que:

Se establecieron que los factores culturales son predisponentes para que los y las adolescentes al inicien las relaciones sexuales, ya que en el cuadro N° 2 se encontró que, un 47% de adolescentes no profesa religión alguna, con comparación con el 28% que son católicos y el 25% evangélicos.

En el cuadro N° 10 se demuestra que los adolescentes que estudian, el 57% refieren que les han hablado de relaciones sexuales en su centro escolar mientras que el 43% manifiesta que no. Las adolescentes que estudian, el 68% han oído de las relaciones sexuales en su centro escolar, y el 32% no les han hablado.

Los adolescentes al preguntar el tipo de orientación que han recibido sobre las relaciones sexuales, el 44% respondió que ningún tipo de orientación, el 18% educación sexual al igual que las infecciones de transmisión sexual, el 11% han recibido orientación sobre los métodos de planificación familiar, y el

9% todas las anteriores. En las adolescentes se encontró que el 31% no le han orientado, 30% todas las anteriores, 28% educación sexual, 6% sobre los métodos de planificación familiar y el 5% sobre las infecciones de transmisión sexual, como se comprueba en el cuadro N° 11.

En el cuadro N° 12 se presentan las principales fuentes de información sobre las relaciones sexuales en los y las adolescentes son los amigos y la escuela. El 39% de los adolescentes le hablaron por primera vez sobre las relaciones sexuales sus amigos, el 37% en la escuela, 9% otros, 7% padres de familia, 4% personal de salud, y 4% en la iglesia. Las adolescentes manifestaron en el 43% la escuela, 31% amigas, 15% padres de familia, 6% personal de salud, 4% otros y un 1% la iglesia.

En el cuadro N° 14 se puede corroborar que el conocimiento sobre las infecciones de transmisión sexual en los y las adolescentes son limitados, ya que el 32% no conoce ninguna infección de transmisión sexual, un 32% únicamente VIH/SIDA, 14% gonorrea, 10% chancro blando o chancroide, 6% sífilis, al igual que los que conocen como enfermedades sexualmente transmisibles la verruga o condiloma. Las adolescentes, el 32% ninguna, 30% VIH/SIDA, 13% gonorrea, 12% sífilis, 9% chancro o chancroide, y un 4% herpes genital.

En el cuadro N° 15 se observan que los y las adolescentes, no saben en su mayoría sobre como se pueden prevenir las infecciones de transmisión sexual; el 40% de los adolescentes y el 54% de las adolescentes refieren no saber los métodos de prevención de las infecciones sexualmente transmisibles. El 33% de los adolescentes conoce el preservativo, el 18% refiere que la abstinencia es el método de prevención, y un 9% la fidelidad. Las adolescentes manifiestan en el 27% que conoce el preservativo, 11% fidelidad, y un 8% abstinencia.

En el cuadro N° 16 demuestra que el 46% de los adolescentes y el 58% de las adolescentes han tenido relaciones sexuales. La relación de género hombre/mujer con respecto del inicio de las relaciones sexuales al momento del estudio fue de 1: 2.5.

Se cumplió el objetivo específico N° 3 ya que la edad promedio de inicio de las relaciones sexuales en los adolescentes es de 14.5 años; mientras que las adolescentes su edad promedio es de 13 a 16.5 años.

Se cumplió con el objetivo específico N° 4 porque se identificó que el promedio de inicio de las relaciones sexuales entre los adolescentes con respecto al género, hombre/mujer es de 0.89 : 1 años antes en las mujeres que en los hombres.

En el cuadro N° 17 se observa que el 52% de los adolescentes usó preservativo durante su primera relación sexual, mientras que en las adolescentes solo el 18% se protegió.

En el cuadro N° 19 se puede observar mayor conducta de riesgo en los adolescentes que en las adolescentes, ya que el 44% de los adolescentes ha tenido una compañera sexual, seguidos de un 24% tres compañeras sexuales al igual que los adolescentes que han tenido más de tres compañeras sexuales. Las adolescentes muestran un 56% un compañero sexual, 23% dos compañeros sexuales, 11% tres compañeros sexuales y un 10% de las adolescentes han tenido más de tres compañeros sexuales.

Los factores socioeconómicos son determinantes para el inicio de las relaciones sexuales en los y las adolescentes, ya que el 46% ya que en el cuadro N° 5, los y las adolescentes que habían iniciado su vida sexual activa, al momento del estudio, no tenían ocupación, el 40% era estudiante y el 14% tenía un trabajo.

En el cuadro N° 6 los y las adolescentes que trabajan, y tienen vida sexual activa, 60% son jornaleros, el 24% oficios domésticos, y 16% otra ocupación.

Como se observa en el cuadro N° 1 el ingreso económico de los adolescentes que trabajan el 47% es menor de \$ 150.00, el 28% entre \$ 150.00 a \$ 250.00; el 25% mayor de \$ 250.00; de éstos el 41% sostienen una familia mayor de 5 personas; el 36% de 3 a 5 personas y el 23% de 1 a 2 personas; se comprobó que los y las adolescentes con vida sexualmente activa en el 74% son del área rural en comparación del 26% que pertenece al área urbana.

## **6.2. RECOMENDACIONES:**

### **PADRES DE FAMILIA**

Que se involucren de manera activa en el “despertar de la curiosidad” en sus hijos e hijas adolescentes, siendo éstos los primeros en dar educación sexual, que formará una base sólida y orientada para su desenvolvimiento, teniendo una vida sexual sana.

Que brinden educación sexual desde la infancia, para que durante la etapa de la adolescencia se les marquen las pautas de conducta segura y sin riesgos de contraer infecciones de transmisión sexual.

## **MINISTERIO DE EDUCACIÓN.**

Que se implementen políticas de apoyo a la educación sexual de adolescentes, ya que es en los centros escolares que la mayoría de los adolescentes reciben información por primera vez sobre las relaciones sexuales.

Capacitar a través de la escuelas para padres de familia, el como abordar de una manera adecuada los temas de educación sexual con sus hijos e hijas.

## **PROFESORES DE CENTROS EDUCATIVOS.**

Que se forjen y capaciten en las pedagogías modernas de cómo dar educación sexual desde la preparatoria hasta el tercer ciclo de educación básica.

Que brinden la debida importancia a las curiosidades de los y las adolescentes sobre los temas de educación sexual, y que busquen ayuda a profesionales de la salud, para reforzar los tópicos de las infecciones de transmisión sexual, y los métodos de planificación familiar.

## **MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL.**

Que aporte de mayor apoyo logístico y de literatura práctica para abordar a los y las adolescentes en una consejería de educación sexual.

Que se establezcan las pautas sobre el gestionamiento interdisciplinario con todos los entes sociales que se involucren con adolescentes, o que en algún momento determinado entran en contacto con éstos.

## **A LOS ADOLESCENTES.**

Se les recomienda a los y las adolescentes, que tengan una mayor iniciativa para obtener más información sobre su sexualidad, apoyado en sus padres, iglesias, centros escolares, unidades de salud; así como también tener una mayor responsabilidad en el momento de obtener la información, y prevención de las infecciones de transmisión sexual.

## **ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES.**

Que apoyen de manera oportuna, práctica y sistematizada, la implementación de talleres educacionales que sirvan de respaldo a las instituciones estatales, para brindar educación sexual, a los y las adolescentes.



### **A LOS SIBASIS.**

Que se gestionen a nivel local, la distribución de los manuales y libros de educación sexual que a través del ministerio de salud pública y asistencia social adquiere para la orientación adecuada de los y las adolescentes.

### **A LAS UNIDADES DE SALUD.**

A realizar un esfuerzo, para organizar, y darle seguimiento a todos los clubes de adolescentes que se forman en las comunidades, brindando incentivos que sean atractivos hacia los y las adolescentes como pequeños actos de entregas de diplomas de participación a los talleres de educación continua de adolescentes.

### **MINISTERIO DE GOBERNACIÓN.**

Que regule de una mejor manera la emisión de programas sugestivos a las relaciones sexuales en horarios que los niños y adolescentes pueden verlos, como novelas, películas, música, y revistas.

