

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large, circular emblem in the background. It features a central figure of a knight on horseback, surrounded by various heraldic symbols including a crown, a lion, and a castle. The Latin motto "CETERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACADEMIA COACTA MATENSIS INTER" is inscribed around the perimeter of the seal.

**EDUCACIÓN SEXUAL Y USO DE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS EN PACIENTES ADOLESCENTES**

HELEN YULISSA MORALES RODAS

Tesis

**Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas**

**Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Para obtener el grado de
Maestra en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia**

Octubre 2021



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas

Universidad de San Carlos de Guatemala

ME.OI.399.2021

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): Helen Yulissa Morales Rodas

Registro Académico No.: 201031370

No. de CUI: 2147744570901

Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Ginecología y Obstetricia**, el trabajo de TESIS **EDUCACIÓN SEXUAL Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN PACIENTES ADOLESCENTES**

Que fue asesorado por: Dr. Jesen Avishaí Hernández Sí, MSc.

Y revisado por: Dr. Diana Judith Ambrocio Mendoza, MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la ORDEN DE IMPRESIÓN para **Octubre 2021**

Guatemala, 13 de Septiembre de 2021.

SEPT. 16, 2021.

Dr. Rigoberto Velásquez Paz, MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado

Dr. José Arnoldo Saenz Morales, MA.
Coordinador General de
Maestrías y Especialidades



/dlsr

Quetzaltenango, 21 de junio de 2021

Doctor
Milton Lubeck Herrera Rivera
Coordinador Específico
Escuela de Estudios de Post Grado
Hospital Regional de Occidente
Presente

Respetable Dr. Herrera:

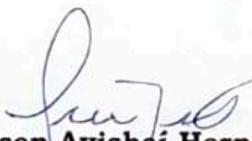
Por este medio le informo que he asesorado a fondo el informe final de Graduación que presenta la Doctora **HELEN YULISSA MORALES RODAS** con carne 201031370 de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el cual se titula: **“EDUCACIÓN SEXUAL Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN PACIENTES ADOLESCENTES.”**

Luego de la asesoría, hago constar que la Dra. Morales Rodas, ha incluido sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la facultad de Ciencias Médicas

Agradeciendo la atención a la presente me suscribo de usted, atentamente.

EN BUSCA DE LA EXCELENCIA ACADEMICA

“Id y Enseñad a Todos”



Dr. Jesen Avishai Hernández Sí MSc.
Asesor de Tesis
Escuela de Estudios de Post Grado
Hospital Regional de Occidente

Quetzaltenango, 21 de junio de 2021

Doctor
Jesen Avishai Hernández Sí
Docente Responsable
Maestría En Ginecología y Obstetricia
Hospital Regional de Occidente
Presente

Respetable Dr. Hernández:

Por este medio le informo que he revisado a fondo el informe final de Graduación que presenta la Doctora **HELEN YULISSA MORALES RODAS** con carne 201031370 de la carrera de Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, el cual se titula: **“EDUCACIÓN SEXUAL Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN PACIENTES ADOLESCENTES.”**

Luego de la revisión, hago constar que la Dra. Morales Rodas, ha incluido sugerencias dadas para el enriquecimiento del trabajo. Por lo anterior emito el **dictamen positivo** sobre dicho trabajo y confirmo está listo para pasar a revisión de la Unidad de Tesis de la Escuela de Estudios de Postgrado de la facultad de Ciencias Médicas

Agradeciendo la atención a la presente me suscribo de usted, atentamente.

EN BUSCA DE LA EXCELENCIA ACADEMICA

“Id y Enseñad a Todos”

Dra. Diana Judith Ambrocio Mendoza MSc.
Revisora de Tesis
Escuela de Estudios de Post Grado
Hospital Regional de Occidente

Dra. Diana Judith Ambrocio Mendoza
Msc. GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
COL. 16,501



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

DICTAMEN.UdT.EEP/207-2021

Guatemala, 09 de julio de 2021

Doctor

Jesen Avishaí Hernández Sí, MSc.

Docente Responsable

Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia

Hospital Regional de Occidente, San Juan de Dios

Doctor Hernández Sí:

Para su conocimiento y efecto correspondiente le informo que se revisó el informe final de la médica residente:

HELEN YULISSA MORALES RODAS

De la Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia, registro académico 201031370. Por lo cual se determina Autorizar solicitud de examen privado, con el tema de investigación:

“EDUCACIÓN SEXUAL Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN PACIENTES ADOLESCENTES”

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz, MSc.

Responsable

Unidad de Tesis

Escuela de Estudios de Postgrado

c.c. Archivo
LARC/karin _

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala

Tels. 2251-5400 / 2251-5409

Correo Electrónico: uit.eep14@gmail.com

AGRADECIMIENTOS

A DIOS, por darme la vida y guiar mis pasos por el camino correcto, para poder alcanzar cada una de mis metas planteadas.

A MI FAMILIA, por su apoyo incondicional, a pesar de todos los obstáculos que pudieron presentarse en estos años, siempre estuvieron acompañándome y motivándome para seguir adelante. En especial a mis hijas Valentina y Monserrat, con su presencia diaria en mi vida y su sonrisa, fueron razón suficiente para continuar hasta concluir este sueño de ser médico especialista.

A MI CASA MATER, la Universidad de San Carlos de Guatemala, que me permitió iniciar mis estudios académicos en el ámbito de la medicina y seguir hasta el día de hoy ampliando mi conocimiento, en el área de Ginecología y Obstetricia.

ÍNDICE DE CONTENIDOS:

	PÁGINA
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO II: ANTECEDENTES	3
2.1 Educación sexual	3
2.1.1 Definición	3
2.1.1.1 Metas de la educación en sexualidad	4
2.1.1.2 La salud sexual y reproductiva de las personas jóvenes	5
2.1.1.3 Consejería sobre salud sexual y reproductiva	5
2.1.1.4 Proceso de consejería	7
2.1.1.5 Aspectos metodológicos	9
2.1.1.6 Algunas claves para la comunicación durante el encuentro de consejerías	10
2.1.1.7 Capacitación en consejería	10
2.1.1.8 Aspectos éticos	11
2.1.1.8.1 Principio de la autonomía	11
2.1.1.8.2 Principio de beneficencia	12
2.1.1.8.3 Principio de justicia (equidad)	12
2.1.2 Anatomía sexual	12
2.1.2.1 Sistema reproductor femenino	12
2.1.2.1.1 Funciones	13
2.1.2.2 Sistema Reproductor Masculino	13
2.1.2.2.1 Funciones	14
2.1.3 Embarazo y parto en adolescentes	14
2.1.3.1 Embarazo en adolescentes	14
2.1.3.1.1 Factores de riesgo	15
2.1.3.1.1.1 Aquellos que influyen en el embarazo durante la adolescencia	15
2.1.3.1.2 Aquellos que se asocian al inicio de la actividad sexual	15
2.1.3.1.3 Aquellos que determinan el embarazo en la adolescencia	15
2.1.3.2 Parto en adolescentes	16
2.1.3.2.1 Acciones a realizar en cada período del parto vía vaginal	16
2.1.3.2.2 Atención del parto mediante cesárea	17
2.1.4 Enfermedades de transmisión sexual	17

2.1.4.1	Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)	18
2.1.4.1.1	Síntomas	18
2.1.4.1.2	Diagnóstico	19
2.1.4.1.3	Tratamiento	19
2.1.4.2	Sífilis	20
2.1.4.2.1	Síntomas	20
2.1.4.2.2	Diagnóstico	21
2.1.4.2.3	Tratamiento	21
2.1.4.3	Clamidia	22
2.1.4.3.1	Síntomas	22
2.1.4.3.2	Diagnóstico	22
2.1.4.3.3	Tratamiento	23
2.1.4.4	Gonorrea	23
2.1.4.4.1	Síntomas	23
2.1.4.4.2	Diagnóstico	23
2.1.4.4.3	Tratamiento	24
2.1.4.5	Virus del papiloma humano (VPH)	24
2.1.4.5.1	Síntomas	24
2.1.4.5.2	Diagnóstico	24
2.1.4.5.3	Tratamiento	25
2.1.4.6	Herpes genital	25
2.1.4.6.1	Síntomas	25
2.1.4.6.2	Diagnóstico	25
2.1.4.6.3	Tratamiento	26
2.1.5	Prevención	26
2.2	Métodos anticonceptivos	28
2.1.1	Métodos naturales	29
2.1.1.1	Tipos de métodos naturales	29
2.1.1.2	Ventajas	30
2.1.1.3	Desventajas	30
2.1.2	Métodos de barrera	30
2.1.2.1	Tipos de métodos de barrera	31
2.1.2.2	Ventajas	31
2.1.2.3	Efectos adversos	31

2.1.2.4	Contraindicaciones	31
2.1.3	Métodos hormonales	32
2.1.4	Anticonceptivos orales	32
2.1.4.1	Indicaciones	32
2.1.4.2	Categoría de los anticonceptivos orales	33
2.1.4.2.1	Anticonceptivos orales de progestina	33
2.1.4.2.2	Anticonceptivos orales combinados	33
2.1.4.3	Ventajas	33
2.1.4.4	Desventajas	34
2.1.4.5	Efectos adversos	34
2.1.4.6	Contraindicaciones	34
2.1.5	Anticonceptivos inyectables	34
2.1.5.1	Tipos de inyección	34
2.1.5.2	Ventajas	35
2.1.5.3	Desventajas	35
2.1.5.4	Efectos adversos	35
2.1.5.5	Contraindicaciones	35
2.1.6	Implantes subdérmicos	35
2.1.6.1	Ventajas	36
2.1.6.2	Desventajas	36
2.1.6.3	Efectos adversos	36
2.1.6.4	Contraindicaciones	36
2.1.7	Dispositivo intrauterino (DIU)	36
2.1.7.1	Tipos de dispositivos intrauterinos	36
2.1.7.2	Ventajas	37
2.1.7.3	Desventajas	37
2.1.7.4	Efectos adversos	37
2.1.7.5	Contraindicaciones	37
2.1.8	Métodos de emergencia	37
2.1.8.1	Tipos de métodos de anticoncepción de urgencia	37
2.1.8.2	Mecanismo de acción	37
2.1.8.3	Indicaciones	38
2.1.8.4	Efectos adversos	38
2.1.8.5	Contraindicaciones	38

2.1.9 Métodos permanentes	38
2.1.9.1 Tipos de métodos permanentes	38
2.1.9.2 Ventajas	38
2.1.9.3 Desventajas	39
CAPÍTULO III: OBJETIVOS	40
3.1 Objetivo General	40
3.2 Objetivos Específicos	40
CAPÍTULO IV: MATERIAL Y MÉTODOS	41
4.1 Tipo de Estudio	41
4.2 Población	41
4.3 Selección y Tamaño de la Muestra	41
4.4 Unidad de Análisis	42
4.5 Criterios de Inclusión y de Exclusión	42
4.6 Variables Estudiadas	43
4.7 Operacionalización de las Variables	44
4.8 Instrumentos utilizados para la recolección de información	49
4.8.1 Humano	49
4.8.2 Materiales	49
4.9 Procedimientos para la recolección de información	49
4.9.1 Programación del trabajo de campo	49
4.10 Procedimientos para garantizar aspectos éticos de la investigación	50
4.11 Procedimientos de análisis de la información	50
4.11.1 Distribución de Chi Cuadrada	50
CAPÍTULO V: RESULTADOS	53
CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN Y ANÁLISIS	67
6.1 Conclusiones	73
6.2 Recomendaciones	74
CAPÍTULO VII: REFERENCIAS BILIOGRAFICAS	75

CAPÍTULO VIII: ANEXOS	81
Anexo No. 1: Boleta de Encuesta	81
Anexo No. 2: Distribución Chi Cuadrado	83

ÍNDICE DE TABLAS:

CAPÍTULO IV: MATERIAL Y MÉTODOS

Tabla No. 1: Frecuencias Observadas en Pacientes Adolescentes	51
Tabla No. 2: Frecuencias Esperadas en Pacientes Adolescentes	51

ÍNDICE DE GRÁFICAS:

CAPÍTULO V: RESULTADOS

Gráfica No. 1: Edad de Adolescentes	53
Gráfica No. 2: Estado Civil de Adolescentes	54
Gráfica No. 3: Profesión de Adolescentes	55
Gráfica No. 4: Escolaridad de Adolescentes	56
Gráfica No. 5: Ingreso Mensual de Adolescentes	57
Gráfica No. 6: Conocimiento de temas de educación sexual en adolescentes	58
Gráfica No. 7: Temas de Educación Sexual conocidos por Adolescentes	59
Gráfica No. 8: Conocimiento de Métodos Anticonceptivos en Adolescentes	60
Gráfica No. 9: Métodos Anticonceptivos conocidos por Adolescentes	61
Gráfica No. 10: Uso de Métodos Anticonceptivos en Adolescentes	62
Gráfica No. 11: Métodos Anticonceptivos utilizados por Adolescentes	63
Gráfica No. 12: Fuentes de Información sobre Educación Sexual de las Adolescentes	64
Gráfica No. 13: Nivel de Conocimiento de Educación Sexual en Adolescentes	65
Gráfica No. 14: Relación de Educación Sexual y Uso de Métodos Anticonceptivos en Adolescentes	66

RESUMEN

Introducción: La adolescencia es una etapa importante en la vida del ser humano, abarcando de 10 a 19 años. En esta etapa son frecuentes los comportamientos sexuales de riesgo al no tener un adecuado conocimiento sobre educación sexual y cómo repercute este tipo de información en la vida de las adolescentes. **Objetivos:** Establecer la relación existente entre el nivel de conocimiento de educación sexual y el uso de métodos anticonceptivos, asimismo determinando características epidemiológicas y sociales de interés. **Tipo de Estudio:** Estudio descriptivo transversal. **Población:** Se utilizó el muestreo no probabilístico de conveniencia, se seleccionó una muestra de 318 pacientes adolescentes que consultaron al departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Occidente “San Juan de Dios” de enero a diciembre de 2018. **Metodología:** Mediante la aplicación de la boleta de encuesta se obtuvieron las variables deseadas y con la prueba de Chi Cuadrado se evidenció su relación. **Resultados:** El rango de edad de 17 a 19 años representó un 71.4% del total; el 27% de adolescentes habían utilizado métodos anticonceptivos, destacando los métodos naturales y de barrera; 52% de las encuestadas se documentaron en el nivel de conocimiento Medio-Alto en cuanto al manejo de temas de educación sexual. **Conclusiones:** Se evidenció relación entre el nivel de conocimiento sobre los temas de educación sexual y el uso de métodos anticonceptivos, donde el 65% de las pacientes que indicaron haber utilizado algún método anticonceptivo, se ubicaron en el nivel de conocimiento Medio-Alto.

Palabras clave: Educación Sexual, Métodos Anticonceptivos, Adolescencia.

RESUME

Introduction: Adolescence is an important stage in the life of the human being, covering from 10 to 19 years. At this stage, risky sexual behaviors are frequent due to not having adequate knowledge about sexual education and how this type of information affects the lives of adolescents. **Objectives:** Establish the existing relationship between the level of knowledge of sex education and the use of contraceptive methods, also determining epidemiological and social characteristics of interest. **Type of Study:** Descriptive cross-sectional study. **Population:** Non-probabilistic convenience sampling was used, a sample of 318 adolescent patients who consulted the Department of Gynecology and Obstetrics of the Western Regional Hospital "San Juan de Dios" from January to December 2018 was selected. **Methodology:** Through the application The desired variables were obtained from the survey form and their relationship was evidenced with the Chi-square test. **Results:** The age range from 17 to 19 years represented 71.4% of the total; 27% of adolescents had used contraceptive methods, highlighting natural and barrier methods; 52% of the respondents were documented in the Medium-High level of knowledge regarding the management of sexual education issues. **Conclusions:** There was evidence of a relationship between the level of knowledge about sex education issues and the use of contraceptive methods, where 65% of the patients who indicated having used a contraceptive method were located at the Medium-High level of knowledge.

Keywords: Sex Education, Contraceptive Methods, Adolescence.

I. INTRODUCCIÓN:

La adolescencia es una de las etapas más importantes en la vida del ser humano, que comprende de los 10 a los 19 años, se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios. Muchos adolescentes se ven sometidos a presiones para consumir alcohol, tabaco, drogas y para empezar a tener relaciones sexuales, y ello a edades cada vez más tempranas, lo que entraña para ellos un elevado riesgo tanto de embarazos no deseados como de infecciones de transmisión sexual (1).