### **LAS IGLESIAS.**

Que sean uno de los pilares principales forjadores de una educación sexual sana, apropiada para cada etapa de la vida del ser humano, como lo es la niñez, la adolescencia e incluso a los adultos que son padres de familia, para que los esfuerzos que se realicen lleven un matiz de moralidad adecuada, y

para que se fortalezcan los lazos familiares que hoy por hoy se ven grandemente destruidos por la desintegración familiar.

### **COMUNIDADES.**

A las comunidades en estudio, alcaldías, personal de unidades de salud y resto de la población que participen de forma conjunta para que la formación de talleres educativos para padres de familia y, adolescentes, sean de manera continua y que se estén capacitando sobre la mejor manera de obtener una vida sexual libre de riesgos.

## BIBLIOGRAFIA.

### LIBROS:

ASOCIACIÓN DEMOGRÁFICA SALVADOREÑA et al, FESAL 2002/03.  
**Informe Final.** San Salvador, El Salvador, Julio de 2004. 668 págs.

GUYTON, Arthur C. y may, JOHN E. **Tratado de Fisiología Médica.** 9ª Edición. Editorial Interamericana – McGraw –Hill, México D.F. 1997. 1262 págs.

TIERNEY, Lawrence M. y Otros. **Diagnóstico Clínico y Tratamiento.** 35ª Edición. Editorial El Manual Moderno, México D.F. – Santafé de Bogotá Colombia. Año 2000. 1720 págs.

BEHRMAN, Richard E.; KLIEGMAN, Robert M.; JENSON, Hal B. **Nelson Tratado de Pediatría.** 16ª Edición, Vol I. Editorial McGraw – Hill – Interamericana, México D.F., año 2001. 1351 págs.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. **De Adolescentes para Adolescentes; Manual de Salud Sexual y Reproductiva.** San Salvador, El Salvador, Diciembre, 1999. 110 págs.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. **La Salud Sexual y Reproductiva en los Adolescentes Varones y Hombres Jóvenes.** San Salvador, El Salvador, 2002. 120 págs.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. **Educación en Salud Sexual y Reproductiva.** San Salvador, El Salvador, 2001. 144 págs.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. **La Salud de Adolescentes y Jóvenes.** 1ª Edición. Módulo I. San Salvador, El Salvador, Abril de 2001. 122 págs.

ROJAS SORIANO, Raúl. **Guía para realizar investigaciones sociales.** 34ª Ed, actualizada y aumentada. Plaza y Valdéz Editores, S. A. de C. V. México D.F. ; mayo 2000. 437 págs.

SAMPIERI HERNANDEZ, Roberto; FERNANDES COLLADO, Carlos y BAPTISTA LUCIO, Pilar. **Metodología de la investigación.** 3ª Ed. McGraw – Hill latinoamericana editores; México D. F. año 2003. 706 págs.

## **REVISTAS:**

FISDL y Otros; **“Programa Red Solidaria”**. San Salvador, El Salvador, Marzo de 2005.

PADILLA DE GILL, Marina, **“Revista de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia”**. REVSOGIA 2001. Cáp. 8. págs. 85 – 94.

## **DIRECCIONES ELECTRÓNICAS:**

<http://www.scielo.org.ve/scielo.php.htm>

[http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol14\\_5\\_98/mgi08598.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol14_5_98/mgi08598.pdf)

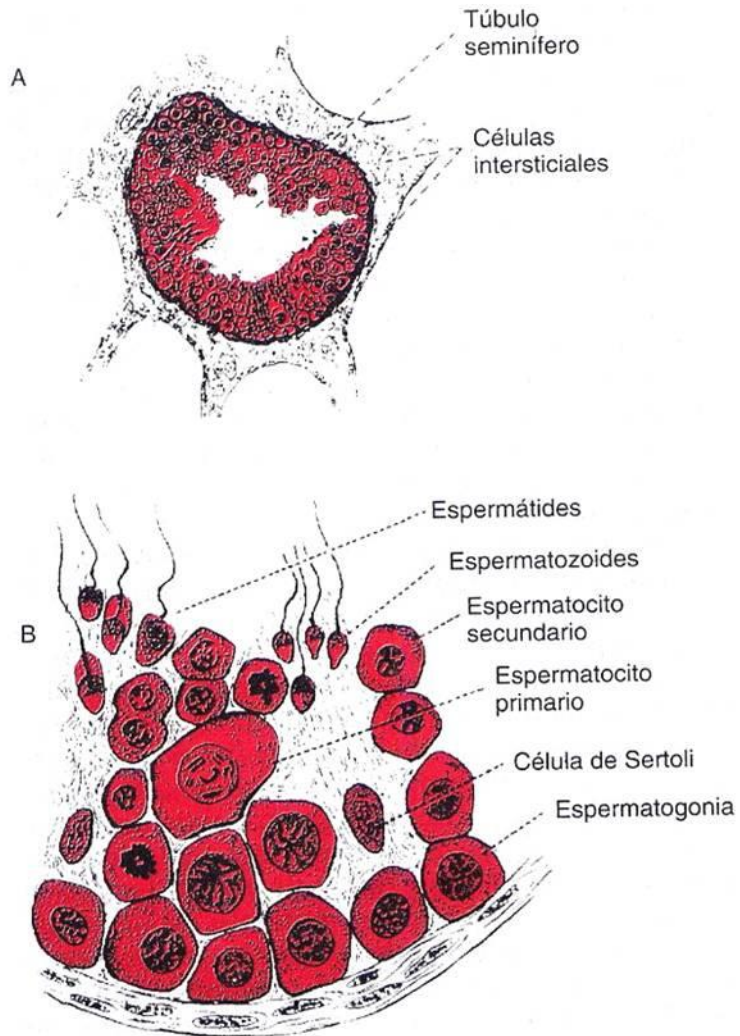
## **FUENTES ORALES:**

BERRIOS CIGÜENZA, Margarita. **Nutrición en Adolescentes Embarazadas**. Licenciada en Nutrición, S.I.B.A.S.I San Miguel; Entrevista televisiva Canal 63 el Viernes 19/08/2005 a las 10: 30 am.

# ANEXOS

## ANEXO Nº 1

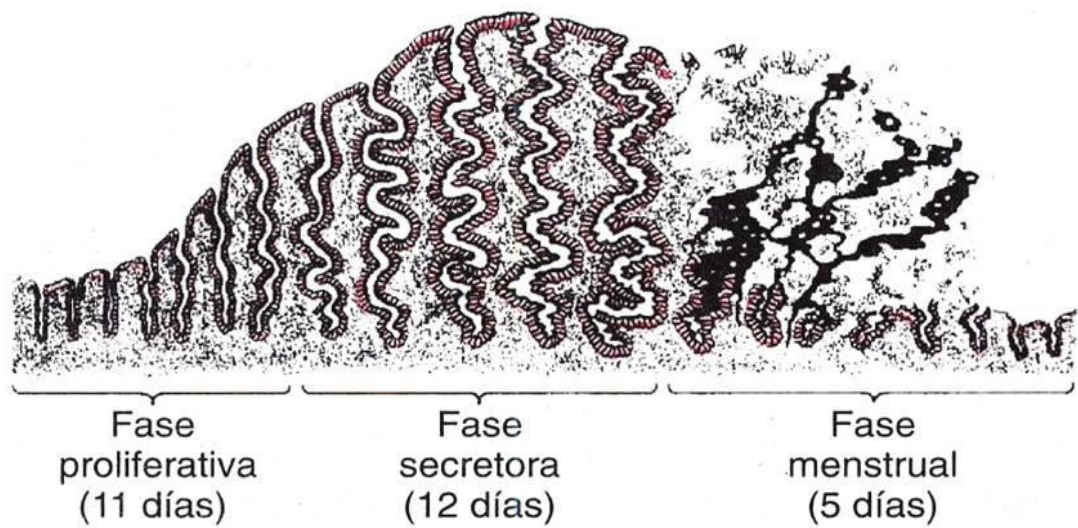
### Espermatogénesis.



A, Corte transversal del túbulo seminífero, y  
B, Estadios del desarrollo de los espermatozoides a partir de  
las espermatogonias.

## ANEXO N° 2

### Ciclo Menstrual



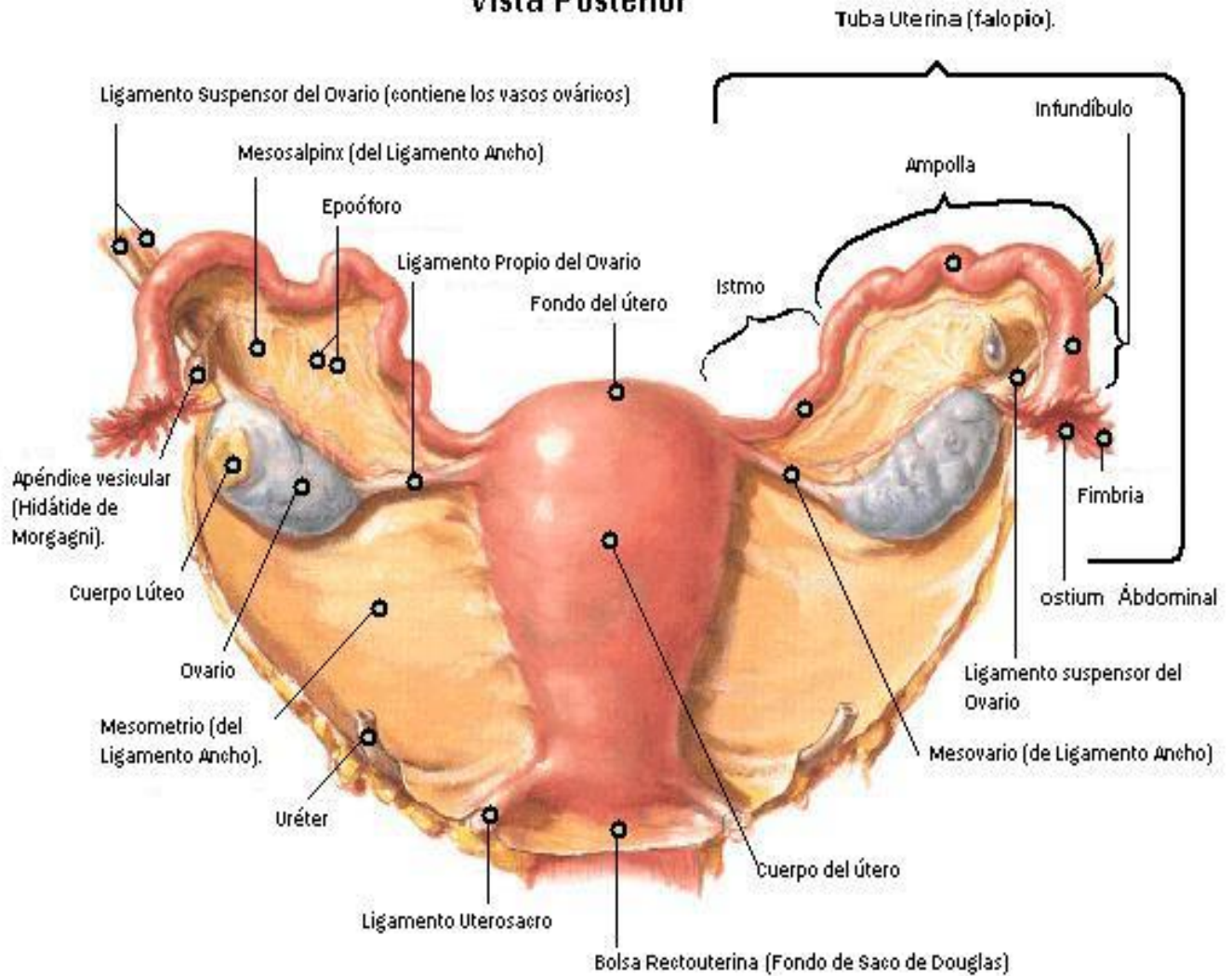
Fases del crecimiento endometrial y menstruación durante cada ciclo sexual femenino mensual.



ANEXO Nº 3

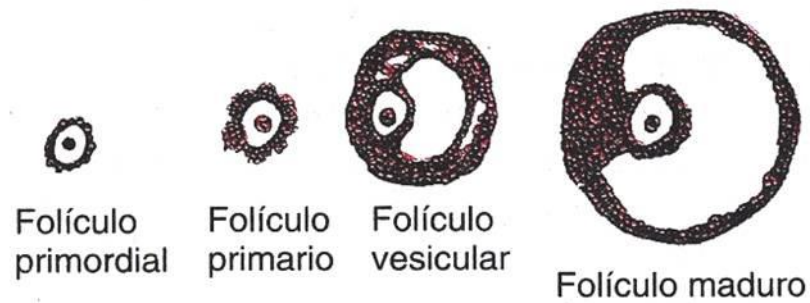
# Útero y Anexos

## Vista Posterior

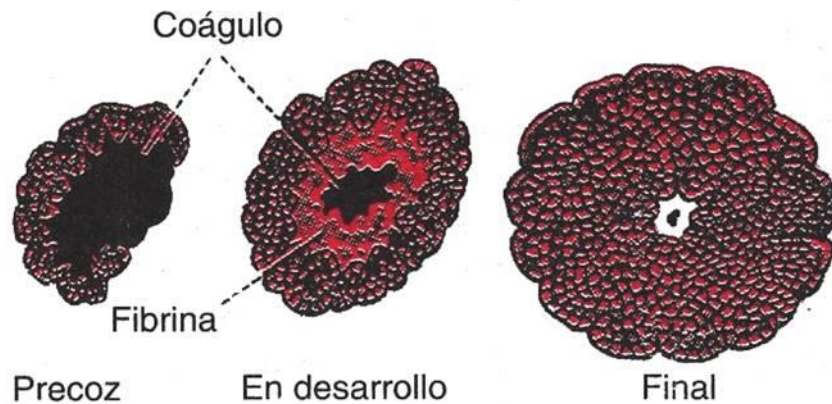


## ANEXO Nº 4

### Ovulación



### Crecimiento folicular



### Cuerpo lúteo

Estadios del crecimiento folicular del ovario; se muestra también la formación del cuerpo amarillo. (Modificado de Arey: Developmental Anatomy, 7th ed. Philadelphia, W. B. Saunders Company, 1974.)

## ANEXO N° 5A

Variable	Adolescencia temprana	Adolescencia intermedia	Adolescencia tardía.
Edad (años)	10 – 13	14 – 16	17 – 19
SMR*	1 – 2	3 – 5	5
Somática	Caracteres sexuales secundarios; comienzo del crecimiento veloz; aspecto desgrabado.	Máximos de crecimiento en altura; cambio en la forma y composición corporales; acné y olor, menarquia; espermarquia	Crecimiento más lento.
Sexual	El Interés sexual normalmente sobrepasa la actividad sexual	Aparece el impulso sexual; experimentación; cuestiones de orientación sexual	Consolidación de la identidad sexual.
Cognitivo y Moral	Operaciones concretas; moralidad convencional.	Aparición del pensamiento abstracto; mayor grado de cuestionamiento; egocéntrico.	Idealismo; absolutismo.
Autoconcepto	Preocupación por el cambio corporal; timidez.	Preocupación por el atractivo, aumento de la introspección.	Imagen corporal relativamente estable.

*De Tanner JM, Growth at Adolescence, 2nd ed. Oxford, Blackwell Scientific Publications, 1962*

## ANEXO N° 5B

Variable	<i>Adolescencia temprana</i>	<i>Adolescencia intermedia</i>	<i>Adolescencia tardía.</i>
Familia	Intentos de aumentar la independencia; ambivalencia.	Conflicto continuo por la aceptación de una mayor autonomía	Independencia práctica; la familia sigue siendo una base segura.
Pandillas	Grupos del mismo sexo; conformidad; grupillos.	Parejas; los grupos de compañeros pierden importancia.	Intimidad; posibilidad de compromiso.
Relación con la sociedad	Adaptación a la enseñanza de bachillerato	Evaluación de las aptitudes y las oportunidades	Decisiones sobre el futuro profesional (p.ej. dejar los estudios, universidad, trabajo).
SMR = Sexual maturity rating (categorías de madurez sexual).			