En la adolescencia son frecuentes los comportamientos sexuales de riesgo al no tener una adecuada información sobre los métodos anticonceptivos y actúan basados en las opiniones y conceptos erróneos, que pueden estar plagados de mitos y malos criterios en la mayoría de las ocasiones. También es posible que no utilicen de forma sistemática y correcta los métodos anticonceptivos (2).

En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, reportó un incremento del porcentaje de adolescentes que iniciaron vida sexual: 23% comparado con 15% del año 2006. La encuesta mostró que el conocimiento sobre métodos anticonceptivos se ha incrementado de forma sostenida entre los adolescentes pues 90% reportó tener conocimiento de algún método de planificación familiar. Entre los métodos más utilizados por este grupo se ubica el condón con 80.6% y cerca de 6.2% indicó el uso de anticonceptivos hormonales. A pesar del uso inicial de algún método anticonceptivo del total de las adolescentes que tuvieron relaciones sexuales, 51.9% reportó haber estado alguna vez embarazada (3).

En Guatemala, según datos de una encuesta nacional en 2014 a 2015, el 31% de mujeres de 15 a 19 años ya habían tenido relaciones sexuales. Asimismo, se realizó un estudio sobre Educación en Sexualidad, en los departamentos de Huehuetenango, Chiquimula y Guatemala en el año 2015, que involucró 188 profesores, 80 directores y 3,004 estudiantes del tercer grado básico (14–17 años). El 89% de los estudiantes consideraban útil la información sobre educación sexual, sin embargo, con frecuencia se imparte de manera tardía: 40% de los estudiantes la recibieron por primera vez en secundaria (4).

En el mismo estudio se evidenció que solo uno de cada dos maestros reportó haber recibido capacitación previa en educación sexual y la mitad de ellos pensaba que dar acceso a métodos

anticonceptivos a los adolescentes promovía las relaciones sexuales, una creencia común no basada en los hechos reales. No todas las escuelas del estudio contaban con políticas para aseguraran un ambiente escolar de apoyo a los adolescentes, debido a que el 62% de ellos deseó formular preguntas en clases de educación sexual, sin embargo, no lo hicieron por vergüenza, y 24% no lo hicieron por temor a que otras personas se burlaran de ellos (4).

La adolescencia es considerada la etapa evolutiva más adecuada para intentar evitar la adopción de estilos de vida no saludables, antes de que se establezcan de forma definitiva en la vida adulta. El control de los derechos sexuales y reproductivos, pasa necesariamente por la prevención y la correcta educación sexual en la adolescencia, y es aquí en donde el papel de la información adquiere un papel relevante y fundamental.

En esta investigación se dio a conocer la relación entre educación sexual y el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes del departamento de Ginecología y Obstetricia, del Hospital Regional de Occidente “San Juan de Dios”, del departamento de Quetzaltenango, conociendo características epidemiológicas de interés, como edad, estado civil, escolaridad y profesión.

Se logró identificar una relación directa entre el nivel de conocimiento de educación sexual y el uso de métodos anticonceptivos, obteniendo un 27% de pacientes encuestas con uso de métodos de planificación familiar. El nivel de conocimiento sobre educación sexual en adolescentes, se ubicó en los rangos de conocimiento bajo y medio. La información sobre este tema provenía en la mayoría de casos de padres de familia y de maestros, dejando atrás al personal de salud que son las personas idóneas para enfatizar en ventajas y desventajas de estos métodos.

Guatemala siendo un país en vías de desarrollo, con una población joven, en donde se puede educar a la población para cambiar actitudes costumbristas, como lo es el no usar métodos anticonceptivos, podemos mejorar no solo el ámbito de salud al hablar de educación sexual, sino también el ámbito educacional y socioeconómico, evitando embarazos en adolescentes y con ello contribuyendo a mejorar la calidad de vida de nuestra población.

Esta investigación fue viable, ya que se contó con el apoyo y la autorización de las respectivas autoridades; fue factible debido a que se tuvo disponibilidad de recursos necesarios para llevar a cabo los objetivos planteados.

II. ANTECEDENTES:

2.1 Educación sexual:

2.1.1 Definición:

Es una enseñanza de alta calidad y el aprendizaje de una amplia variedad de temas relacionados con el sexo y la sexualidad; su finalidad es dotar a los niños y a los adolescentes conocimientos, aptitudes, actitudes y valores que le permitan disfrutar de su salud, bienestar y dignidad, establecer las relaciones sociales y sexuales respetuosas, ser conscientes de la manera en que sus elecciones afectan a su propio bienestar y al de otras personas, conocer sus derechos y velar por su protección durante toda la vida (5).

La educación sexual integral ha demostrado repercutir en términos de mejoras en el autoconocimiento y la autoestima, el cambio de actitudes, las normas de género y sociales, y el reforzamiento del sentido de auto eficiencia. A pesar de ello, muchos jóvenes no tienen acceso a dicha educación; por lo que la epidemia de VIH/sida afecta a gran parte de la población juvenil. Como lo destaca la Estrategia 2016 de la UNESCO para la salud y el bienestar, los jóvenes entre 15-24 años de edad representan el 16 por ciento de la población mundial, pero también el 34 por ciento de las personas entre 15-49 años que contraen el VIH cada año (6).

Además de ello, los embarazos en adolescentes son también motivo de preocupación para la sociedad ya que según datos de ONG Save The Children, cada año nacen 13 millones de niños y niñas de mujeres menores de 20 años, es decir un 90% (11.7 millones) en los países en vías de desarrollo y un 10% en los países desarrollados (1.3 millones). Las causas posibles de estos embarazos en adolescentes son debido al nivel socioeconómico, educativo, al tener relaciones sin uso de métodos anticonceptivos o su uso erróneo y al matrimonio adolescente como rol tradicional en algunas sociedades (7).

Una educación sexual integral se refiere a programas que incluyan una amplia gama de temas relacionados con:

- Desarrollo humano (incluyendo reproducción, pubertad, orientación sexual e identidad de género).
- Relaciones (familiares, amistades, amorosas y noviazgo).

- Herramientas personales (comunicaciones, negociación y toma de decisiones).
- Comportamiento sexual (abstinencia, sexualidad a lo largo de la vida).
- Salud sexual (enfermedades de transmisión sexual, anticonceptivos y embarazo).
- Sociedad y cultura (roles de género, diversidad y sexualidad en los medios).

2.1.1.1 Metas de la educación en sexualidad:

La principal meta de la educación en sexualidad es entregar a niños, niñas y personas jóvenes el conocimiento, las competencias y los valores que les permitan asumir responsablemente sobre su vida sexual y social en un mundo afectado por el VIH y el SIDA; por tal razón la UNESCO proporciona un apoyo a la contribución del sector educativo encaminado a poner fin al SIDA y de esta forma promover una mejor salud y bienestar. La organización tiene dos prioridades estratégicas:

- Garantizar que todos los niños y jóvenes reciban una educación sexual integral y de calidad con inclusión del VIH. A través de:
 - Prevención del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual.
 - Concienciación acerca de las pruebas de detección del VIH, conocimiento del propio estado serológico y tratamiento del VIH.
 - Refuerzo de la educación acerca de la pubertad.
 - Prevención de embarazos precoces y no deseados.
 - Desarrollo de actitudes, valores y competencias, conducentes al establecimiento de relaciones saludables y respetuosas.
- Garantizar que todos los niños y jóvenes tengan acceso a entornos de aprendizaje seguros, integradores y promotores de la salud. A través de:
 - La eliminación de la violencia y el acoso en las escuelas, incluyendo la violencia de género en el entorno escolar.
 - La prevención de la discriminación de educandos y educadores por motivos de salud o de género.
 - Concienciación acerca de la importancia de una nutrición adecuada y una educación física de calidad.
 - Prevención del uso de sustancias nocivas.

Estas prioridades estratégicas forman parte de un enfoque integral de la salud en la escuela, que abarca políticas y sistemas, una educación con competencias, con aprendizajes seguros y nexos con los servicios de salud (8).

2.1.1.2 La salud sexual y reproductiva de las personas jóvenes:

Una educación sexual integral y de calidad transmite conocimientos exactos, promueve actitudes y valores positivos, y desarrolla competencias que permiten tomar decisiones con conocimiento de causa. Pese a que existen pruebas claras e inequívocas de estos beneficios, numerosos jóvenes no tienen accesos a una educación sexual integral y de calidad.

La epidemia de VIH no ha terminado y los jóvenes siguen expuestos a un riesgo desproporcionado. El grupo de 15 a 24 años de edad corresponde al 16% de la población mundial, pero representa el 34% de las personas de 15 a 49 años que contraen VIH cada año. Se estima que en el año 2015 se produjeron en el mundo 250.000 nuevas infecciones por VIH en adolescentes de 15 a 19 años; las adolescentes representaban el 65% de las nuevas infecciones en este grupo de edad. El SIDA es la primera causa de muerte en los adolescentes de 15 a 19 años en África subsahariana y la segunda causa de muerte de los adolescentes a nivel mundial.

Los datos nacionales comunicados a ONUSIDA indican que menos del 40% de los jóvenes tienen conocimientos básicos acerca del VIH y que un número aún menor sabe cómo prevenir la infección. Por tal razón se deben involucrar a padres de familia, adolescentes, escuelas, el estado, instituciones políticas y religiosas, sobre todo el sector de salud para proporcionar una educación sexual integral.

2.1.1.3 Consejería sobre salud sexual y reproductiva:

Se entiende como un proceso de acompañamiento profesional que brinda a un funcionario de salud capacitado para apoyar a una persona adolescente que presenta alguna situación de riesgo, en la toma de decisiones sobre su salud sexual y reproductiva, partiendo de sus necesidades y particularidades.

Esto requiere propiciar un espacio seguro, confiable y confidencial; el capacitador debe escuchar de forma atenta, respetuosa y comprensiva al adolescente para que éste exprese sus emociones y sentimientos. Asimismo, el consejero debe tratar a cada adolescente de

forma personal e individual para desarrollar un vínculo de confianza y afinidad, y no generar discriminación.

Por tanto, las áreas de salud deben contar con personal capacitado y entrenado para desarrollar la consejería en salud sexual y reproductiva, así como con los mecanismos adecuados para su selección, capacitación y supervisión de labores.

Existen ciertos criterios que deberá utilizar el personal capacitado para identificar a los adolescentes que requieran cierta consejería sobre salud sexual y reproductiva y estos son:

- Adolescente menor de 15 años conviviendo con pareja.
- Adolescente menor de 15 años con pareja 5 años mayor que él o ella.
- Adolescente menor de 15 años con actividad sexual (con o sin uso de métodos anticonceptivos).
- Adolescentes con Petting grado III (experimentar caricias sexuales bajo la ropa, masturbaciones mutuas y sexo oral) o grado IV (penetración anal o vaginal), que no utilizan adecuadamente métodos anticonceptivos y de protección sexual, y además presentan uno o más de los siguientes factores de riesgo:
 - Persona adolescente fuera del sistema escolar.
 - Adolescente que se sospecha tiene consumo problemático de alcohol o drogas.
 - Adolescente con sospecha de violencia intrafamiliar, condición de pobreza o situación de abandono y/o familia disfuncional.
 - Adolescente embarazada o con sospecha de estarlo, que sea madre o padre.
 - Adolescente con sospecha, diagnóstico o antecedente de ITS/VIH.
 - Adolescente con sospecha de violencia, abuso o explotación sexual.

El profesional de salud tiene como objetivos:

- Brindar información adecuada y oportuna.
- Alojar en el sentido de construir un espacio donde se habiliten expresiones de subjetividad, las inquietudes, dudas, deseos y temores, para resignificarlos y apuntar a las personas en su propio cuidado.
- Orientar y facilitar el acceso a determinadas prácticas y cuidados dentro del sistema de salud.

- Acompañar, con estrategias de educación para la salud, en la construcción de la autonomía y en la concientización sobre el ejercicio de los propios derechos sexuales y reproductivos.

Dentro de estos espacios hay diversos contenidos sistemáticos a ser abordados:

- Anticoncepción.
- Prevención de infecciones de transmisión sexual.
- Recursos de cuidado para el ejercicio de una sexualidad libre y plena.
- Reflexiones en torno a las relaciones de género y posibilidades de elegir.
- Negociación del uso de preservativos como estrategia preventiva.
- Ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos.
- Situaciones de vulnerabilidad de las personas en relación a sus vínculos (9).

2.1.1.4 Proceso de consejería:

Consiste en tres sesiones en las cuales se debe abordar diferentes aspectos:

- Discusión y problematización de la situación de riesgo, con apoyo de información básica en la salud sexual y reproductiva con el fin de hacer reflexionar al adolescente sobre su situación personal y sus necesidades abordando los siguientes temas:
 - Explorar el uso de métodos de protección y anticoncepción, así como sus creencias.
 - Complicaciones biopsicosociales de embarazos en la adolescencia.
 - Discutir sobre ITS/VIH, enfatizando en las formas de prevenirlas.
 - Discutir sobre la violencia en pareja, ya sea física o emocional, enfatizando en las consecuencias.
 - Discutir mitos frecuentes sobre la sexualidad y embarazo.
- Acompañamiento profesional en la búsqueda de alternativas y toma de decisiones para vivir una sexualidad responsable, segura y placentera, explorando ventajas y desventajas, posibilidades y opciones basadas en evidencia. Debe enfatizar en:
 - El uso correcto de métodos de protección y anticoncepción, así como las ventajas y desventajas.
 - Roles de género, violencia y vivencia de la sexualidad.
 - Apropiación de su cuerpo y toma de decisiones.
 - La vivencia del placer, afectación y establecimiento de vínculos.
- Reconocimiento de obstáculos, recursos contextuales, familiares y personales para vivir una sexualidad responsable, segura y placentera. En esta última sesión el consejero debe

identificar obstáculos y recursos en las comunidades en donde viven las personas adolescentes, así como los servicios brindados por la red intersectorial, por lo que juegan un rol importante las siguientes entidades:

- Rol familiar: es el más importante ya que se brinda asesoramiento sobre la prevención del embarazo no deseado a través de métodos anticonceptivos, la interrupción del embarazo de forma voluntaria y la prevención de enfermedades de transmisión sexual y VIH. También se debe brindar consejería para prevenir el cáncer genital femenino por medio de la difusión de información y derivaciones. Así mismo se brinda información sobre sexo y sexualidad (10).
- Rol escolar: existen pruebas de que la educación en sexualidad tiene efectos positivos, entre ellos un aumento del conocimiento de los jóvenes y una mejora de su actitud en lo que respecta a la salud y los comportamientos sexuales y reproductivos. Demostrando de esta forma que no aumenta la actividad sexual;
- por lo que de otra forma estos refuerzan las decisiones responsables para la vivencia de una sexualidad segura y placentera. Aunque se observa que se logra un mejor alcance cuando se complementa con la participación de los padres y servicios de salud (11).
- Rol del estado: tuvo un mayor auge entre los años 2013 y 2014 en Guatemala, por parte del Ministerio de Educación en donde se priorizó la educación sexual con un enfoque integral enmarcado en los derechos humanos. En donde se practica el “prevenir con educación”, en donde los objetivos prioritarios son enfrentar el incremento del embarazo en la adolescencia. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos por educar sobre sexualidad, esta no es integral debido a que aborda algunas temáticas importantes referentes al VIH, las ITS, los órganos genitales, entre otras, pero continúa con un enfoque humano y con énfasis en la prevención (12).
- Rol del sector de salud: en primera instancia se debe capacitar al personal de salud, sobre conocimientos básicos sobre sexualidad humana, conciencia de las actitudes personales hacia la propia sexualidad y la de una actitud positiva respecto las orientaciones sexuales y la práctica. Tras ello es importante diseñar programas especiales para cada región o país los cuales deben incluir los temas tratados en sus capacitaciones para disminuir de esta forma los embarazos en adolescentes, las ITS, brindar información sobre métodos anticonceptivos y resolver las inquietudes de los adolescentes (13).

- Rol religioso: Este es, quizás, el aspecto más difícil de abordar en materia de salud sexual y reproductiva. Si bien los comportamientos sexuales y reproductivos se dan en un plano individual, muchos de los efectos negativos asociados a su ejercicio con un escaso nivel de formación e información afectan gravemente a la sociedad en su conjunto. En este punto, resulta fundamental incorporar al principio de la autonomía, el concepto de la libertad de conciencia, que permite a cada individuo obrar de acuerdo a sus principios y valores personales en las distintas dimensiones de su vida.