*De Tanner JM, Growth at Adolescence, 2nd ed. Oxford, Blackwell Scientific Publications, 1962*

## ANEXO N° 6A

### Clasificación de los estadios de madurez sexual en niñas.

Estadio SMR	Vello Pubiano	Mamas
1	Preadolescente	Preadolescente
2	Escaso, poco pigmentado, liso, en el borde interno de los labios	La mama y el pezón se elevan formando una pequeña prominencia; el diámetro areolar aumenta.
3	Más oscuro, comienza a rizarse, mayor cantidad	La mama y la aréola crecen sin un límite definido entre ambas
4	Grueso, rizado, abundante, pero en menor cantidad que en la mujer adulta	La aréola y el pezón forman una prominencia secundaria
5	Triángulo femenino de la mujer adulta, se extiende a la cara interna de los muslos	Mama madura; el pezón sobresale y la aréola está incluida en el contorno general de la mama.

*De Tanner JM, Growth at Adolescence, 2nd ed. Oxford, Blackwell Scientific Publications, 1962*

## ANEXO N° 6B

### Estadios de Tanner Femenino: Desarrollo de la Mama.

Las cinco fases del desarrollo de las mamas en las mujeres.

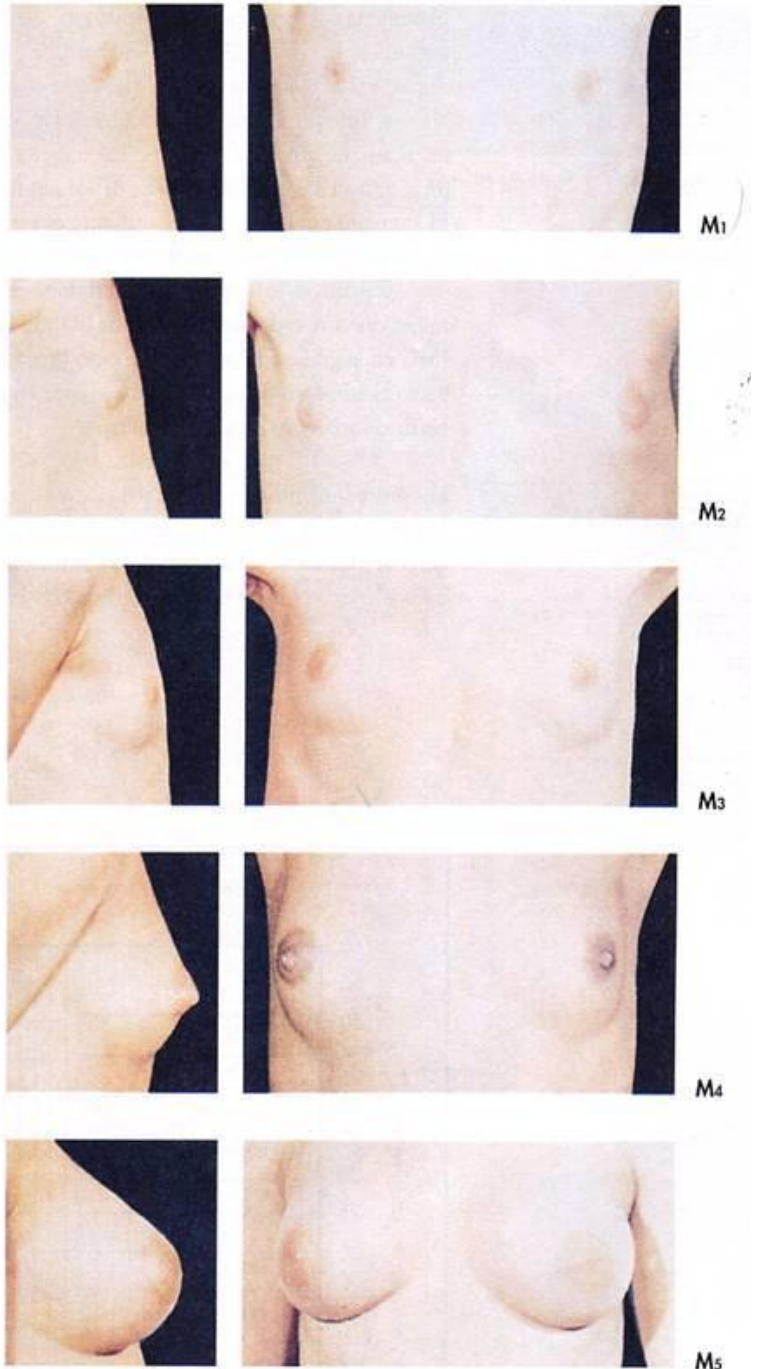
M<sub>1</sub> - Tan sólo los pezones sobresalen por encima del nivel del pecho, como en los niños.

M<sub>2</sub> - Fase de brote; elevación en forma de brote de la aréola. Con la palpación puede sentirse un «botón» bastante duro, con forma de disco o de cereza. La aréola aumenta de diámetro y el área circundante se eleva en cierta medida.

M<sub>3</sub> - Elevación adicional de la mama. También aumenta el tamaño de la aréola. En esta fase, la forma del tejido mamario ya es visiblemente femenina.

M<sub>4</sub> - Aumento de los depósitos grasos. La aréola forma una elevación secundaria por encima de la de la mama. Este montículo secundario se produce en cerca de la mitad de las chicas y en algunos casos persiste en la edad adulta.

M<sub>5</sub> - Fase adulta. La aréola suele descender a la altura de la mama y está muy pigmentada.



## ANEXO N° 6 C

### Estadios de Tanner Femenino: Desarrollo Gonadal.

Las seis fases del desarrollo de vello púbico en la mujeres.

P<sub>1</sub> - Ausencia de vello púbico.

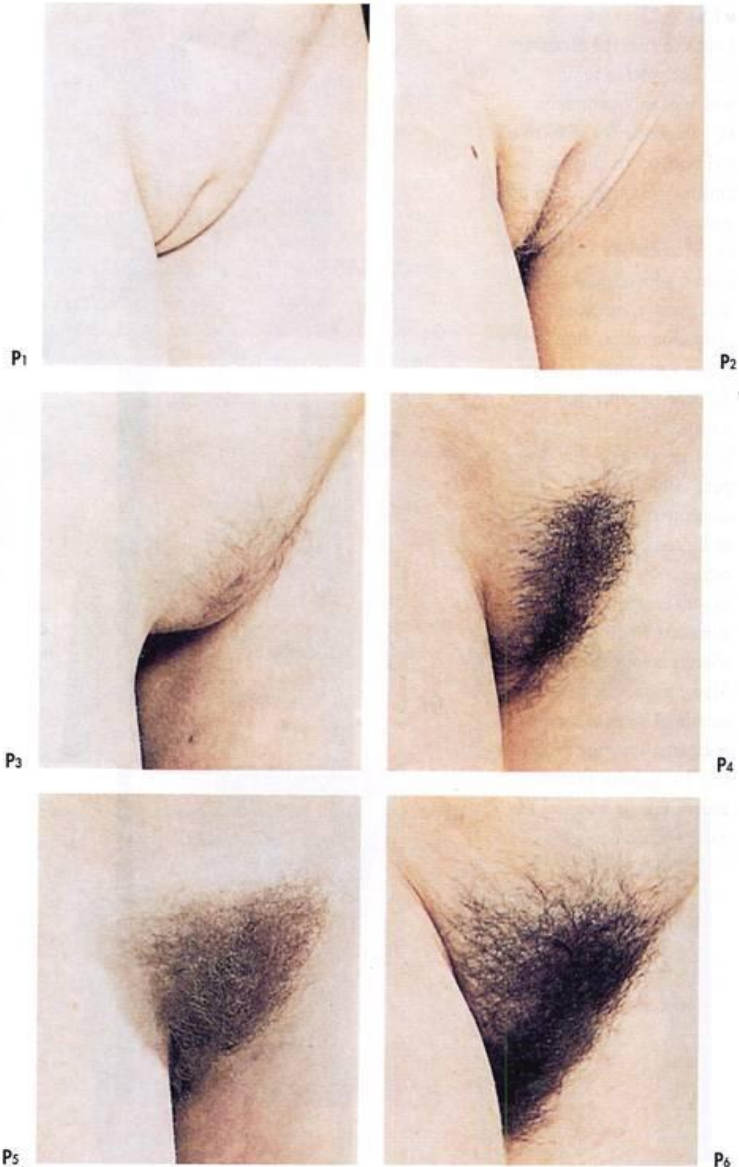
P<sub>2</sub> - Vello púbico inicial muy poco pigmentado, localizado sobre todo junto a los labios mayores (no visible en fotografías en blanco y negro).