2.1.1.5 Aspectos metodológicos:

Para lograr un enfoque adecuado, es imprescindible trabajar en equipo y con todas las personas que participan en la dinámica del lugar, la importancia de respetar el encuadre del trabajo. Se debe disponer por lo menos de 20 minutos efectivos para la consulta, sabiendo que la misma se puede extender, ya que depende de las situaciones o problemas que se desplieguen y que necesiten ser abordados; por lo que a continuación se mencionan las fases por las que debe ser registrada la consejería de salud sexual y reproductiva:

- La entrevista: es fundamental para entablar un diálogo personal, se debe garantizar la privacidad; se recomienda el uso de carteles que señalen la necesidad de no ser interrumpidos, redactados de forma clara y amigable, ubicados a la altura de los ojos del potencial lector. Es importante mirar a la persona que consulta a los ojos, y la disposición del espacio debe garantizar que eso suceda.
- Identificar los temas a trabajar: es importante, ya que la persona usuaria traerá consigo demandas por lo que deben priorizarse ciertos temas e intercambiar información.
- Toma de decisiones: el usuario debe tomar las mismas de forma libre, autónoma y consciente posible sin afectar la integridad del individuo. Muchas veces es necesario utilizar material didáctico como láminas, muestras de métodos anticonceptivos, maquetas de pene y vulva, entre otros; para apoyar las explicaciones y favorecer la comprensión.
- Conclusión y cierre: el manejo de la entrevista es una habilidad que va adquiriendo el equipo de salud con experiencia, el momento del cierre es importante porque permite definir la continuidad del vínculo y la posibilidad de encuentros posteriores.
- Registro de la entrevista: es una síntesis de lo que se pactó entre profesional y la persona usuaria, la toma de decisiones y las dudas con las que se retiró para seguir pensando, así como las acciones pendientes.

2.1.1.6 Algunas claves para la comunicación durante el encuentro de consejerías:

- Comunicar claramente la información: es importante brindar la información correcta, con opciones disponibles, avances científicos, riesgos y todo lo que se considere pertinente acerca de la temática abordada en la entrevista; es necesario adaptar el lenguaje, confirmar que todo se ha comprendido, no dar explicaciones demasiado extensas o complejas, a esto se le conoce como calidad de consejería.
- Invitar a hablar hasta donde la persona desee hacerlo: para ello es necesario asegurar la privacidad, confidencialidad y el respeto por su intimidad.
- Establecer una comunicación empática: generar un clima contenedor y prestar atención a los sentimientos y emociones de juego; mirar a los ojos es fundamental para lograr este punto.
- Dar lugar al silencio: esto anima a que las personas pregunten o cuenten sus experiencias e inquietudes.
- Tomar en cuenta las creencias y saberes de las personas: para ello es importante partir de lo que se ya se conoce y sabe.
- No juzgar, ni valorar opiniones o decisiones de la persona usuaria: para ello es importante asumir una actitud y un tono que no resulten sancionados, taxativos o terminantes.
- Tener en cuenta los condicionamientos de género: pueden ser condicionantes a la hora de elegir un método anticonceptivo.
- No presuponer que la persona usuaria es heterosexual: esto produce que algunas personas oculten su orientación sexual por temor o vergüenza, y no se vean habilitadas para hacer consultas sobre preocupaciones acerca de su salud sexual y reproductiva.
- Brindar información verídica acerca de la eficacia de los métodos anticonceptivos, ventajas y desventajas, efectos colaterales y complicaciones, la prevención de ITS y el seguimiento que debe brindarse tras la adquisición de alguno de los métodos.

2.1.1.7 Capacitación en consejería:

Es un componente esencial para asegurar la satisfacción del usuario. Junto a los otros ginecólogos y las obstétricas, que realizan el asesoramiento como una tarea especializada, se hace necesario entrenar en habilidades de comunicación y técnicas de consejería a todos aquellos integrantes del equipo de salud que tengan contacto con los usuarios. Para realizar las consejerías es necesario desarrollar algunas competencias, que son habilidades que se incorporan a través del aprendizaje y la experiencia. Algunos de los propósitos de esta formación continua son:

- Centrar la intervención desde la perspectiva de derechos y con enfoque de género.
- Comprender los temores, desafíos y dificultades que enfrentan las personas al decidir sobre su salud sexual.
- Reconocer y manejar los propios prejuicios y temores.
- Diferenciar las creencias personales (religiosas, morales, ideológicas) del rol profesional.
- Desarrollar la capacidad de actuar y reflexionar sobre la propia intervención.
- Desarrollar habilidades de trabajo en equipo y de gestión (14).

2.1.1.8 Aspectos éticos:

Influyen sobre las relaciones entre las personas, los derechos a la propiedad pública y privada, así como sobre la seguridad y el bienestar de los individuos y de la sociedad como un todo. Están estrechamente relacionados con los aspectos sociales, económicos, culturales y religiosos de cada sociedad. En el ámbito de la Salud Sexual y Reproductiva, en la cual se incluyen los servicios anticonceptivos, deben considerarse los principios éticos de autonomía, beneficencia y justicia.

2.1.1.8.1 Principio de la autonomía:

Es definida como la libertad de decidir y escoger, sin coerción externa. Desde una perspectiva de género, implica el derecho de las mujeres a disponer de conocimiento e informaciones sobre su salud, para tomar decisiones informadas sobre su vida, su cuerpo y su sexualidad.

En relación con el Consentimiento Informado, fundamental en materia de Salud Sexual y Reproductiva, el Comité del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (USA), precisa distintos aspectos:

- El derecho de las personas a la autodeterminación en sus capacidades sexuales y reproductivas.
- La relación médico-paciente se da en un plano de reciprocidad e igualdad, que implica compartir información y desarrollar opciones de mutuo acuerdo, permitiendo una activa participación del usuario/a de los servicios.
- Los eventos relacionados con el proceso reproductivo-embarazo, parto, uso de métodos anticonceptivos –centrales en la demanda de servicios de salud por las mujeres– no se corresponden con enfermedades y, por lo tanto, no es correcto utilizar el término "pacientes" en relación con estas prestaciones.

2.1.1.8.2 Principio de beneficencia:

Se consideran moralmente correctas las acciones o políticas que resultan en el mayor bien para el mayor número posible de personas. Los beneficios para la salud materna e infantil están ampliamente documentados. Los efectos de la reproducción no deseada (aborto provocado, morbilidad materna e infantil, secuelas de largo plazo y alto costo), y una sexualidad ejercida en forma irresponsable (enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/ SIDA), afectan proporcionalmente más a los sectores de menor nivel socioeconómico.

2.1.1.8.3 Principio de justicia (equidad):

Establece que todas las personas, en una sociedad dada, tienen el mismo derecho al acceso a los bienes y servicios necesarios para satisfacer sus necesidades básicas.

En un marco de calidad de atención, este principio se expresa a través de la "satisfacción de los usuarios". En el ámbito reproductivo, este principio permitiría compatibilizar, para cada individuo y pareja, la fecundidad deseada con la fecundidad real. El acceso a la información y los servicios de planificación familiar es aceptado en la actualidad como un derecho humano básico, que le permite a cada individuo, hombre o mujer, tomar sus propias decisiones en relación con la reproducción; la negación de este derecho por razones ideológicas de distinta índole es una cuestión ética que debe ser discutida, con un pleno respeto a la diversidad de las visiones socioculturales e individuales presentes en cada sociedad (15).

2.1.2 Anatomía sexual:

La reproducción es el proceso mediante el cual los organismos crean nuevos organismos como ellos mismos; en este proceso participan dos tipos de células sexuales o gametos. El gameto masculino, o espermatozoide y el gameto femenino, el óvulo u ovocito, que se unen dentro del sistema reproductor femenino a través de la fecundación formando un cigoto el cual se convierte en embrión y más adelante en feto.

2.1.2.1 Sistema reproductor femenino:

La parte externa de los órganos reproductivos se denomina vulva; la zona carnosa ubicada justo por encima de la parte superior de la abertura vaginal recibe el nombre de monte de Venus, la abertura vaginal está rodeada por dos pares de pliegues de piel llamados labios. El clítoris, un pequeño órgano sensorial está ubicada hacia la parte delantera de la vulva, donde

se unen los pliegues de los labios. Entre los labios hay varias aberturas hacia la uretra el canal que transporta la orina desde la vejiga hacia la parte externa del cuerpo; y la vagina.

Los órganos internos de la mujer son la vagina, el útero, las trompas de Falopio y los ovarios. La vagina es un tubo muscular hueco que se extiende desde la abertura vaginal hasta el útero conectándose a través del cuello uterino; la abertura de la vagina está cubierta parcialmente por un trozo delgado de tejido que recibe el nombre de himen.

En las esquinas superiores del útero, las trompas de Falopio conectan el útero con los ovarios, éstos son órganos con forma de óvalo ubicados en la parte superior derecha e izquierda del útero; producen, almacenan y liberan óvulos hacia las trompas de Falopio en un proceso denominado "ovulación".

2.1.2.1.1 Funciones:

- Producir óvulos.
- Tener relaciones sexuales.
- Proteger y nutrir al óvulo fertilizado hasta que se desarrolle completamente.
- Dar a luz (16).

2.1.2.2 Sistema Reproductor Masculino:

Los genitales masculinos incluyen: los testículos los cuales forman parte del sistema endocrino fabricando la testosterona; el sistema de conductos formado por el epidídimo y el conducto deferente los cuales transportan a los espermatozoides, las glándulas accesorias que incluyen las vesículas seminales las cuales aportan líquido que lubrican el sistema de los conductos y nutren a los espermatozoides, la próstata y el pene el cual consta de dos partes: el tronco y el glande.

El epidídimo y los testículos cuelgan dentro de una estructura parecida a una bolsa llamada escroto, la cual ayuda a regular la temperatura y almacenar los espermatozoides. Cabe mencionar que los espermatozoides se desarrollan en un sistema diminuto de conductos llamados túbulos seminíferos.

2.1.2.2.1 Funciones:

- Fabrica semen y lo libera dentro del sistema reproductor femenino durante el coito.
- Fabrica hormonas sexuales (17).

2.1.3 Embarazo y parto en adolescentes:

2.1.3.1 Embarazo en adolescentes:

Según la OMS se define embarazo en la adolescencia como aquel que se produce entre los 10 y los 19 años de edad, independientemente del grado de madurez biológica, psicológica y la independencia de la y el adolescente en relación con su núcleo familiar de origen. El embarazo y la paternidad durante la adolescencia son factores de riesgo tanto para los padres como para los hijos.

En Guatemala, según datos del Programa Nacional de Salud Reproductiva/MSPAS, del total de embarazos atendidos en el 2010 el embarazo en adolescentes es del 19.9% y la muerte materna es del 17%. Lastimosamente Guatemala se encuentra ubicada entre los 17 países con alto riesgo reproductivo a nivel mundial, siendo el tercer país con más alta tasa de fecundidad en adolescentes de 15-19 años de América Latina. El promedio de hijos por mujeres es de 3,8, de acuerdo a datos de ENSMI 2008/2009, el 9.5% de las jóvenes de 15-24 años relató haber tenido su primer embarazo antes de los 15 años, el 48.5% entre los 15 y 17 años, el 25% entre los 18 y 19 años.

Las relaciones sexuales ente adolescentes representan el 63% con esposo o compañero en las edades de 13 y 14 años, mientras que el 54% se comporta en el grupo etario de 15 a 17 años. La fecundidad es mayor en adolescentes de áreas rurales y con nivel menor educativo, en los adolescentes de 15 a 19 años el nivel de escolaridad representa el 40.7% de los adolescentes con secundaria sin terminar, seguido de la primaria sin terminar con un 26.2% y la primaria terminada con un 20.9%.

Los embarazos en edades de 10 a 19 años representan el 51.9% del total de partos atendidos en el hogar, seguido de un 42.7% de partos atendidos en hospitales. La mortalidad materna en adolescentes (10-19 años) impacta en el 19.9% del total de la mortalidad materna en el año 2020, según grupos etarios las edades más afectadas son las adolescentes de 17 a 19 años, aunque las cifras de mortalidad también afectan en las primeras etapas relacionadas con el

comienzo de la menarquía en la pubertad. A su vez, el mayor riesgo de muerte infantil de 1 a 4 años corresponde a hijos de madres adolescentes (16 por mil). La mortalidad infantil es mayor en áreas rurales y con un intervalo de nacimiento menor a 2 años.

2.1.3.1.1 Factores de riesgo:

Es un problema multicausal, se clasifican en:

2.1.3.1.1.1 Aquellos que influyen en el embarazo durante la adolescencia:

- Factores individuales: las características normales del desarrollo del adolescente dentro de las cuales se documenta la impulsividad, omnipotencia, abandono escolar, dificultad para planear proyectos de vida, baja autoestima, falta de actitud preventiva, menarquía precoz, conducta antisocial, abuso de sustancias, sentimiento de desesperanza y bajo nivel educativo.
- Factores familiares: familias disfuncionales o en crisis, pérdida de un ser querido, enfermedad crónica de algún familiar, madre o hermana con embarazo en la adolescencia, madre o padre ausente o indiferentes.
- Factores sociales: migración, pobreza, marginación social, mensajes contradictorios con respecto a la sexualidad en general y violencia.

2.1.3.1.2 Aquellos que se asocian al inicio de la actividad sexual:

- Inicio temprano: pubertad temprana, abuso sexual, padres no apoyadores, mal rendimiento escolar, participación de otras conductas de riesgo, pobreza y enfermedad mental.
- Inicio tardío: énfasis en abstinencia, orientación en metas, consistencia y firmeza de los padres en disciplina, buen rendimiento escolar, participación en actividades religiosas.

2.1.3.1.3 Aquellos que determinan el embarazo en la adolescencia:

Se describen fundamentalmente tres:

- Relaciones sexuales sin uso de anticonceptivos.
- Abuso sexual.
- Violencia (18).

2.1.3.2 Parto en adolescentes:

Toda adolescente menor de 15 años deberá ser atendida en una institución de la más alta complejidad disponible en el área de influencia de la región de salud, para fines de parto. Por lo que al ser referida y atendida en un centro especial debe seguirse los siguientes pasos:

- Identificarse con la adolescente, de acuerdo a su profesión.
- El parto debe ser asistido por personal calificado, especializado en obstetricia.
- La admisión es crítica para minimizar los riesgos de la población en esta etapa del ciclo vital y evitar la muerte materna, el examen clínico debe ser practicado siempre por personal especializado en obstetricia.
- En las gestantes que no estén en labor activa, debe informarse su condición luego de ser evaluada y se debe informar acerca de señales de peligro por las cuales deberá reconsultar.
- En gestantes menores de 15 años con factores de riesgo sobreañadido o complicaciones, se deberán ingresar, aunque no estén en fase activa de la labor de parto.
- Se debe facilitar un acompañante el cual debe ser escogido por el adolescente.
- Orientar a la embarazada y a su acompañante sobre el proceso de parto y la dinámica hospitalaria.
- Informar de cualquier intervención que sea requerida a la paciente y al acompañante.
- Brindar apoyo emocional a la adolescente.
- Acciones humanitarias debe practicarse durante la atención del parto y evitar la violencia obstétrica durante la admisión y en los diferentes estadios del parto.
- En hospitales de enseñanza deben evitarse procedimientos reiterativos con fines de aprendizaje.
- Tener listo un equipo multidisciplinario.

2.1.3.2.1 Acciones a realizar en cada período del parto vía vaginal:

- Primer período del parto (borramiento y dilatación)
 - Administrar analgesia obstétrica
 - Evaluación cuidadosa de la pelvis y los mecanismos del parto.
- Segundo período del parto (expulsivo)
 - Practicar maniobra de Ritgen modificada.
 - No realizar episiotomía de forma rutinaria.

- Tercer período del parto (alumbramiento)
 - Apego inmediato y lactancia materna exclusiva.
 - Alojamiento conjunto.
 - Reforzar consejería para anticoncepción.
 - Administrar la anticoncepción posparto de inmediato, si corresponde.

2.1.3.2.2 Atención del parto mediante cesárea:

- Brindar adecuado plan educacional a familiares y paciente del motivo de la cesárea.
- Consentimiento informado.
- Atención humanizada y evitar violencia obstétrica.
- En casos justificados, acorde a protocolos específicos resolver a las 39 semanas, sin embargo, si existen condiciones obstétricas que ameriten su adelantamiento, realizar la cesárea.
- Facilitar alojamiento conjunto.
- Anticoncepción inmediata si amerita.
- Plan educación pos quirúrgico (19).