P<sub>3</sub> - Vello púbico rizado, visiblemente pigmentado, junto a los labios mayores.

P<sub>4</sub> - Vello púbico «adulto» en cuanto al tipo, pero no en la extensión.

P<sub>5</sub> - Extensión lateral; tipo y extensión propios del vello púbico adulto.

P<sub>6</sub> - Extensión adicional hacia fuera y arriba, o dispersa (parece que sólo ocurre en el 10 % de las mujeres).



## ANEXO N° 7A

### ***Clasificación de los estadios de madurez sexual en niños varones.***

Estadio	Vello Pubiano	Pene	Testículos
SMR			
1	Inexistente	Preadolescente	Preadolescente
2	Escaso, largo, poco pigmentado	Ligero aumento de tamaño	Escroto aumentado de tamaño, rosado la textura se modifica
3	Más oscuro, empieza a rizarse, poca cantidad	Mayor longitud	Mayor tamaño
4	Se asemeja al del adulto, pero en menor cantidad; grueso y rizado	Mayor tamaño; el grosor y el glande aumentan	Mayor tamaño; el escroto se hace oscuro
5	Distribución del adulto; se extiende a la cara interna de los muslos	Tamaño del adulto	Tamaño del adulto

*De Tanner JM, Growth at Adolescence, 2nd ed. Oxford, Blackwell Scientific Publications, 1962*



## ANEXO N° 7B

### Estadios de Tanner Masculino: Desarrollo Gonadal.

Las seis fases del desarrollo de vello púbico en los hombres.

P<sub>1</sub> - Ausencia de vello púbico, es decir, la región no es diferente del resto del abdomen.

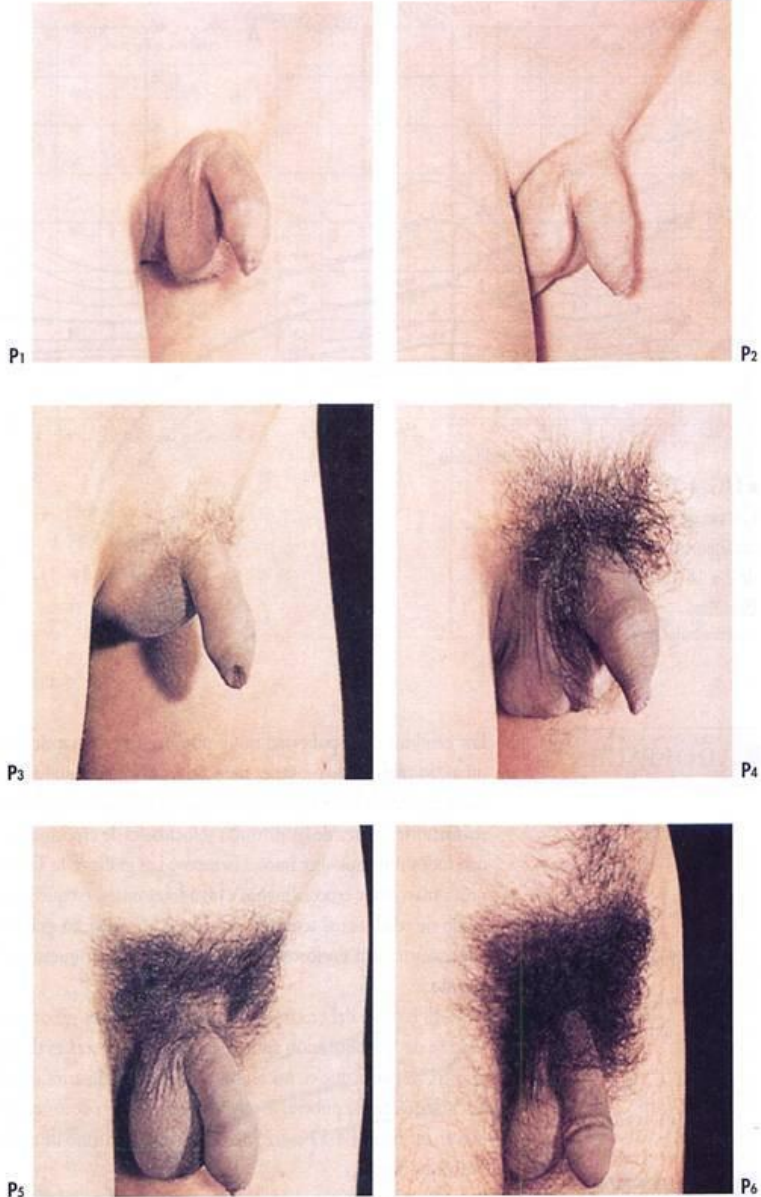
P<sub>2</sub> - Vello algo más pigmentado, más largo y recto, a menudo todavía suave; suele localizarse en la base del pene, a veces en el escroto. La fase 2 es difícil de fotografiar.

P<sub>3</sub> - Presencia de vello oscuro, ya pigmentado y rizado, localizado alrededor de la base del pene. Esta fase 3 ya puede fotografiarse.

P<sub>4</sub> - Vello púbico con características propias del adulto en cuanto al tipo, pero no así en su extensión (no sobrepasa el pliegue inguinal).

P<sub>5</sub> - Extensión hacia la superficie medial de los muslos, pero no en dirección ascendente.

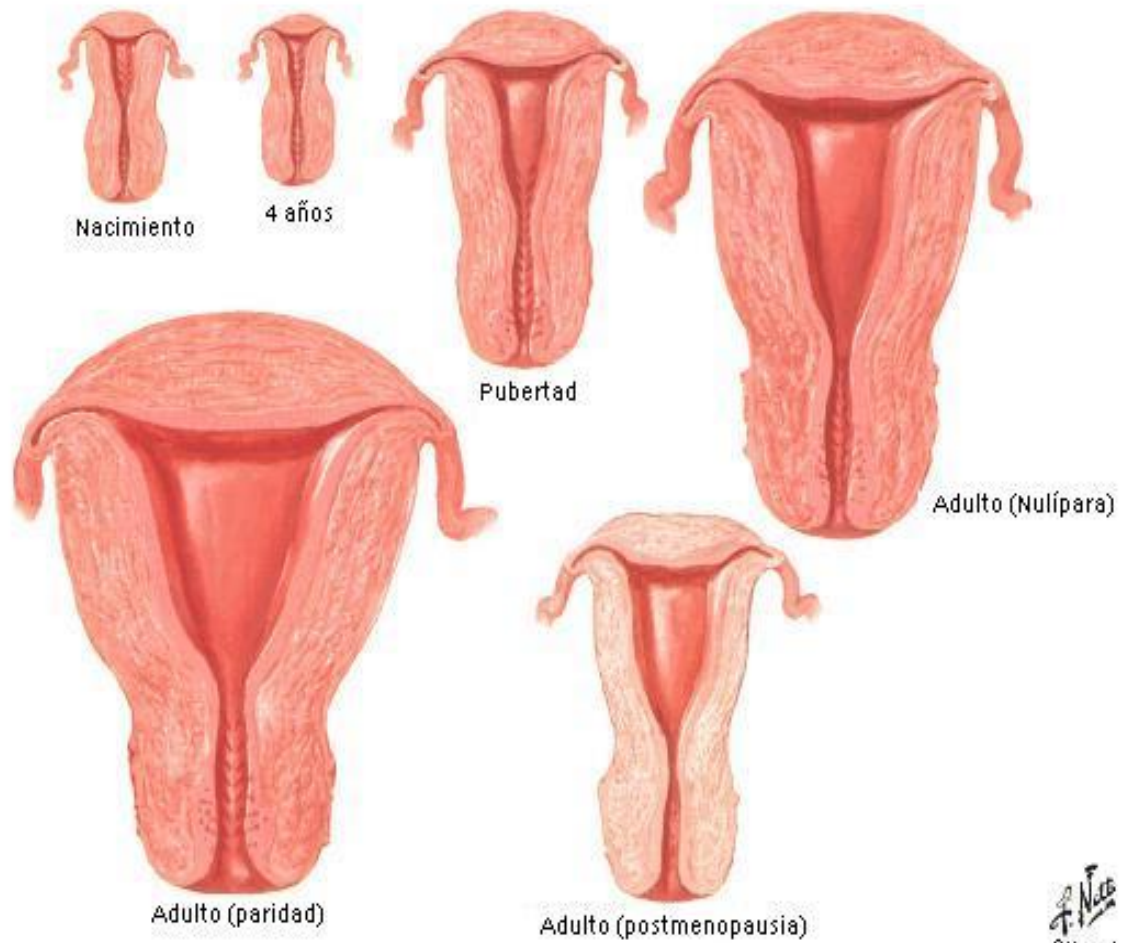
P<sub>6</sub> - El vello ya se extiende por la línea alba (ello ocurre en más del 60 % de los hombres)



## ANEXO Nº 8

### Úterus

Sus cambios con la Edad.

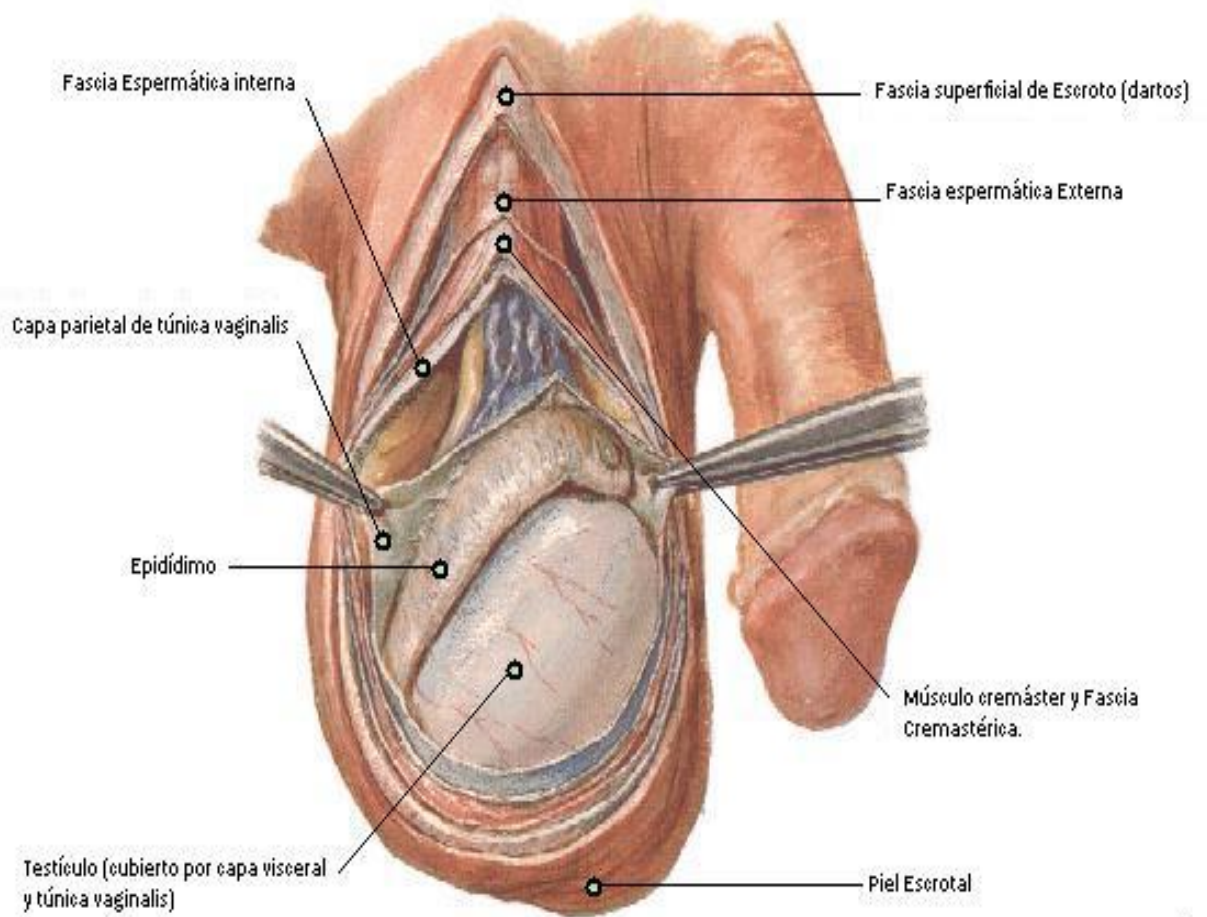


  
©Novari1

## ANEXO Nº 9

### Escroto y Contenido

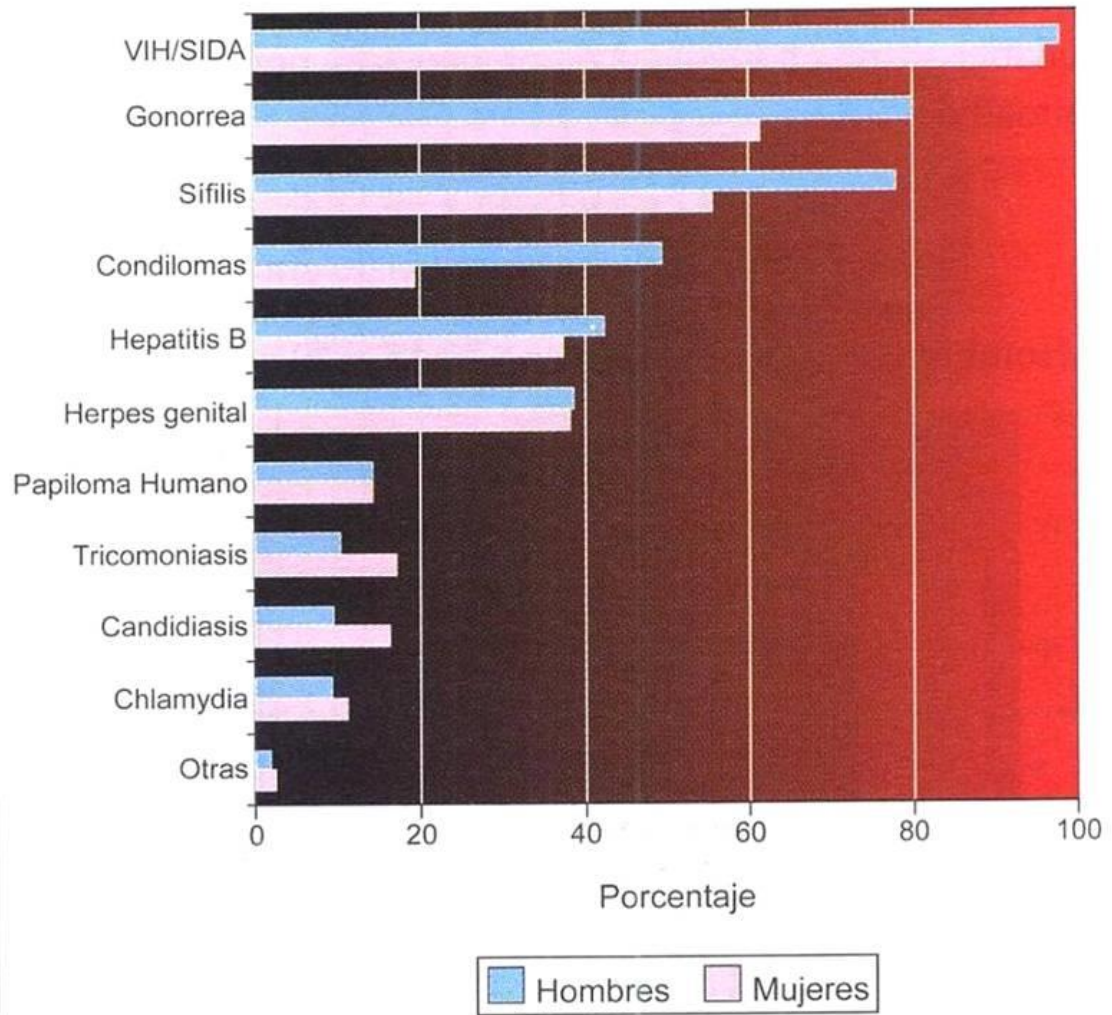
#### Vista Lateral



*F. Nolasco*  
@Novartis

**ANEXO Nº 10**

**Conocimiento de las ITS más comunes  
en El Salvador: Hombres de 15 a 59  
y mujeres de 15 a 49 años de edad**



## ANEXO Nº 11

Áreas Bajo la curva normal Tipificada  
De 0 a z

z	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0,0	0,0000	0,0040	0,0080	0,0120	0,0160	0,0199	0,0239	0,0279	0,0319	0,0359
0,1	0,0398	0,0438	0,0478	0,0517	0,0557	0,0596	0,0636	0,0675	0,0714	0,0754
0,2	0,0793	0,0832	0,0871	0,0910	0,0948	0,0987	0,1026	0,1064	0,1103	0,1141
0,3	0,1179	0,1217	0,1255	0,1293	0,1331	0,1368	0,1406	0,1443	0,1480	0,1517
0,4	0,1554	0,1591	0,1628	0,1664	0,1700	0,1736	0,1772	0,1808	0,1844	0,1879
0,5	0,1915	0,1950	0,1985	0,2019	0,2054	0,2088	0,2123	0,2157	0,2190	0,2224
0,6	0,2258	0,2291	0,2324	0,2357	0,2389	0,2422	0,2454	0,2486	0,2518	0,2549
0,7	0,2580	0,2612	0,2642	0,2673	0,2704	0,2734	0,2764	0,2794	0,2823	0,2852
0,8	0,2881	0,2910	0,2939	0,2967	0,2996	0,3023	0,3051	0,3078	0,3106	0,3133
0,9	0,3159	0,3186	0,3212	0,3238	0,3264	0,3289	0,3315	0,3340	0,3365	0,3389
1,0	0,3413	0,3438	0,3461	0,3485	0,3508	0,3531	0,3554	0,3577	0,3599	0,3621
1,1	0,3643	0,3665	0,3686	0,3708	0,3729	0,3749	0,3770	0,3790	0,3810	0,3830
1,2	0,3849	0,3869	0,3888	0,3907	0,3925	0,3944	0,3962	0,3980	0,3997	0,4015
1,3	0,4032	0,4049	0,4066	0,4082	0,4099	0,4115	0,4131	0,4147	0,4162	0,4177
1,4	0,4192	0,4207	0,4222	0,4236	0,4251	0,4265	0,4279	0,4292	0,4306	0,4319
1,5	0,4332	0,4345	0,4357	0,4370	0,4382	0,4394	0,4406	0,4418	0,4429	0,4441
1,6	0,4452	0,4463	0,4474	0,4484	0,4495	0,4505	0,4515	0,4525	0,4535	0,4545
1,7	0,4554	0,4564	0,4573	0,4582	0,4591	0,4599	0,4608	0,4616	0,4625	0,4633
1,8	0,4641	0,4649	0,4656	0,4664	0,4671	0,4678	0,4686	0,4693	0,4699	0,4706
1,9	0,4713	0,4719	0,4726	0,4732	0,4738	0,4744	0,4750	0,4756	0,4761	0,4767
2,0	0,4772	0,4778	0,4783	0,4788	0,4793	0,4798	0,4803	0,4808	0,4812	0,4817
2,1	0,4821	0,4826	0,4830	0,4834	0,4838	0,4842	0,4846	0,4850	0,4854	0,4857
2,2	0,4861	0,4864	0,4868	0,4871	0,4875	0,4878	0,4881	0,4884	0,4887	0,4890
2,3	0,4893	0,4896	0,4898	0,4901	0,4904	0,4906	0,4909	0,4911	0,4913	0,4916
2,4	0,4918	0,4920	0,4922	0,4925	0,4927	0,4929	0,4931	0,4932	0,4934	0,4936
2,5	0,4938	0,4940	0,4941	0,4943	0,4945	0,4946	0,4948	0,4949	0,4951	0,4952
2,6	0,4953	0,4955	0,4956	0,4957	0,4959	0,4960	0,4961	0,4962	0,4963	0,4964
2,7	0,4965	0,4966	0,4967	0,4968	0,4969	0,4970	0,4971	0,4972	0,4973	0,4974