En cuanto a la vía de resolución obstétrica, en un estudio realizado en ciudad de México en el Hospital de la Mujer, se tomaron en cuenta 587 pacientes comprendidas entre el 1 de enero al 31 de mayo de 2012, comprendidas en el rango de edad de 10-19 años, de éstas 60.3% fueron partos y 39.7% cesáreas; cifras muy similares a lo reportado a nivel internacional para aquellas pacientes adolescentes. Dentro de las causas de incidencia de cesárea se mencionan DCP con un 9.4%; sin embargo, se documenta como principal causa de cesárea el sufrimiento fetal agudo con 17.6% (20).

2.1.4 Enfermedades de transmisión sexual:

Son enfermedades infecciosas transmitidas por el contacto sexual, por lo tanto, afectan mayormente a la población sexualmente activa, el 50% de éstas se producen entre las personas comprendidas entre los 15 y 24 años y cada año se diagnostican alrededor de 20 millones de personas (21).

En términos generales las enfermedades de transmisión sexual más comunes son VIH, sífilis, gonorrea, clamidia y Virus de Papiloma Humano o VPH, aunque se describen muchas más, pero éstas afectan aún más a la población adolescente; de acuerdo a la división de la

Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud, la sífilis se incrementó en un 42.3% entre los años de 2017-2018. En el caso de la gonorrea representó un incremento del 36.6% respecto a los años 2016 y 2017. En cuanto al análisis por afectación de género, se ven más afectados los hombres en una relación de 1.9 hombres por mujer.

La mayoría de las enfermedades se pueden prevenir con el uso correcto de un condón cada vez que se tienen relaciones sexuales (22).

Los adolescentes tienen un mayor riesgo de contraer ETS por varias razones:

- El cuerpo de los adolescentes es biológicamente más propenso a contraer ETS.
- Los adolescentes no se realizan pruebas recomendadas.
- Muchos adolescentes son reacios a hablar de forma abierta y franca sobre su vida sexual con un médico o enfermero.
- No tienen acceso a un servicio de salud o a un seguro.
- Múltiples parejas sexuales (23).

2.1.4.1 Virus de inmunodeficiencia humana (VIH):

VIH, es el virus que causa síntomas del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), destruye la capacidad del cuerpo para combatir infecciones. Se disemina a través del sexo sin protección con una persona infectada sea anal o vaginal, también por el contacto con sangre y agujas contaminadas con sangre infectada. Las personas con una infección avanzada son muy susceptibles a numerosas enfermedades mortales y a ciertos tipos de cáncer.

La forma más común de protegerse contra dicha enfermedad es utilizar condón al momento del acto sexual o barreras de látex bucales y evitar compartir agujas. Este virus se puede transmitir durante el embarazo, el parto y al amamantar por lo cual es importante notificar a la adolescente para evitar más contagios. Es importante mencionar que no se transmite a través de la saliva, por abrazarse, tomarse de la mano, estornudar o toser.

2.1.4.1.1 Síntomas:

Tiene un período de ventana de más o menos 10 años por lo cual los síntomas pueden aparecer de forma inmediata o retrasar su aparición; las primeras 2 a 4 semanas después de contraer el VIH se puede iniciar con fiebre, dolor y malestar, durante esta etapa hay una gran concentración de VIH por el organismo, éstos síntomas suelen desaparecer en una semana.

Posteriormente se inicia con síntomas de forma tardía los cuales pueden aparecer alrededor de 10 años y tras no recibir tratamiento, por lo general suelen ir acompañados de enfermedades raras denominadas “oportunistas”. Con el tratamiento adecuado la aparición de SIDA puede tardar muchos años más e incluye manifestaciones como: aftas, odinofagia, infecciones graves por hongos, enfermedad inflamatoria pélvica crónica, infecciones graves recurrentes, cansancio persistente, mareos, aturdimiento, cefalea, pérdida repentina de peso, formación de hematomas, diarrea, fiebre, diaforesis, adenopatías en cuello, axilas o ingle, episodios de tos seca y profunda, disnea, protuberancias violáceas en la boca o piel, gingivorragia, entre otros (24).

2.1.4.1.2 Diagnóstico:

Es recomendable realizarse pruebas, si la pareja sexual ha salido positivo, así mismo si se encuentra embarazada, o acostumbra el consumo de drogas. Las pruebas son rápidas e indoloras y son a través de la detección de pruebas de antígenos y anticuerpos, aunque no son tan específicas, pruebas de ácido nucleico la cual será la primera prueba en dar positivo después de la exposición de VIH. Si alguna de las pruebas anteriores es positiva se aconseja realizar recuentos de células TCD4 para identificar que tan avanzada es la infección por VIH, carga viral (ARN de VIH), la cual mide la cantidad de virus en la sangre y tras recibir un tratamiento adecuado la misma debe ser indetectable. Y por último determinar si existe o no resistencia a los medicamentos.

2.1.4.1.3 Tratamiento:

Actualmente no hay cura para el VIH/SIDA; sin embargo, se puede utilizar una terapia antiretroviral (TARV), la cual suele ser una combinación de tres o más medicamentos de diferentes clases cuyo objetivo es reducir la cantidad de VIH en la sangre. El tratamiento consiste en combinaciones de fármacos de diferentes clases para:

- Tener en cuenta la resistencia individual a los fármacos (genotipo viral).
- Evitar la creación de nuevas cepas de VIH resistentes a los fármacos.
- Maximizar la supresión del virus en la sangre.

Dentro de los fármacos contra el VIH se incluyen:

- Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleótidos (ITINN): bloquean una proteína que el VIH necesita para replicarse. Dentro de estos se encuentra el Efavirenz, Rilpivirina y la Doravirina.

- Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos o nucleótidos (ITIN): son versiones defectuosas de los componentes que el VIH necesita para replicarse. Dentro de estos se encuentran Abacavir, Tenofovir, Emtricitabina, Lamivudina y la Zidovudina.
- Inhibidores de la proteasa (IP): inactivan la proteasa del VIH la cual la necesitan para replicarse. Se pueden mencionar el Atazanavir, Darunavir y el Ritonavir.
- Inhibidores de la integrasa: la integrasa es necesaria para que el VIH puede insertar su material genético en los linfocitos TCD4, sin embargo, con este medicamento se inhibe dicha acción. Se menciona el Bictegravir sódico/Emtricitabina/Tenofovir Alafenamida fumarato, Raltegravir y Dolutegravir.
- Inhibidores de entrada o fusión: bloquean la entrada de VIH en los linfocitos TCD4. Se encuentra la Enfuviritida y el Maraviroc (25).

2.1.4.2 Sífilis:

Es una enfermedad de transmisión sexual causada por una bacteria llamada Treponema Pallidum, que se contagia a través de relaciones sexuales sin protección, en algunas ocasiones puede infectar la vagina, el ano, el pene, el escroto, en ocasiones los labios y la boca, así mismo al entrar en contacto con las llagas.

2.1.4.2.1 Síntomas:

A la sífilis también se le conoce como “la gran imitadora”, ya que muchas veces presenta síntomas o signos parecidos a otras enfermedades por lo que es una enfermedad confusa; por lo general los síntomas se clasifican en 4 etapas:

- Primera etapa: aparece la llaga denominada (chancro), que es el lugar por donde entró la infección al organismo. Por lo general los chancros suelen ser firmes, redondeados e indoloros o algunas veces abiertos y húmedos, aparecen en la vulva, vagina, ano, pene, escroto, labios o boca. Éstas son extremadamente contagiosas. Suelen aparecer entre las tres semanas y los tres meses después de contagiarse.
- Segunda etapa: incluye erupciones en palmas de las manos y plantas de los pies, más síntomas parecidos a los de la gripe y llagas en los sitios ya descritos. Los síntomas pueden durar entre dos y seis semanas por brote y desaparecen en un lapso de dos años.
- Fase latente y avanzada: comienza cuando todos los síntomas que se tuvieron antes no desaparecen. Por lo general suele ocurrir entre diez y treinta años después del comienzo

de la infección y presenta otros síntomas como parálisis, ceguera, demencia, y mialgias; en fases ya avanzadas daña órganos internos y causa la muerte (26).

2.1.4.2.2 Diagnóstico:

El primer hallazgo para sospechar en la enfermedad es la clínica del paciente y la adecuada anamnesis, tras ello se solicitan pruebas rápidas para detectar la sífilis:

- Prueba de laboratorio de investigación de enfermedades venéreas (VDRL, por sus siglas en inglés): en donde se analiza el líquido cefalorraquídeo o la sangre para detectar anticuerpos.
- Prueba de reagina plasmática rápida (RPR): también detecta anticuerpos.
- Prueba de inmunocromatográfica rápida: detecta anticuerpos específicos.

Sin embargo, se debe confirmar la infección a través de las siguientes pruebas:

- Enzimoimmunoanálisis (EIA): detecta los anticuerpos, si la misma sale positiva se deberá confirmar con VDRL o RPR.
- Prueba de absorción de anticuerpos treponémicos fluorescentes (FTA-ABS): detecta anticuerpos, a excepción durante las primeras 3 o 4 semanas después de la exposición.
- Ensayo de aglutinación de partículas de *T. Pallidum* (TPPA): detecta anticuerpos, se utiliza después de que otro método no indique la presencia de sífilis.
- Microscopía de campo oscuro: detecta la presencia de la bacteria en una muestra de líquido o tejido de una llaga abierta, por lo general es una prueba que se utiliza en etapa temprana.
- Ensayo de microhemaglutinación (MHA-TP): confirma la infección, después de que una prueba rápida indique la presencia de sífilis (27).

2.1.4.2.3 Tratamiento:

En fases latente primaria, secundaria (por definición menos de 1 año), el tratamiento recomendado es una sola inyección de penicilina. Al igual que si la paciente se encuentra embarazada se recomienda el uso de la misma. Con respecto a mujeres que son alérgicas al medicamento, se someten a un proceso de insensibilización que puede permitirles tomar penicilina. El primer día en que se recibe el tratamiento puede experimentarse una reacción denominada Jarisch-Herxheimer en donde se presentan fiebre, escalofríos, náuseas, cefalea y dolores, por lo general suele durar un día (28).

2.1.4.3 Clamidia:

Es una enfermedad de transmisión sexual causada por una bacteria denominada Chlamydia Trachomatis; puede infectar tanto a hombres contrayéndose a través de la uretra, el recto o la garganta y en las mujeres afectando al cuello del útero, el recto o la garganta. Se puede contraer a través de relaciones sexuales sin protección, sexo oral o anal; es una enfermedad transmisible durante el parto.

2.1.4.3.1 Síntomas:

Afecta principalmente a las mujeres adolescentes, en especial si las mismas tienen múltiples parejas y las principales manifestaciones son: flujo vaginal anormal que puede tener un fuerte olor, disuria y dispareunia, si la infección se propaga es posible presentar dolor abdominal en el bajo vientre, náuseas o fiebre. Mientras que en los hombres se evidencia secreción en el pene, disuria, ardor o picazón alrededor de la abertura del pene, dolor e inflamación en uno o ambos testículos, aunque no es algo común.

Si la clamidia infecta el recto puede causar dolor rectal, secreción y hemorragias que pueden presentarse tanto en hombres como en mujeres.

2.1.4.3.2 Diagnóstico:

Las personas con mayor riesgo de contraer clamidia deben ser evaluadas cada año, y éstas son aquellas mujeres sexualmente activas de 25 años o menos, aquellos pacientes que tienen múltiples parejas sexuales o bien cuya pareja ha sido diagnosticada con una ITS, hombres que tienen sexo con hombres.

Los exámenes de detección son relativamente simples, se describen a continuación:

- Análisis de orina: se solicita detectar la presencia de la infección.
- Hisopado: en el caso de las mujeres se toma una muestra del flujo del cuello uterino para realizar un cultivo o un análisis de antígenos para detectar la clamidia; esto se puede realizar durante una prueba de Papanicolaou de rutina. En el caso de los hombres, el médico inserta un hisopo delgado en el extremo del pene para obtener una muestra de la uretra ó bien se realiza un hisopado de ano.

2.1.4.3.3 Tratamiento:

Se trata con antibióticos, por lo general la infección suele curarse en una o dos semanas, durante este tiempo se debe abstener de relaciones sexuales, y la pareja debe recibir tratamiento. El antibiótico recomendado es la Doxiciclina, dos dosis diarias durante 7 días o la Azitromicina en una única dosis (29).

2.1.4.4 Gonorrea:

Es una infección causada por una bacteria denominada *Neisseria Gonorrhoeae* que puede infectar tanto a hombres como a mujeres, afectando con mayor frecuencia la uretra, el recto, la garganta, el cuello uterino, garganta, ojos y articulaciones.

Se contrae al tener relaciones sexuales sin uso de preservativo o si existe una relación monógama es una forma de contraer la misma.

2.1.4.4.1 Síntomas:

Los síntomas en hombres pueden presentar disuria, secreción similar al pus en la punta del pene, dolor o hinchazón en un testículo, mientras que en las mujeres se evidencia aumento del flujo vaginal, disuria, hemorragia intermenstrual, dolor abdominal o pélvico. Cuando hay afectación de otras partes del cuerpo las manifestaciones son:

- Recto: signos y síntomas incluyen comezón anal, secreción del recto similar al pus, manchas de sangre de color rojo brillante en el papel higiénico y esfuerzos durante la defecación.
- Ojos: dolor ocular, sensibilidad a la luz y secreción similar al pus de uno o ambos ojos.
- Garganta: disfagia y adenopatías.
- Articulaciones: hay presencia de artritis séptica, artralgias.

2.1.4.4.2 Diagnóstico:

Se diagnostica ante el hallazgo de gonococos en el examen microscópico con tinción de Gram, cultivo o una prueba de amplificación de ácidos nucleicos en los líquidos genitales, la sangre o los líquidos articulares obtenidos mediante aspiración. La tinción de Gram, es sensible y específica para confirmar gonorrea en hombres con secreción uretral y permite visualizar diplococos intracelulares gramnegativos típicos; es menos precisa en infecciones de cuello uterino, faringe y recto.

El cultivo es sensible y específico, pero dado que los gonococos son microorganismos frágiles deben prepararse en un medio apropiado. La prueba de amplificación de ácidos nucleicos detecta de forma simultánea infección concomitante con clamidia.

2.1.4.4.3 Tratamiento:

Cuando la infección no es complicada, debe administrarse una sola dosis de Ceftriaxona más Azitromicina, si en dado caso no se cuenta con los fármacos ya descritos puede optarse por una dosis de Cefixima más Azitromicina; si la infección es generalizada o es concomitante con clamidia se sugiere tratamiento vía parenteral (30).

2.1.4.5 Virus del papiloma humano (VPH):

Es una infección viral que comúnmente causa crecimiento en la piel o en las membranas mucosas (verrugas). Existen más de 100 variedades del virus de papiloma humano en su gran mayoría causan verrugas, pero algunos tipos pueden causar cáncer cervical, anal, vulvar, en la orofaringe y en el pene.

2.1.4.5.1 Síntomas:

En la mayoría de los casos, el sistema inmune vence la infección antes de crear las verrugas genitales las cuales aparecen como lesiones planas, pequeños bultos en forma de coliflor o pequeñas protuberancias en forma de tallo; éstas lesiones pueden aparecer también en el ano, el cérvix o la vagina, en el hombre pueden aparecer en el pene, el escroto y alrededor del ano. Rara vez causan molestias o dolor, aunque pueden causar también comezón.

Existen también verrugas plantares las cuales crecen y son formaciones duras y granulosas que aparecen en talones o en la parte anterior de los pies. Mientras que hay verrugas planas las cuales son ligeramente elevadas, afectan principalmente a los niños en la cara.

2.1.4.5.2 Diagnóstico:

Si no se pueden ver las verrugas genitales, se necesitan realizar los siguientes exámenes:

- Prueba de ácido acético: se aplica esta solución en las áreas genitales infectadas por VPH y se tornan blancas.
- Papanicolaou: determina anomalías en las células del cérvix.
- Prueba de ADN: mediante el análisis de las células del cérvix.

2.1.4.5.3 Tratamiento:

Las verrugas suelen desaparecer en niños, sin necesidad de tratamiento; mientras que para los adultos se recomienda:

- Ácido salicílico: elimina poco a poco las verrugas, pero puede causar irritación y se contraindica su uso en la cara.
- Imiquimod: mejora la capacidad del sistema inmune para combatir al VPH.
- Podofilox: destruye las verrugas localizadas en áreas genitales.
- Ácido tricloroacético: quema las verrugas en palmas y plantas de los pies y genitales.

También pueden tratarse mediante tratamientos quirúrgicos y de otros tipos:

- Crioterapia.
- Electrocauterización.
- Eliminación quirúrgica
- Cirugía láser (31).

2.1.4.6 Herpes genital:

Es una enfermedad de transmisión sexual causada por dos tipos de virus que son el virus del herpes simple tipo 1 (VHS-1) y el virus del herpes simple tipo 2 (VHS-2). El contacto sexual es la principal vía de propagación del virus.

El virus del herpes simple tipo 1 puede afectar principalmente en el área de la boca, pero al tener sexo oral puede esparcirse al área genital, mientras que el virus del herpes simple tipo 2, se propaga exclusivamente por contacto sexual y contacto de la piel, es sumamente contagioso.

2.1.4.6.1 Síntomas:

Cuando se inician los síntomas aparecen entre 2 y 12 días después de la exposición del virus e inician síntomas como dolor o picazón en el área genital hasta que desaparece la infección, protuberancias rojas, pequeñas o ampollas blancas diminutas, úlceras las cuales pueden llegar a supurar y dan lugar a la formación de costras; además da lugar una reacción sistémica en donde hay presencia de adenopatías, cefalea, fiebre y mialgias.

2.1.4.6.2 Diagnóstico:

Se da mediante la inspección y el análisis de ciertos laboratorios:

- Cultivo viral: tomando un raspado de las llagas o muestra de tejido.
- Prueba de reacción en cadena de la polimerasa: copia el ADN tomado a partir de una muestra de sangre, tejido de una llaga o líquido cefalorraquídeo.
- Análisis de sangre: detecta la presencia de anticuerpos contra el virus del herpes simple.

2.1.4.6.3 Tratamiento:

El herpes genital no tiene cura, aunque se pueden aliviar las molestias a través del uso de antivirales, los cuales ayudan a sanar las llagas más rápidamente durante un brote inicial, disminuyen la gravedad y la duración de los síntomas en brotes recurrentes, reducen la frecuencia de la recurrencia y minimizan la posibilidad de transmitir el virus. Los medicamentos utilizados son Aciclovir y Valaciclovir (32).

2.1.5 Prevención:

El embarazo en los adolescentes se ha convertido en una problemática que obstaculiza el desarrollo de América Latina y Caribe; ya que en esta región se encuentra la segunda mayor tasa de fertilidad adolescente promedio por país a nivel de regiones, generando de esta forma una compleja y problemática situación materno-fetal aumentando la morbi-mortalidad de éstas. Las cifras muestran aproximadamente un 40-45% de varones escolares con vida sexual y un 30-35% de las mujeres escolares, éstos adolescentes utilizan métodos anticonceptivos en un muy bajo porcentaje, ya que en su mayoría desconocen los riesgos y complicaciones de un embarazo y sobretodo de las enfermedades de transmisión sexual.

Hay diversas opiniones sobre cuál es la mejor solución a la problemática y lograr el fin que es la prevención tanto de embarazos en adolescentes como la prevención de enfermedades de transmisión sexual. Por lo que para la prevención de embarazos en adolescentes se sugiere aumentar el nivel de educación en sexualidad y brindar servicios especializados en la atención de adolescentes en la perspectiva de salud sexual y reproductiva. Asimismo, la mejor forma de ofrecer protección contra enfermedades de transmisión sexual es la abstinencia; sin embargo, muchos adolescentes no logran cumplir este requisito por lo que se sugiere el uso de métodos anticonceptivos más el uso correcto del condón y la monogamia mutua (33).

Ahora bien, en Guatemala se manejan la prevención primaria que consiste en dar a conocer actividades coordinadas por el sector de salud que se enfocan a familias y comunidades

haciendo énfasis en la promoción de salud y la prevención específica de un embarazo en la adolescencia. Los recursos brindados son:

- Brindar información sobre fisiología reproductiva a los adolescentes.
- Utilizar de manera adecuada los medios de comunicación.
- Estimular a los adolescentes a la reflexión sobre los problemas en esta etapa de la vida.
- Fomentar la comunicación entre padres e hijos.
- Reinserción social y educación.
- Capacitación de las personas con contacto prolongado con adolescentes.
- Retrasar el inicio de las relaciones sexuales.
- Posponer el matrimonio.
- Acceso a métodos anticonceptivos e incentivar la doble protección.
- Prevenir la violencia sexual.
- Mejorar el acceso y la calidad de educación con pertinencia cultural.
- Reconocimiento y recuperación de principios y valores ancestrales por parte de los adolescentes (34).

Se han planteado numerosas estrategias para la prevención de embarazos en la adolescencia buscando implementar una intervención adecuada y oportuna a través de tres enfoques que han guiado la formulación de políticas en cada región:

- Enfoque tradicional: provisión de información para la toma de decisiones, ésta se maneja a través de brindar educación en salud sexual y reproductiva fundamentándose en que en un mayor acceso a la información mejoraría la toma de decisiones por parte de los adolescentes evitando de esta forma un embarazo no planeado más la prevención de enfermedades de transmisión sexual. Considerando de esta forma que la abstinencia o la reducción del número de parejas sexuales complementan la educación brindada.
- Adicionalmente se sugiere la innovación del sistema educativo agregando la consejería en salud sexual y reproductiva aportando una atención especializada a través de la distribución de métodos anticonceptivos, la utilización de plataformas digitales y las redes sociales para transmitir los mensajes deseados.
- Enfoque de derechos: propician un contexto que respete los derechos de los adolescentes en un marco sociocultural aportaría además un desarrollo para las instituciones que lo motiven. Si éste enfoque logra su objetivo se evitarían uniones a edad temprana, violencia

y coacción sexual a partir de un fortalecimiento del marco legal y una disminución de los prejuicios culturales y tradicionales.

- Además, se incluirían políticas gubernamentales las cuales intentarían mejorar factores socioeconómicos como la pobreza, la desigualdad y el desempleo que como se sabe están íntimamente relacionados con embarazos en adolescentes.
- Enfoque integral: intervenciones multicomponentes, multisectoriales y multiniveles las cuales mejoren la capacidad de la toma de decisiones en los adolescentes dando a conocer los pros y contras de un embarazo temprano, el tener múltiples parejas sexuales, el inicio de una vida sexual sin tomar las precauciones debidas, entre otros; resolviendo sus inquietudes y promoviendo de esta forma un desarrollo psico-social. Se considera un enfoque integral ya que se toman en cuenta líneas de acción simultáneas y complementarias lo cual hace que se multicomponente y que describa los diferentes factores de riesgo. Multisectorial debido a que se toman en cuenta acciones de los sectores gubernamentales, de la sociedad civil y empresariales; y por último no menos importante multinivel ya que se requieren las diferentes decisiones a nivel local, comunitario, departamental y nacional (35).

2.2 Métodos anticonceptivos:

La consejería en anticoncepción es una actividad que deben desarrollar todos los proveedores de servicios de salud; se define como el proceso mediante el cual se ayuda a los usuarios a tomar decisiones informadas, voluntarias y confidenciales sobre su fecundidad. Ayuda a tomar decisiones para no solo evitar un embarazo, sino espaciarlos o limitarlos por motivos personales o de salud.

La planificación familiar es un derecho humano básico que beneficia a todas las personas. El bienestar físico, mental y social de los hombres, las mujeres y los niños suele mejorar cuando las parejas tienen menos hijos a los que pueden prodigar mejores cuidados. También se ha demostrado que el uso apropiado de la planificación familiar ayuda a reducir la mortalidad y la morbilidad materna e infantil.

Es importante que los proveedores estén familiarizados con una variedad de opciones de métodos y que puedan ofrecer dichos métodos a los clientes. Cuando los clientes pueden elegir de una variedad de métodos tienen más probabilidades de encontrar uno que les guste

y que empiecen a usarlo. Además, las investigaciones han demostrado que cuando se ofrece una combinación de métodos se obtienen tasas de continuidad de uso más elevadas porque la gente tiene más probabilidades de obtener el método que satisface mejor sus necesidades. No existe un método anticonceptivo único que satisfaga las necesidades de todas las personas. Algunos métodos protegen contra el embarazo mejor que otros. Además, algunos métodos también protegen contra las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Cada método tiene ventajas, desventajas y efectos secundarios distintos, y ciertos métodos tal vez no sean apropiados para algunas mujeres o algunos hombres. Por consiguiente, la selección de un método debe basarse en las necesidades y las preferencias de cada cliente. También es importante que los clientes estén completamente informados acerca de los métodos y que su decisión en cuanto a comenzar a usar o a seguir usando un método en particular sea voluntaria.

En Guatemala el acceso a la anticoncepción en la adolescencia resulta muy bajo: utilizan anticoncepción sólo el 32.7% de mujeres unidas o casadas de 15 a 19 años y 47.9% de 20 a 24 años. Si se considera el uso de métodos modernos de anticoncepción, la proporción es menor, sólo usa el 28.1% de mujeres unidas o casadas de 15 a 19 años y el 39.8% de 20 a 24 años.

2.1.1 Métodos naturales:

Se definen como las técnicas de evitar embarazo a través de la observación de los signos y síntomas que se producen en forma natural en las fases fértil y estéril del ciclo menstrual.

2.1.1.1 Tipos de métodos naturales:

- Método Ogino-Knaus: se basa en el calendario y consiste en evitar las relaciones sexuales durante los días fértiles del ciclo; para ello se precisa un conocimiento del ciclo previo, identificando los días en que se produce la ovulación, que en ciclos regulares de 28 días ocurre durante el día 14 aproximadamente. Se recomienda el registro al menos 12 meses para estudiar bien el ciclo de cada mujer.
- Método de temperatura basal: se basa en el hecho de que la ovulación puede ser determinada por los cambios en la temperatura basal de cada mujer, midiéndose cada día antes de levantarse y el día de la ovulación aumenta unos 0.5°C y se deben evitar relaciones esos días.

- Coitus interruptus: consiste en la retirada del pene de la vagina antes de la eyaculación, pero tiene una tasa alta de fallos por la presencia de espermatozoides en el líquido pre-eyaculatorio y porque precisa de autodominio por parte del varón.
- Método Billings o del moco cervical: se basa en la observación diaria del moco cervical para determinar los días fértiles según el cambio del flujo vaginal; los primeros días post-regla el flujo es más pegajoso y denso y da una sensación de sequedad en la vagina y en los días fértiles es transparente, más fluido (como clara de huevo) y se siente más húmedo. Las relaciones deben ser días alternos para evitar confundir el semen con el moco cervical y deben evitarse hasta 4 días después del pico de moco más fluido.
- Sintotérmico: combina algunos métodos descritos anteriormente, como la temperatura basal y el moco cervical. Precisa de un aprendizaje previo y de un registro.
- El método de amenorrea de la lactancia o MELA: es una opción anticonceptiva temporal para la mujer en el postparto. Para que el MELA sea eficaz, la mujer debe usarlo durante los primeros seis meses de postparto, tener amenorrea y estar amamantando plenamente o casi plenamente. Los estudios han demostrado que el MELA ofrece más del 98 por ciento de protección contra el embarazo siempre y cuando existan esas tres condiciones (36).

2.1.1.2 Ventajas:

Son bajos en costo, a excepción del método de temperatura basal por la compra del termómetro, no poseen efectos secundarios, ayudan a las mujeres a ser más enteradas de sus ciclos y cambios fisiológicos relacionados, es aceptable dentro de todas las culturas y grupos religiosos, no hay contraindicaciones.

2.1.1.3 Desventajas:

La efectividad es muy baja, ya que de cada 100 mujeres únicamente a 24 les funciona, y hay una alta posibilidad de quedar embarazada en el primer año, así mismo no protege contra infecciones de transmisión sexual (37).

2.1.2 Métodos de barrera:

Son objetos o medicamentos que bloquean el espermatozoide y ayudan a prevenir un embarazo, así mismo previenen la propagación de infecciones de transmisión sexual.

2.1.2.1 Tipos de métodos de barrera:

- Condón o preservativo masculino: es el más común, se encuentra hecho de látex, poliuretano o piel de cordero; están cubiertos de silicona, gel a base de agua o espermicida e impiden que el semen entre a la vagina.
- Condón femenino: es un dispositivo delgado que se inserta en la vagina hasta ocho horas antes de tener una relación sexual.
- Un diafragma: es una cúpula de látex suave que cubre el cuello uterino y sirve para evitar que el esperma llegue allí, se deja en su lugar durante el coito y hasta seis horas después; se debe retirar en un lapso de 24 horas después de haber tenido relaciones sexuales.
- Capuchón cervical: es una gorrita de hule que cubre el cuello uterino y bloquea la entrada del esperma al útero, se deja en su lugar durante el coito y hasta seis a ocho horas después; se debe quitar en un lapso de 48 horas después de haber tenido relaciones sexuales.
- Esponja anticonceptiva: es una esponja redonda que se coloca en la vagina cerca del cuello cervical antes de tener relaciones sexuales, impide el paso del esperma hacia el cuello cervical y funciona a su vez como espermicida. Puede permanecer en su lugar hasta por 24 horas.
- Espermicidas vaginales: eliminan el esperma o evitan que alcance el óvulo. Puede venir en presentaciones de crema, jalea, espuma, tableta o supositorio vaginal; éstos últimos deben insertarse 30 minutos antes del coito, mientras que las cremas, jaleas y espumas van justo antes del coito. Pueden tomar hasta 15 minutos para empezar a funcionar y proporcionan una barrera de 60 minutos.

2.1.2.2 Ventajas:

Ofrecen protección contras infecciones de transmisión sexual.

2.1.2.3 Efectos adversos:

Disuria, infecciones urinarias a repetición, prurito o ardor vaginal.

2.1.2.4 Contraindicaciones:

Reacción alérgica al material del método de barrera (38).

2.1.3 Métodos hormonales:

Contienen progestina o una combinación de progestina y estrógeno. Tienen altos índices de eficacia y funcionan a través de dos mecanismos principales que son la inhibición total o parcial de la ovulación es uno de los mecanismos de acción ya que las hormonas que contienen estos anticonceptivos actúan en el cerebro, haciendo que el hipotálamo y la glándula pituitaria reduzcan la producción de las hormonas necesarias para el desarrollo folicular y la ovulación. Los anticonceptivos combinados orales e inyectables sólo de progestina inhiben sistemáticamente la ovulación.

La segunda forma en la que actúan es a través del espesamiento del moco cervical, causado por la progestina, permitiendo que actúe como una barrera contra los espermatozoides, dificultándoles la entrada a la cavidad uterina. Si la mujer ovulara, esta barrera de moco reduce considerablemente las probabilidades de que el óvulo sea fecundado.

Además, todos los anticonceptivos hormonales también tienen efectos en el endometrio y lo hacen más delgado. Teóricamente, esto podría reducir las probabilidades de que un óvulo fecundado se implante. Es posible que los cambios del endometrio desempeñen una función en la prevención del embarazo con métodos como los implantes y las píldoras sólo de progestina, que no impiden la ovulación en todos los ciclos, pero no se han notificado pruebas científicas acerca de este efecto. Dado que la ovulación se inhibe al mismo tiempo que se espesa el moco cervical, hay pocas probabilidades de que haya un óvulo fertilizado en el útero. Así pues, no es probable que el adelgazamiento del endometrio desempeñe una función en la eficacia observada con los anticonceptivos hormonales.

Ninguno de los métodos hormonales es eficaz una vez que se ha establecido un embarazo. No tienen un efecto abortivo.

2.1.4 Anticonceptivos orales:

Se considera el método de planificación familiar reversible más utilizado hasta el momento; pueden clasificarse en aquellos que contienen sólo estrógeno, progestina o combinados.

2.1.4.1 Indicaciones:

Se pueden prescribir en cualquier usuaria que busque un método de anticoncepción reversible. Por lo que se considera dentro de la categoría 2, como criterio de elegibilidad.

2.1.4.2 Categoría de los anticonceptivos orales:

2.1.4.2.1 Anticonceptivos orales de progestina:

Para ser eficaces deben ser tomados en la misma hora del día, todos los días. Proporcionan una anticoncepción eficaz.

2.1.4.2.2 Anticonceptivos orales combinados:

Se categorizan comúnmente como píldoras de baja dosis o de alta dosis, según el contenido de estrógeno. Las píldoras de baja dosis, que son las píldoras anticonceptivas que más se usan, contienen generalmente entre 30 y 35 microgramos (mcg) o entre 0,030 y 0,035 miligramos (mg) o menos del estrógeno etinil estradiol. Las píldoras de alta dosis contienen 50 mcg (0,05 mg) de etinil estradiol. En uso típico, los AOC generalmente son considerados más eficaces que las PSP. Es más fácil cometer errores que resultan en embarazo cuando se están tomando las PSP, porque estas píldoras deben tomarse a la misma hora cada día para que den el mejor resultado (39).