2,8	0,4974	0,4975	0,4976	0,4977	0,4977	0,4978	0,4979	0,4979	0,4980	0,4981
2,9	0,4981	0,4982	0,4982	0,4983	0,4984	0,4984	0,4985	0,4985	0,4986	0,4986
3,0	0,4987	0,4987	0,4987	0,4988	0,4988	0,4989	0,4989	0,4989	0,4990	0,4990
3,1	0,4990	0,4991	0,4991	0,4991	0,4992	0,4992	0,4992	0,4992	0,4993	0,4993
3,2	0,4993	0,4993	0,4994	0,4994	0,4994	0,4994	0,4994	0,4995	0,4995	0,4995
3,3	0,4995	0,4995	0,4995	0,4996	0,4996	0,4996	0,4996	0,4996	0,4996	0,4997
3,4	0,4997	0,4997	0,4997	0,4997	0,4997	0,4997	0,4997	0,4997	0,4997	0,4998
3,5	0,4998	0,4998	0,4998	0,4998	0,4998	0,4998	0,4998	0,4998	0,4998	0,4998
3,6	0,4998	0,4998	0,4999	0,4999	0,4999	0,4999	0,4999	0,4999	0,4999	0,4999
3,7	0,4999	0,4999	0,4999	0,4999	0,4999	0,4999	0,4999	0,4999	0,4999	0,4999
3,8	0,4999	0,4999	0,4999	0,4999	0,4999	0,4999	0,4999	0,4999	0,4999	0,4999
3,9	0,5000	0,5000	0,5000	0,5000	0,5000	0,5000	0,5000	0,5000	0,5000	0,5000

**ANEXO Nº 12**

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

**Guía de Observaciones dirigida a los y las Adolescentes de 10 a 19 años de edad que consultan en las Unidades de Salud de Yayantique, Llano de los patos y Concepción de Oriente, durante el periodo de julio a septiembre de 2005.**

**Objetivos.**

- ✓ Observar el comportamiento de los y las adolescentes de 10 a 19 años de edad, que consultan en las unidades de salud objeto de estudio, al momento de efectuarse la cédula de entrevista.

1. Género:            F             M

2. Edad: \_\_\_\_\_

3. Nivel educativo: \_\_\_\_\_

4. ¿Responde con naturalidad las preguntas?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

5. Cómo es la actitud de los y las adolescentes al momento de abordar temas de sexualidad.

- a. De rechazo
- b. De aceptación
- c. De indiferencia

6. Comportamiento de los y las adolescentes en su entorno cotidiano.

---

---

---

**ANEXO Nº 13**

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

**Cédula de Entrevista dirigida a los y las adolescentes de 10 a 19 años de edad que consultan en las Unidades de Salud de Yayantique, Llano de los Patos y Concepción de Oriente.**

**Objetivos:**

- ✓ Investigar los factores culturales y socioeconómicos que predisponen al inicio de las relaciones sexuales en los y las adolescentes de 10 a 19 años de edad, que consultan en las unidades de salud sujeto de estudio.

1. Unidad de Salud de: \_\_\_\_\_
2. Fecha: \_\_\_\_\_
3. Nombre: \_\_\_\_\_
4. Edad: \_\_\_\_\_
5. Género: \_\_\_\_\_
6. Lugar de Origen:
  - a. Urbano
  - b. Rural



7. ¿Pertenece algún grupo religioso?