- Esquema monofásico: en donde todas las píldoras contienen la misma concentración de estrógenos y progestinas. La administración es de una píldora al día por 21 días, con un período de descanso farmacológico conocido como “período libre de hormona” o píldoras placebo, que se administran durante 7 días.
- Esquema bifásico: la dosis de estrógenos es constante en todas las píldoras, pero la de la progestina varía; pues en la primera mitad del tratamiento de 21 tabletas se prescribe una dosis y en la segunda mitad aumenta.
- Esquema trifásico: la dosis de estrógenos aumenta en la segunda en la segunda mitad del ciclo de las píldoras y la dosis de progestina cambia progresivamente, por ejemplo, es baja en los primeros 7 días, aumenta en los siguientes 7 días y aún más en los últimos 7 días. El objetivo de este protocolo es aproximarse a las variaciones de estrógeno-progestina que se observan durante el ciclo menstrual natural. Al igual que los períodos monofásicos, tiene un período de descanso libre de hormonas, en el que ocurre el sangrado menstrual predecible.

2.1.4.3 Ventajas:

Regulación del ciclo menstrual, disminución del sangrado menstrual y por consiguiente de la anemia secundaria, disminución de la dismenorrea, de los síntomas premenstruales severos y del desorden disfórico premenstrual. Incremento de la densidad mineral ósea, disminución

de los síntomas peri menopáusicos, control del acné, disminución del hirsutismo, del riesgo de neoplasias benignas de la mama, reducción de la incidencia de salpingitis, del origen de endometriosis, bajo riesgo de cáncer endometrial y de ovario, y disminución del riesgo de carcinoma colorrectal.

2.1.4.4 Desventajas:

Si no se utilizan de la forma correcta su eficacia no es la misma, para algunas mujeres son difíciles de tolerar y no protegen contra las ITS.

2.1.4.5 Efectos adversos:

Son comunes en los primeros tres meses de tratamiento; cambios en el patrón de sangrado menstrual (amenorrea), sensibilidad mamaria y náuseas, ganancia de peso, cambios en el estado de ánimo, disminución de libido, cefalea y melasma.

2.1.4.6 Contraindicaciones:

Pacientes durante el primer mes posparto (pacientes en lactancia), primeros 21 días posparto (pacientes que no estén dando lactancia), antecedente de tabaquismo o tabaquismo activo por más de 35 años (más de 15 cigarrillos al año); enfermedades vasculares, hipertensión (cifras mayores de 160/100), trombosis venosa profunda o aguda, antecedente de trombosis venosa profunda o tromboembolismo pulmonar; posoperatorio de cirugía mayor con inmovilización prolongada; trombofilia comprobada, antecedente de cardiopatía isquémica, enfermedad valvulares complicada, lupus eritematoso sistémico con anticuerpos antifosfolipídicos positivos, antecedente de migraña con aura, antecedente de cardiopatía periparto con disfunción deteriorada severa o moderada, cáncer de mama, cirrosis descompensada severamente, adenoma hepatocelular o hepatocarcinoma, y antecedente de trasplante de órgano sólido con complicaciones (40).

2.1.5 Anticonceptivos inyectables:

Por ser un método hormonal el mecanismo de acción se describió con anterioridad. Las tasas típicas anuales de embarazo son del 0,4 por ciento o menos.

2.1.5.1 Tipos de inyección:

- La de aplicación mensual (Noryginon): la cual contiene componentes hormonales combinados (estrógeno y progesterona).

- La de aplicación trimestral (acetato de medroxiprogesterona): la cual solo contiene progestina. La cual se recomienda para pacientes mayores de 18 años.

2.1.5.2 Ventajas:

No requiere una acción diaria, elimina la necesidad de interrumpir la actividad sexual para la anticoncepción, disminuye los calambres, mialgias, reduce el flujo menstrual y en algunos casos detiene la menstruación, disminuye el riesgo de padecer de cáncer de endometrio.

2.1.5.3 Desventajas:

Puede retrasarse el retorno de la fertilidad, no protege contra infecciones de transmisión sexual, afecta la densidad mineral ósea.

2.1.5.4 Efectos adversos:

Dolor abdominal, hinchazón, pérdida de libido, depresión, mareos, cefalea, períodos irregulares y sangrado intermenstrual, nerviosismo, debilidad, fatiga, aumento de peso.

2.1.5.5 Contraindicaciones:

Hemorragia vaginal sin causa aparente, cáncer de mama, enfermedad hepática, sensibilidad a algún componente, factores de riesgo de osteoporosis, antecedentes de depresión, de ataque cardíaco o accidente cerebrovascular (41).

2.1.6 Implantes subdérmicos:

Son un solo bastoncillo, del tamaño de una cerilla que contiene progestina la cual es liberada lentamente al torrente sanguíneo. El tiempo de implante disponible en los países desarrollados es eficaz durante 3-5 años. Su tasa de falla es de alrededor 0.05%.

Si la mujer no ha tenido relaciones sexuales sin protección desde su última menstruación, el implante se puede insertar en cualquier momento durante el ciclo menstrual. Si ha tenido relaciones sexuales sin protección, debe usar otro método anticonceptivo hasta que tenga lugar la próxima menstruación o hasta que se realice una prueba de embarazo para descartar dicha posibilidad. Si el resultado es negativo, se insertará el implante. Se puede insertar inmediatamente después de un aborto, espontáneo o no, o de un parto.

2.1.6.1 Ventajas:

Se puede retirar en cualquier momento, y la fertilidad regresa rápidamente, elimina la necesidad de interrumpir la actividad sexual para la anticoncepción y no contiene estrógeno.

2.1.6.2 Desventajas:

Al momento de su colocación causa inflamación, hematomas y dolor en el sitio de inserción. No puede utilizarse si el índice de masa corporal es mayor a 30.

2.1.6.3 Efectos adversos:

Sangrados irregulares o ausencia de la menstruación, cefalea, aumento de peso, acné, mastalgias, mareos, leve resistencia a la insulina, dolor de espalda o abdominal, pérdida de libido, aumento de peso, inflamación y sequedad vaginal.

2.1.6.4 Contraindicaciones:

Reacción alérgica a los componentes del implante, si presenta hemorragia grave, ataques cardíacos o accidente cerebrovascular, tumores en el hígado o enfermedad hepática, cáncer de mama, sospecha o antecedentes, hemorragia genital sin diagnóstico, convulsiones, epilepsia, hipertensión arterial, diabetes y depresión (42).

2.1.7 Dispositivo intrauterino (DIU):

Es un pequeño dispositivo de plástico flexible en forma de T que se coloca en el útero para evitar embarazos. En ocasiones también se le conoce como “anticonceptivo intrauterino” (AIU). Actúan evitando que el esperma se movilice espesando el moco cervical, bloqueando de esta forma el paso del esperma y evitan que haya ovulación.

2.1.7.1 Tipos de dispositivos intrauterinos:

Existen cinco marcas aprobadas por Administración de Drogas y Alimentos (FDA), para ser usados en los Estados Unidos: Paragard, Mirena, Kyleena, Liletta y Skyla. Estos DIU se dividen en dos tipos:

- De cobre: Paragard, ofrece protección contra embarazos hasta por 12 años.
- Hormonal: Mirena, Kyleena, Liletta y Skyla, son hechos a base de progestina para proteger contra embarazos. Mirena ofrece protección por hasta 7 años al igual que Liletta, mientras que Skyla únicamente ofrece protección por 3 años.

2.1.7.2 Ventajas:

Es duradero, reversible y uno de los métodos anticonceptivos más eficaces que existen. Además, se puede utilizar como método de anticoncepción de emergencia (43).

2.1.7.3 Desventajas:

Se necesita de un profesional médico capacitado para colocarlo y extraerlo. No protege contra infecciones de transmisión sexual.

2.1.7.4 Efectos adversos:

Produce cólico y sangrado irregular, cefalea, sensibilidad mamaria, acné y puede haber riesgo de infección después de colocado.

2.1.7.5 Contraindicaciones:

Alergia al cobre o a sus componentes (44).

2.1.8 Métodos de emergencia:

Se refiere a los métodos que pueden utilizarse para prevenir un embarazo después de una relación sexual, se recomienda dentro de los 5 días posteriores a la misma, pero cuanto antes se utilicen mayor es la eficacia.

2.1.8.1 Tipos de métodos de anticoncepción de urgencia:

- Píldoras anticonceptivas de urgencia que contienen acetato de Ulipistral: tomada en una dosis única de 30mg.
- Píldoras anticonceptivas de urgencia que contienen Levonogestrel: tomada en una dosis única de 1.5mg o bien dos dosis de Levonogestrel de 0.75mg separadas por 12 horas.
- Píldoras anticonceptivas orales combinadas: divididas en dos tomas, una de 100ug de etinilestradiol más 0.5mg de Levonogestrel, seguida de una segunda toma de 100ug de etinilestradiol más 0.5mg de Levonogestrel 12 horas después (método de Yuzpe).
- Dispositivo intrauterino de cobre.

2.1.8.2 Mecanismo de acción:

Las píldoras anticonceptivas evitan o retrasan la ovulación y no pueden provocar un aborto. Los DIU de cobre impiden la fertilización al provocar un cambio químico en el espermatozoide y el óvulo antes de que lleguen a unirse.

2.1.8.3 Indicaciones:

Toda mujer en edad de procrear, que no ha utilizado ningún método de planificación familiar, en caso de agresión sexual.

2.1.8.4 Efectos adversos:

Náuseas, vómitos, ligero sangrado vaginal irregular, fatiga, entre otros.

2.1.8.5 Contraindicaciones:

No hay restricciones médicas (45).

2.1.9 Métodos permanentes:

La esterilización voluntaria ofrece protección permanente contra el embarazo no deseado con un solo procedimiento que se puede realizar en cualquier centro de atención de salud con capacidad quirúrgica básica. Sin embargo, dado que la esterilización es permanente, se debe asesorar a los clientes cuidadosamente antes de que la elijan como su método anticonceptivo para reducir al mínimo el arrepentimiento futuro.

2.1.9.1 Tipos de métodos permanentes:

- **Implante esterilizador:** es un método no quirúrgico para obstruir de forma permanente las trompas de Falopio. Consiste en insertar un tubo fino a través de la vagina hasta llegar al útero para colocar un dispositivo blando y flexible en cada trompa, después de 3 meses se verifica la formación de tejido cicatrizal alrededor del aparato lo cual termina obstruyendo las trompas.
- **Ligadura de trompas/oclusión tubárica bilateral (OTB):** es un procedimiento quirúrgico en el que se corta, ata o sella las trompas de Falopio; este procedimiento no obstruye el camino entre los ovarios y el útero, sin embargo, el esperma no llega al óvulo fecundado y éste no llega al útero.
- **Vasectomía:** es un procedimiento quirúrgico en donde se corta, cierra u obstruye los conductos deferentes; obstruye el pasaje entre testículos y la uretra. Pueden pasar hasta 3 meses para que el método sea efectivo (46).

2.1.9.2 Ventajas:

Son métodos altamente seguros, de cada 100 mujeres que se practican dicho procedimiento, una queda embarazada, y de cada 100 hombres menos de uno, embaraza a su pareja. Son

procedimientos sencillos, seguros, son el método ideal para quienes ya no quieren tener hijos, no afectan las relaciones sexuales, no ocasionan daños a la salud.

2.1.9.3 Desventajas:

No previenen infecciones de transmisión sexual; en el caso del hombre se debe usar condón durante tres meses o 25 eyaculaciones posteriores a la vasectomía para asegurarse que ya no hay espermatozoides, se pueden presentar ligeras molestias después de la intervención, pero son pasajeras (47).

III. OBJETIVOS:

3.1 General:

Establecer relación entre Educación Sexual y uso de Métodos Anticonceptivos en adolescentes que consultan al departamento de Ginecología y Obstetricia, del Hospital Regional de Occidente.

3.2 Específicos:

- 3.2.1. Describir características epidemiológicas de interés, como edad, estado civil, profesión, escolaridad, nivel socioeconómico.
- 3.2.2. Conocer los temas de Educación Sexual más conocidos por las adolescentes.
- 3.2.3 Identificar los Métodos Anticonceptivos más conocidos y utilizados en las adolescentes.
- 3.2.4 Establecer las fuentes de Información de las adolescentes sobre métodos anticonceptivos.
- 3.2.5. Identificar el nivel de conocimiento sobre Educación Sexual en adolescentes.

IV. MATERIAL Y MÉTODOS:

4.1 Tipo de estudio:

El estudio fue de tipo descriptivo transversal.

4.2 Población:

La población fueron las pacientes adolescentes que consultaron al departamento de Ginecología y Obstetricia, del Hospital Regional de Occidente, de Quetzaltenango, teniendo como universo la totalidad de las pacientes en el rango de edad de adolescencia, que según la OMS corresponde de 10 a 19 años (1).

4.3 Selección y tamaño de muestra:

Se utilizó el Muestreo No Probabilístico Intencional o de Conveniencia, el cual se caracteriza por el esfuerzo deliberado de obtener muestras “representativas” mediante la inclusión en la muestra de grupos supuestamente típicos; donde el investigador selecciona directa o intencionadamente los individuos de la población (48). Este procedimiento utiliza como muestra a los individuos a los que se tiene fácil acceso, por medio de la siguiente fórmula:

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

Donde **N** es tamaño total de la población según estadística realizada en 2017 de pacientes adolescentes atendidas en el departamento de Ginecología y Obstetricia, del Hospital Regional de Occidente, **N** = 1827 pacientes. **Z** es 1.96 porque se utilizará un nivel de confianza del 95%. **P** que es la proporción esperada 0.5 (50%) debido a que no hay datos anteriores. **Q** es 1-**P** (1-0.5 = 0.5), **E** es el margen de error el cual es de 0.05 (mientras menos margen de error más preciso es el estudio). **n** significa muestra. Por lo tanto:

$$n = \frac{1827 * 1.96^2 * 0.5 * 0.5}{0.05^2 * (1827 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5}$$

$$n = \frac{1754.6508}{5.5254} = 318$$

Dando como resultado 318 pacientes adolescentes, a quienes se incluyó en el presente estudio.

4.4 Unidad de Análisis:

El objeto de estudio fueron las adolescentes que consultaron al Hospital Regional de Occidente, de Quetzaltenango, durante el año 2018.

4.5 Criterios de Inclusión y de Exclusión:

4.5.1. Criterios de inclusión:

- Pacientes adolescentes, en grupo etario de 10 a 19 años.
- Pacientes que consultaron al departamento de Ginecología y Obstetricia, del Hospital Regional de Occidente.
- Adolescentes procedentes de los diferentes municipios del departamento Quetzaltenango.

3.4.2. Criterios de exclusión:

- Pacientes adolescentes que no desearon participar en el estudio.
- Pacientes con deterioro neurocognitivo que les impidió brindar información.
- Adolescentes migrantes.

4.6 Variables Estudiadas:

- a) Adolescencia
- b) Características Epidemiológicas de Interés
 - Edad
 - Estado Civil
 - Profesión
 - Escolaridad
 - Nivel socioeconómico
- c) Educación sexual
- d) Métodos anticonceptivos
 - Conocidos
 - Utilizados
- e) Fuente de Información
- f) Nivel de Conocimiento

4.7 Operacionalización de variables:

VARIABLE	SUBVARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	FUENTE DE INFORMACIÓN
Adolescencia		Período de crecimiento humano que se ubica en el rango de 10 a 19 años	Persona que se encuentra en el período de transición entre la niñez y la adultez	Cualitativa	Nominal	-Si -No	Encuesta
Características Epidemiológicas de Interés	Edad	Años de Vida	Se tomará la edad en años cumplidos	Cuantitativa	Ordinal	-≤14 Años -15 años -16 años -17 años -18 años -19 años	Encuesta
	Estado Civil	Condición de una persona en el orden social	Se tomará en base al documento de identificación personal (DPI)	Cualitativa	Nominal	-Soltero -Unido -Casado	Encuesta

	Profesión	En base a lo que se dedica actualmente el encuestado	En base a lo que se dedica actualmente el encuestado	Cualitativa	Nominal	-Ama de Casa -Oficios Domésticos -Estudiante -Otros	Encuesta
	Escolaridad	Grado hasta el cual el entrevistado asistió a una institución educativa para su aprendizaje.	Grado escolar hasta el cual el entrevistado asistió a una institución educativa	Cualitativa	Nominal	-Analfabeta -Primaria -Secundaria -Diversificado -Universitario	Encuesta
	Ingreso Mensual	Ingreso familiar monetario mensual	Sumatoria de los ingresos monetarios de los miembros trabajadores del hogar de la encuestada	Cuantitativa	Ordinal	-Q. 0-1,000 -Q1,000-2,000 -Q2,000-5,000 -Q>5,000	Encuesta

Educación sexual		Conjunto de actividades relacionadas con la enseñanza, la difusión y la divulgación acerca de la sexualidad humana	Conocimiento adquirido sobre educación sexual	Cualitativa	Nominal	-Anatomía Sexual -Métodos anticonceptivos -Embarazo y Parto -Enfermedades de Transmisión Sexual -Prevención	Encuesta
Métodos anticonceptivos	Conocidos	Saber que métodos existen para prevenir embarazos	En base a los métodos anticonceptivos que el encuestado mencione	Cualitativa	Nominal	-Naturales -De Barrera -Hormonales (Orales/ Inyectables/ Tópico) -Dispositivos (Implante subdérmico/DIU) -De emergencia -Permanentes	Encuesta

	Utilizados	Diferentes formas utilizadas para prevenir embarazos	En base a los métodos anticonceptivos que el encuestado ha usado	Cualitativa	Nominal	-Naturales -De Barrera -Hormonales (Orales/ Inyectables/ Tópico) -Dispositivos (Implante subdérmico/DIU) -De emergencia -Permanentes	Encuesta
Fuente de Información		Diversos tipos de documentos y/o personas que contienen datos útiles para satisfacer una demanda de información o conocimiento.	Se refiere al medio por el cual la paciente adquirió conocimientos previos sobre educación sexual	Cualitativa	Nominal	-Padres -Maestros -Personal de salud -Amigos -Medios de comunicación	Encuesta

<p>Nivel de Conocimiento</p>	<p>Grado de comprensión del ser humano por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas</p>	<p>Conocimiento sobre educación sexual previo a encuesta</p>	<p>Cuantitativa</p>	<p>Ordinal</p>	<p>-Nulo (0-1 pts.) -Bajo (2-4pts.) -Medio (5-7pts.) -Alto (8-10pts.) Se establecerá en base a 7 preguntas, las cuales engloban 10 respuestas, asignando 1 punto a cada respuesta obtenida de forma correcta</p>	<p>Encuesta</p>
------------------------------	--	--	---------------------	----------------	--	-----------------

4.8 Instrumentos utilizados para la recolección de información:

4.8.1 Humano:

- Tesista de la especialidad de Ginecología y Obstetricia, de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Médico Especialista Asesor de tesis
- Médico Especialista Revisor de tesis
- Población meta

4.8.2 Materiales:

- Hojas
- Lapiceros
- Boletas de recolección de Datos
- Equipo de Computo

4.9 Procedimientos para la recolección de Información:

4.9.1 Programación del trabajo de campo

- Elaboración de Instrumento: previo a la recolección de información de campo, el tesista elaboró el respectivo instrumento, el cual es: boleta de encuesta (Ver Anexo No. 1).
- Recolección de información: aplicación de la boleta de encuesta a cargo del tesista.

Para recolectar la información deseada se entrevistó a las adolescentes que se encontraban en el rango de edad de interés (10-19 años) y que consultaban en los diferentes servicios del departamento de Ginecología y Obstetricia, del Hospital Regional de Occidente “San Juan de Dios”, del municipio y departamento de Quetzaltenango, los cuales fueron: Servicio de Admisión, de Post Parto, de Alto Riesgo Obstétrico y de Consulta Externa; se realizó la aplicación de la boleta de encuesta previo la firma de consentimiento informado por parte del adulto responsable en aquellas encuestadas menores de edad, posteriormente se trató de establecer un ambiente adecuado para iniciar con las preguntas de la boleta de encuesta, debido a que en nuestro país no se tiene la costumbre de hablar sobre temas de Educación

Sexual; se evidenció cierta timidez y vergüenza para responder algunas preguntas contenidas en la boleta, sin embargo, al explicarles que únicamente con fines académicos, decidieron seguir contribuyendo. Al finalizar la recolección de datos, estos fueron tabulados y analizados según los criterios establecidos.

4.10 Procedimientos para garantizar aspectos éticos de la investigación:

Según la Declaración de Helsinki el principio básico es el respeto por el individuo (Artículo 8), su derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas (consentimiento informado) (Artículos 20, 21 y 22) incluyendo la participación en la investigación, tanto al inicio como durante el curso de la investigación (Artículo 6), el bienestar del sujeto debe ser siempre precedente sobre los intereses de la ciencia o de la sociedad (Artículo 5), y las consideraciones éticas deben venir siempre del análisis precedente de las leyes y regulaciones (Artículo 9) (49). En la boleta no se incluyó el nombre del sujeto de estudio, sin embargo, si se obtuvo la fecha que la paciente consultó a la institución en estudio, como una referencia de caso, obteniendo información objetiva y confiable, es decir, de forma anónima pero objetiva de acuerdo a la técnica utilizada en la recolección de la información.

4.11 Procedimientos de análisis de la información:

Tomando el total de las encuestas obtenidas y tabulando los datos, se usó parámetros estadísticos descriptivos, según los objetivos planteados para determinar la frecuencia. Asimismo, mediante el uso de graficas estadísticas para la representación de las variables, para darle un significado a la información, interpretando y relacionando cada uno de los resultados. Para establecer relación entre las variables de “Educación Sexual” y “Uso de Métodos Anticonceptivos” se utilizó la distribución de Chi Cuadrada (50), de la siguiente manera:

4.11.1 Distribución de Chi Cuadrada:

- Hipótesis:

Ho: “El uso de Métodos Anticonceptivos es independiente al nivel de Educación Sexual”

H1: “El uso de Métodos Anticonceptivos es dependiente al nivel de educación sexual”

- Frecuencias observadas y Frecuencias esperadas:

TABLA NO. 1
FRECUENCIAS OBSERVADAS EN PACIENTES ADOLESCENTES
HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE "SAN JUAN DE DIOS"
QUETZALTENANGO, AÑO 2018

Uso de Métodos Anticonceptivos	Nivel de Conocimiento				TOTAL
	Nulo	Bajo	Medio	Alto	
Si	7	23	37	19	86
No	44	79	81	28	232
TOTAL	51	102	118	47	318

TABLA NO. 2
FRECUENCIAS ESPERADAS EN PACIENTES ADOLESCENTES
HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE "SAN JUAN DE DIOS"
QUETZALTENANGO, AÑO 2018

Uso de Métodos Anticonceptivos	Nivel de Conocimiento				TOTAL
	Nulo	Bajo	Medio	Alto	
Si	13.8	27.6	31.9	12.7	86
No	37.2	74.4	86.1	34.3	232
TOTAL	51	102	118	47	318

- Prueba Chi Cuadrado:

$$\chi^2 = \sum \frac{(o_i - e_i)^2}{e_i}$$

En donde "O_i" representa a cada frecuencia observada y "e_i" representa a cada frecuencia esperada.

$$X^2 = \frac{(7-13.8)^2}{13.8} + \frac{(44-37.2)^2}{37.2} + \frac{(23-27.6)^2}{27.6} + \frac{(79-74.4)^2}{74.4} + \frac{(37-31.9)^2}{31.9} + \frac{(81-86.1)^2}{86.1} + \frac{(19-12.7)^2}{12.7} + \frac{(28-34.3)^2}{34.3} =$$

$$3.35 + 1.24 + 0.77 + 0.28 + 0.81 + 0.30 + 3.12 + 1.15 = 11.02$$

$$X^2 = 11.02$$

- Grados de Libertad y Nivel de Significación Alfa:

$$\text{Grados de Libertad (gl)} = (\text{No. De filas} - 1) \times (\text{No. De columnas} - 1)$$

$$\text{Grados de Libertad} = (2-1) \times (4-1) = 3$$

Nivel de Significación Alfa se eligió del **5%** (0.05 en decimales)

- **Resultado y Conclusión**

Eligiendo un nivel de significación alfa de 0.05, asociado a 3 grados de libertad, según la distribución de Chi Cuadrado (Ver Anexo No. 2), obtenemos el valor de **7.81**.

Por lo tanto, vemos que el valor obtenido para X^2 de 11.02 se encuentra a la derecha de 7.81 al graficarlo en la Campana de Gauss (Ver Anexo No. 2); al interpretar el resultado, se rechazó la hipótesis nula (H_0), aceptando la hipótesis (H_1) la cual indica que: “El uso de Métodos Anticonceptivos es dependiente al nivel de educación sexual”.

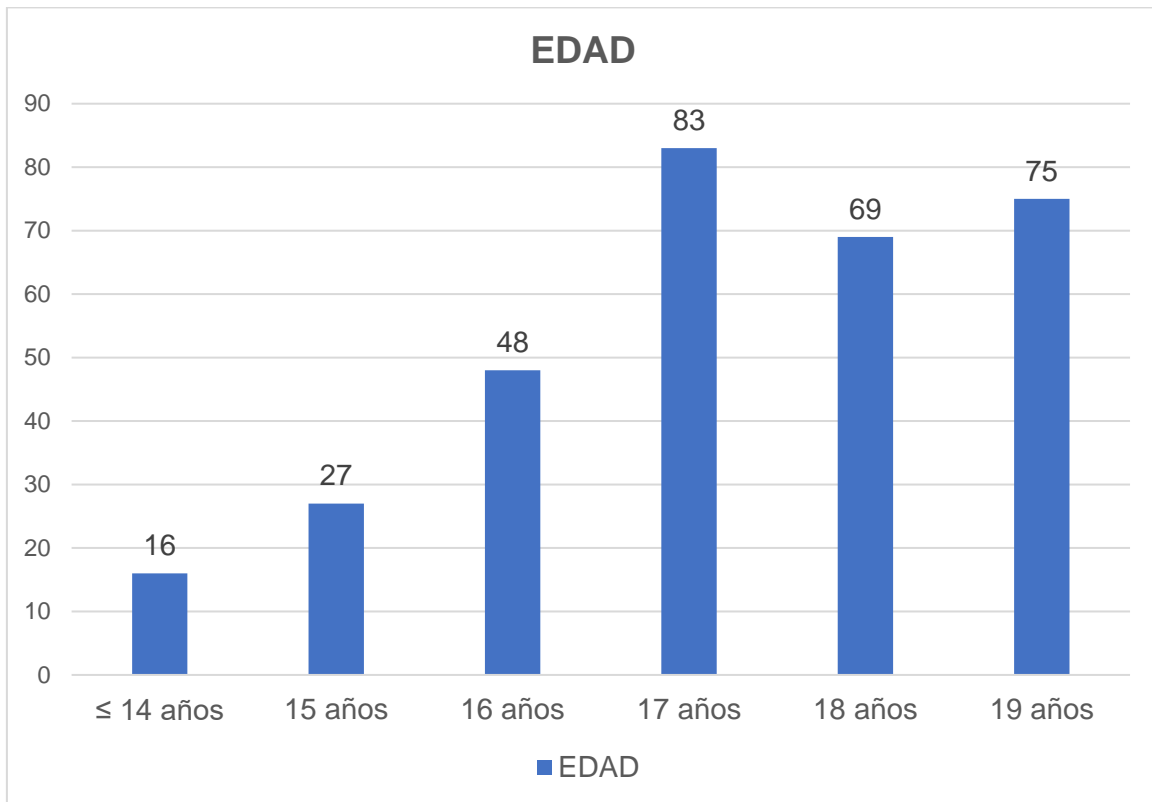
V. RESULTADOS:

GRÁFICA NO. 1

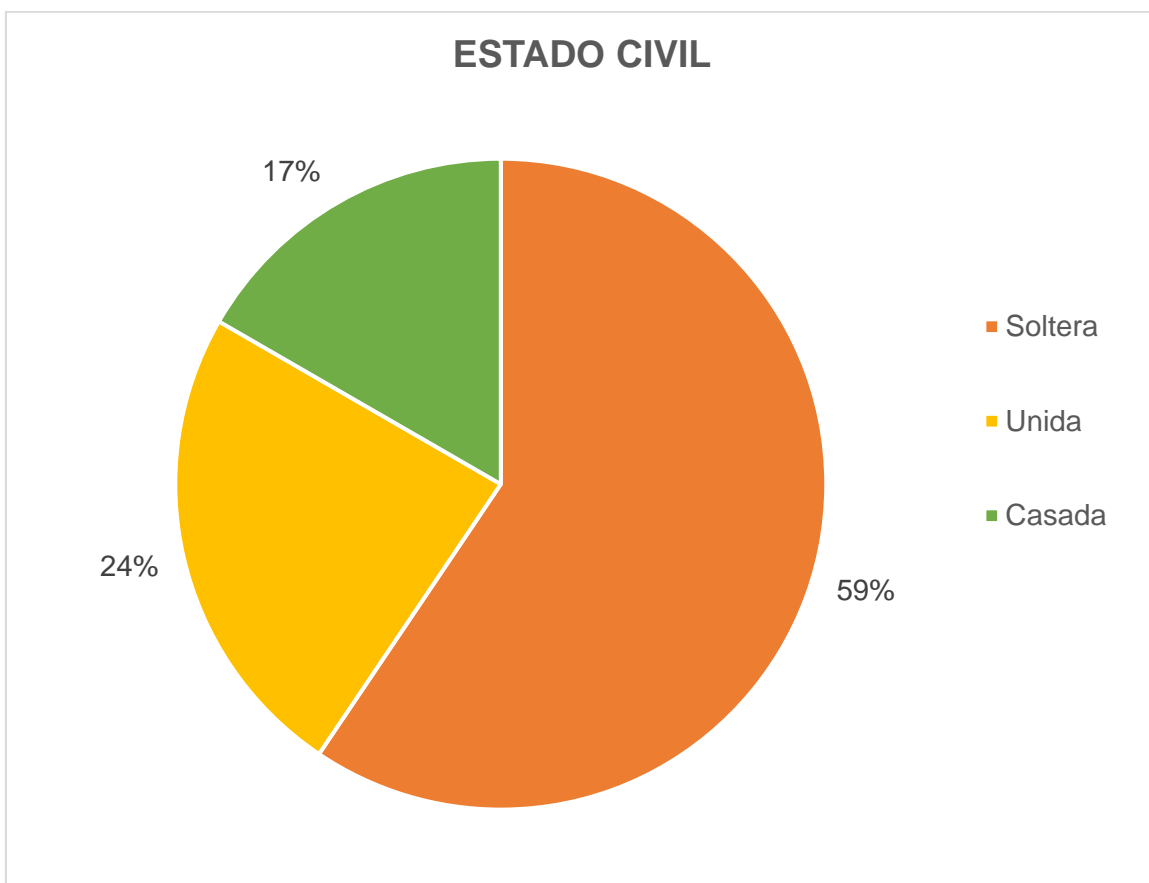
EDAD DE ADOLESCENTES

HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE “SAN JUAN DE DIOS”