- a. Si                      b. No

8. Si la respuesta anterior es afirmativa, ¿Cuál?

a. Católica     

b. Evangélica   

c. Ninguna     

d. Otra         

9. ¿Pertenece algún grupo de organización social dentro de su comunidad?

a. Si            ¿Cuál? \_\_\_\_\_

b. No     

10. Tipo de Vivienda

a. Adobe                     

b. Ladrillo o bloque     

c. Mixta                     

d. Bahareque

11. ¿Con qué servicios básicos cuenta?

- a. Energía eléctrica
- b. Agua potable
- c. Tren de aseo
- d. Servicio de aguas negras
- e. Fosa séptica

12. ¿Cuál es su ocupación?

- a. Estudiante
- b. Trabajo  tipo: \_\_\_\_\_
- c. Ninguno

13. ¿Cuál es el ingreso económico familiar mensual?

- a. Menor de \$ 150.00
- b. De \$151.00 a \$ 250.00
- c. Mayor de \$ 251.00

14. ¿Cuántas personas dependen de su ingresos económicos

a. De 1 a 2

b. De 3 a 5

c. Más de 5

15. ¿Sabe leer y escribir?

a. Si

b. No

16. ¿Cuál es su nivel educativo ?

a. Ninguno

b. De 1º a 3º

c. De 4º a 6º

d. De 7º a 9º

e. Bachillerato

f. Universidad

17. Durante su tiempo de estudio en su centro escolar, ¿le han orientado alguna vez, sobre las relaciones sexuales?

- a. Si                       b. No

18. ¿Qué tipo de Orientación ha recibido?

- a. Educación sexual
- b. Métodos de planificación familiar
- c. Infecciones de transmisión sexual
- d. Todas las anteriores
- e. Ninguna

19. ¿Quién le proporcionó por primera vez información sobre las relaciones sexuales?

- a. Padres
- b. Escuela
- c. Amigos
- d. Iglesia

e. Personal de Salud.

f. Otros  Quién(es):\_\_\_\_\_

20. ¿Ha oído hablar alguna vez sobre las enfermedades de transmisión sexual?

a. Si  b. No

21. ¿Cuáles enfermedades de transmisión sexual conoce usted?

a. VIH/SIDA

b. Gonorrea

c. Sífilis

d. Verruga o Condiloma

e. Chancro blando o chancroide

f. Candidiasis

g. Tricomoniasis

h. Herpes genital

i. Hepatitis B.

22. ¿Qué método de prevención de las infecciones de transmisión sexual conoce usted?

a. Preservativo

b. Abstinencia

c. Fidelidad

23. ¿A tenido relaciones sexuales?

a. Si  b. No

24. Si la respuesta anterior fue afirmativa, ¿Uso preservativo?

a. Si  b. No

25. ¿A qué edad inició su primera relación sexual?

---

26. ¿Cuántos compañeros sexuales a tenido?

a. Uno

b. Dos

c. Tres

d. Más de tres

27. ¿Ha padecido de alguna infección de transmisión sexual?

a. Si  b. No

28. Si la respuesta anterior es afirmativa, ¿cuál?\_\_\_\_\_

29. ¿Recibió tratamiento?

a. Si  b. No

¿Por quien?\_\_\_\_\_

## ANEXO Nº 14

**Cronograma de Actividades a Desarrollar en el Trabajo de Investigación sobre Factores Relacionados con el Inicio temprano de Relaciones Sexuales, en los y las adolescentes que consultan en las Unidades de Salud de Yayantique, Llano de los Patos y Concepción de Oriente durante el Periodo comprendido de Julio a Septiembre de 2005**

Nº	Actividades	Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Inscripción del Proceso																																				
2	Elaboración del Perfil de investigación																																				
3	Acopio de Información																																				
4	Reuniones con el Asesor																																				
5	Reuniones del grupo de Trabajo																																				
6	Elaboración del Protocolo de Investigación																																				
7	Entrega del Marco Teórico																																				
8	Entrega de Hipótesis																																				
9	Entrega de Operacionalización de Hipótesis																																				
10	Entrega del Protocolo de Investigación																																				
11	Prueba piloto																																				
12	Recopilación de datos de Prueba piloto																																				
13	Entrega de resultados de prueba piloto																																				
14	Ejecución de cédula de entrevista																																				
15	Recopilación, tabulación y análisis de los datos obtenidos																																				
16	Elaboración del Informe Final.																																				
17	Presentación del Informe Final.																																				
18	Exposición Oral de los Resultados.																																				



## ANEXO Nº 15

**Cronograma de Actividades a Desarrollar en el Trabajo de Investigación sobre Factores Relacionados con el Inicio temprano de Relaciones Sexuales, en los y las adolescentes que consultan a la Unidad de Salud de Llano de los Patos durante el Periodo de Julio a Septiembre de 2005.**

Nº	Actividades	Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre						
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4			
1	Reunión con responsable de Proceso de graduación																																							
2	Reunión con asesor de tesis																																							
3	Reunión con el grupo de investigación																																							
4	Entrega de protocolo																																							
5	Reunión con el grupo de adolescentes de la comunidad																																							
6	Consulta médica general																																							
7	Ejecución de prueba piloto																																							
8	Recopilación y tabulación de datos de prueba piloto																																							
9	Entrega de resultados de prueba piloto																																							
10	Ejecución de la cédula de Entrevista																																							
11	Recopilación, Tabulación y análisis de los datos obtenidos																																							
12	Consulta médica en Hospital sin paredes																																							
13	Turnos en Hospital de La Unión																																							
14	Trabajo de Campo (vacunación, abatización, brigadas médicas, Escuelas saludables)																																							

Responsable: Hayler Antonio Hernández Granados

### ANEXO N° 16.

**Cronograma de Actividades a Desarrollar en el Trabajo de Investigación sobre Factores Relacionados con el Inicio temprano de Relaciones Sexuales, en los y las adolescentes que consultan a la Unidad de Salud de Yayantique durante el Periodo de Julio a Septiembre de 2005.**

Nº	Actividades	Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Reunión con responsable de Proceso de graduación																																				
2	Reunión con asesor de tesis																																				
3	Reunión con el grupo de investigación																																				
4	Entrega de protocolo																																				
5	Reunión con el grupo de adolescentes de la comunidad																																				
6	Consulta médica general																																				
7	Ejecución de prueba piloto																																				
8	Recopilación y tabulación de datos de prueba piloto																																				
9	Entrega de resultados de prueba piloto																																				
10	Ejecución de la cédula de Entrevista																																				
11	Recopilación, Tabulación y análisis de los datos obtenidos																																				
12	Turnos en Unidades Periféricas SIBASI San Miguel																																				
13	Capacitación Sobre VIH/SIDA																																				
14	Trabajo de Campo (vacunación, abatización, brigadas médicas, Escuelas saludables)																																				

Responsable: Henry Geovanni Mata Lazo

## ANEXO N° 17

**Cronograma de Actividades a Desarrollar en el Trabajo de Investigación sobre Factores Relacionados con el Inicio temprano de Relaciones Sexuales, en los y las adolescentes que consultan a la Unidad de Salud de Concepción de Oriente durante el Periodo de Julio a Septiembre de 2005.**

N°	Actividades	Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Reunión con responsable de Proceso de graduación																																				
2	Reunión con asesor de tesis																																				
3	Reunión con el grupo de investigación																																				
4	Entrega de protocolo																																				
5	Reunión con el grupo de adolescentes de la comunidad																																				
6	Consulta médica general																																				
7	Ejecución de prueba piloto																																				
8	Recopilación y tabulación de datos de prueba piloto																																				
9	Entrega de resultados de prueba piloto																																				
10	Ejecución de la cédula de Entrevista																																				
11	Recopilación, Tabulación y análisis de los datos obtenidos																																				
12	Turnos en Hospital Santa Rosa de Lima																																				
13	Trabajo de Campo (vacunación, abatización, brigadas médicas, Escuelas saludables)																																				

Responsable: Carlos Alberto Mancía Castillo