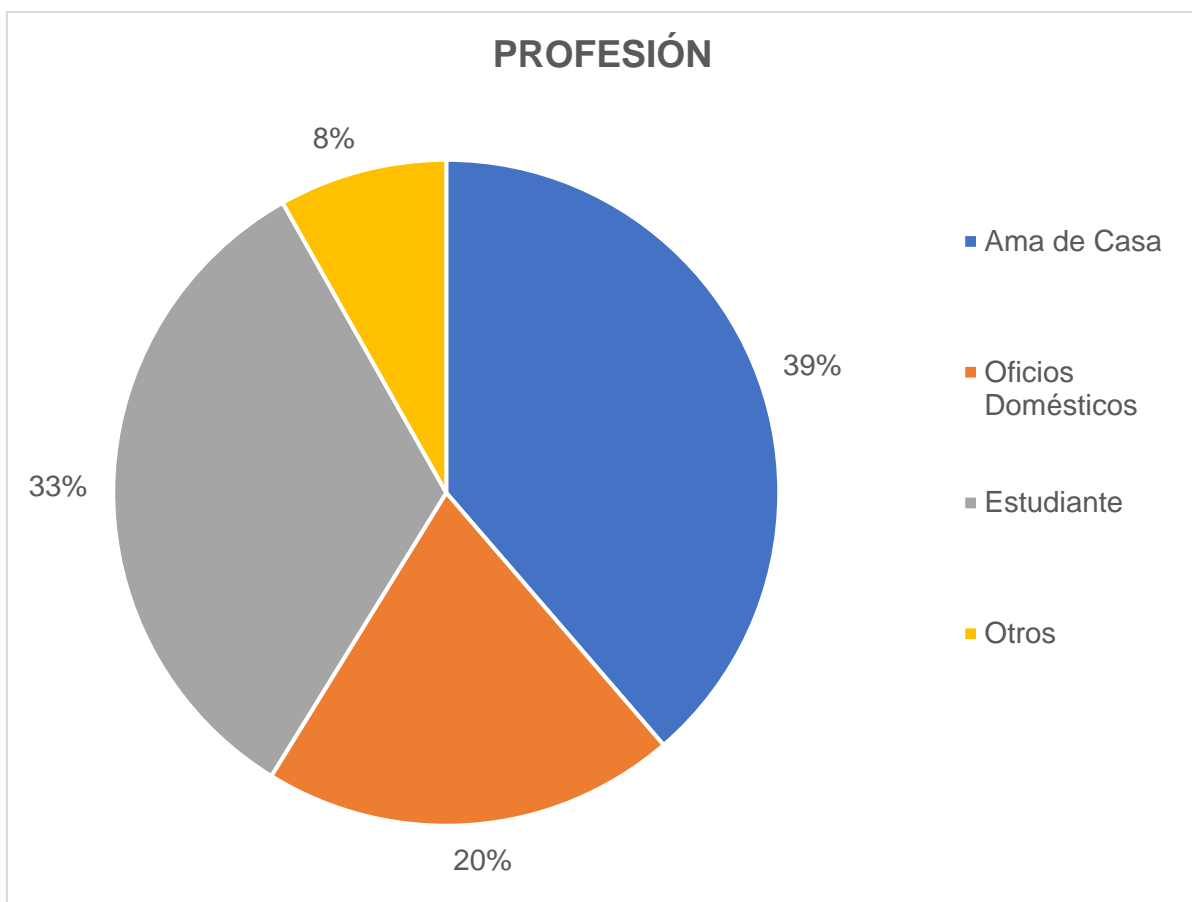
QUETZALTENANGO, AÑO 2018



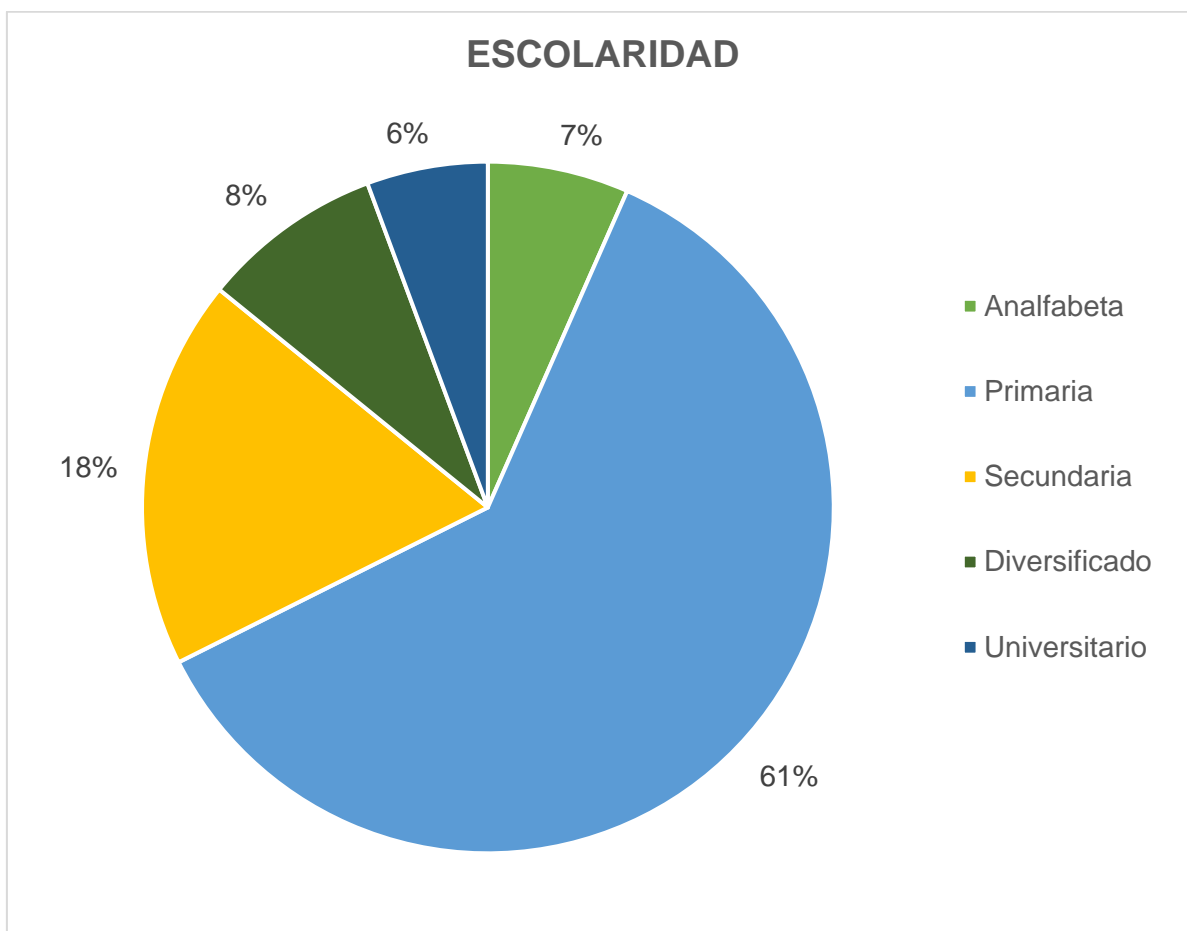
GRÁFICA NO. 2
ESTADO CIVIL DE ADOLESCENTES
HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE “SAN JUAN DE DIOS”
QUETZALTENANGO, AÑO 2018



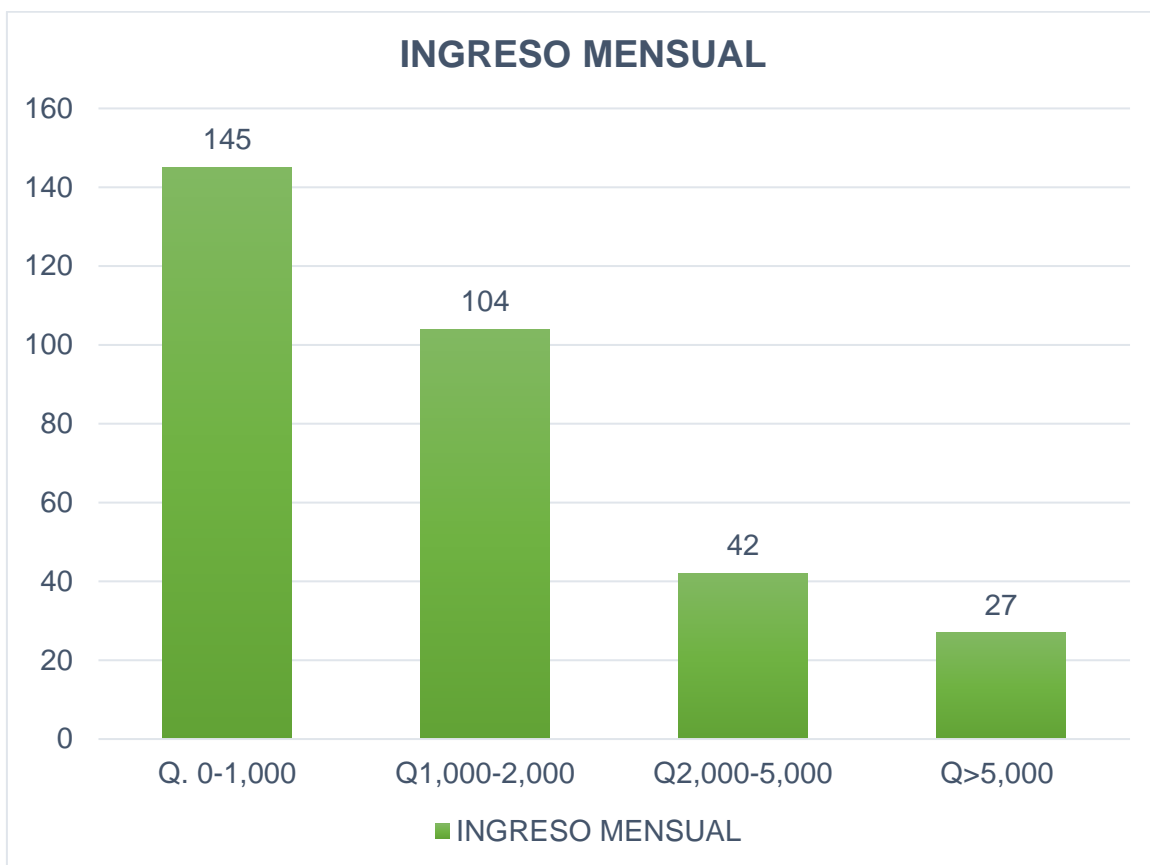
GRÁFICA NO. 3
PROFESIÓN DE ADOLESCENTES
HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE “SAN JUAN DE DIOS”
QUETZALTENANGO, AÑO 2018



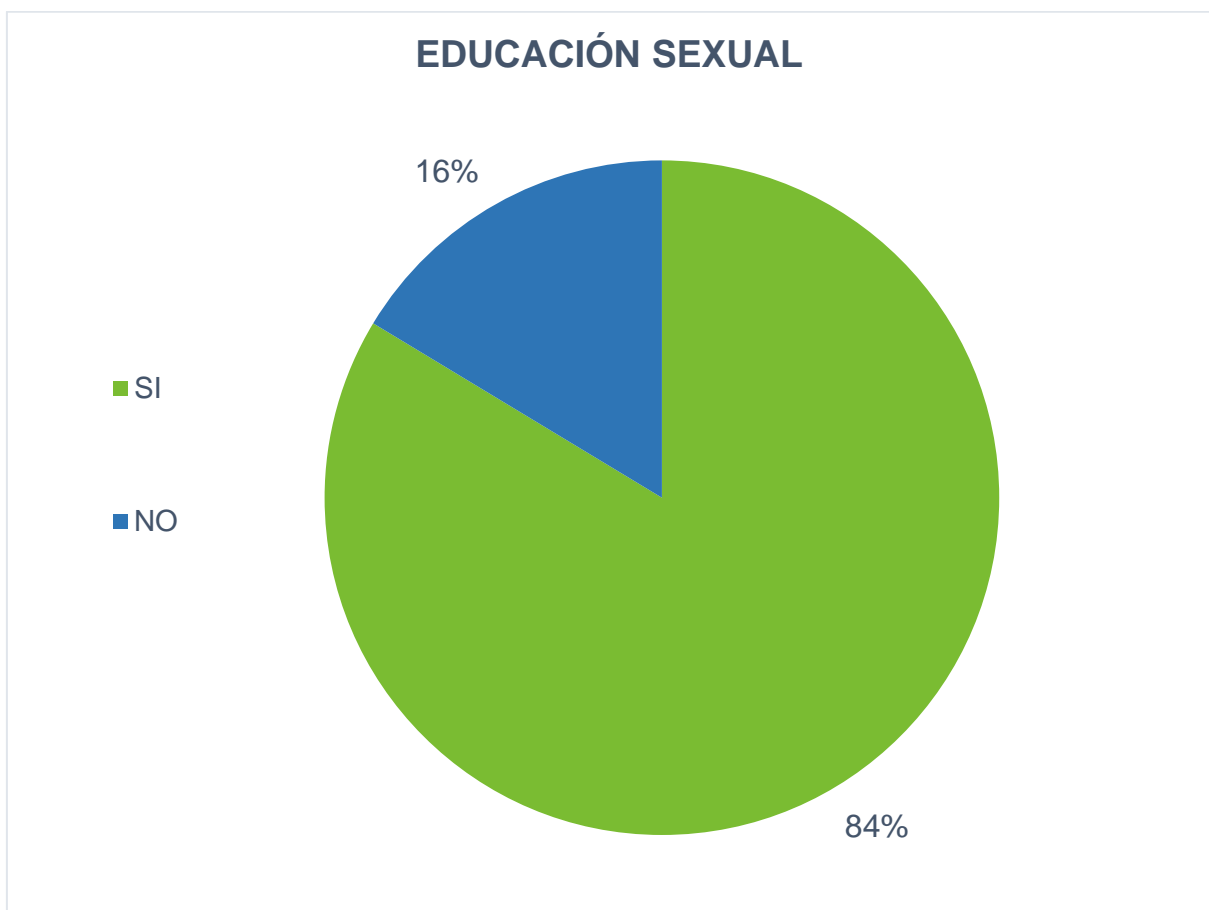
GRÁFICA NO. 4
ESCOLARIDAD DE ADOLESCENTES
HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE “SAN JUAN DE DIOS”
QUETZALTENANGO, AÑO 2018



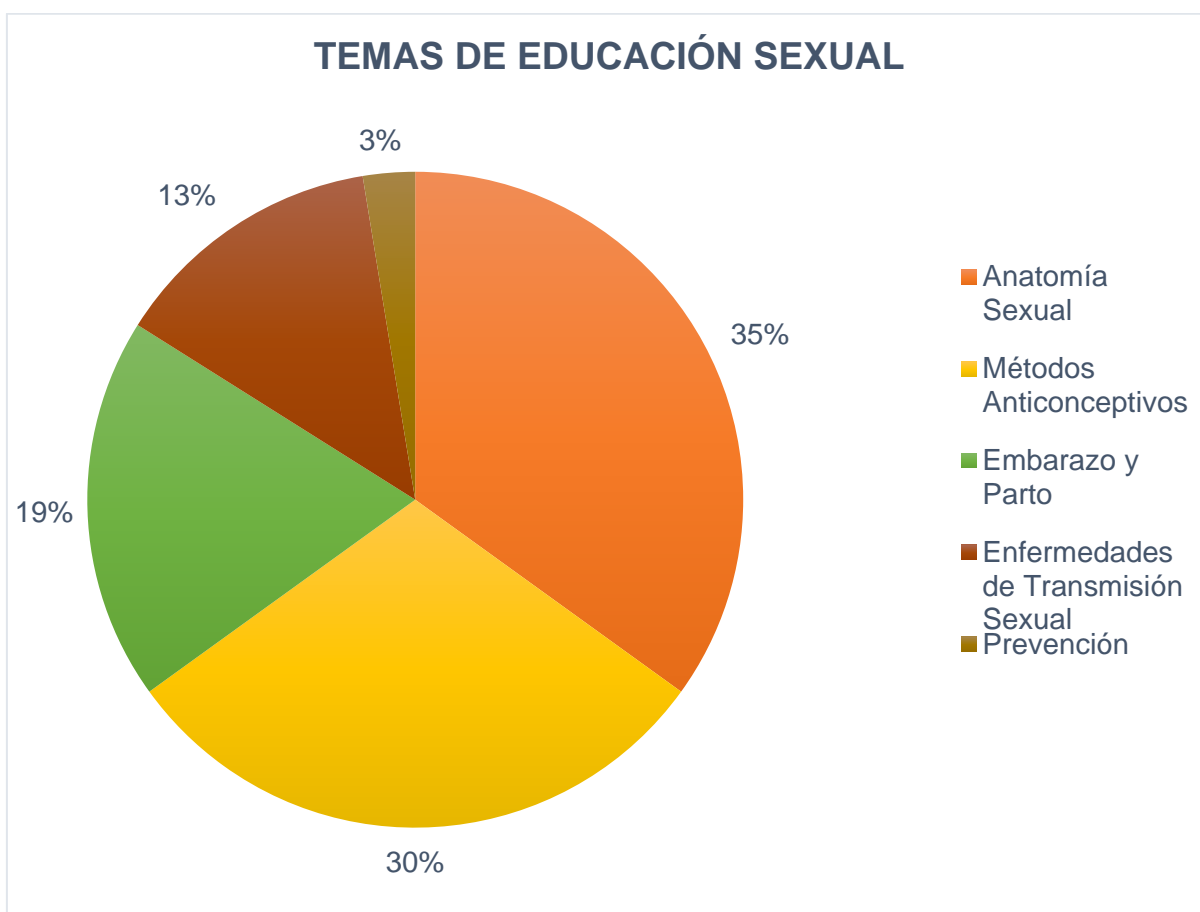
GRÁFICA NO. 5
INGRESO MENSUAL DE ADOLESCENTES
HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE “SAN JUAN DE DIOS”
QUETZALTENANGO, AÑO 2018



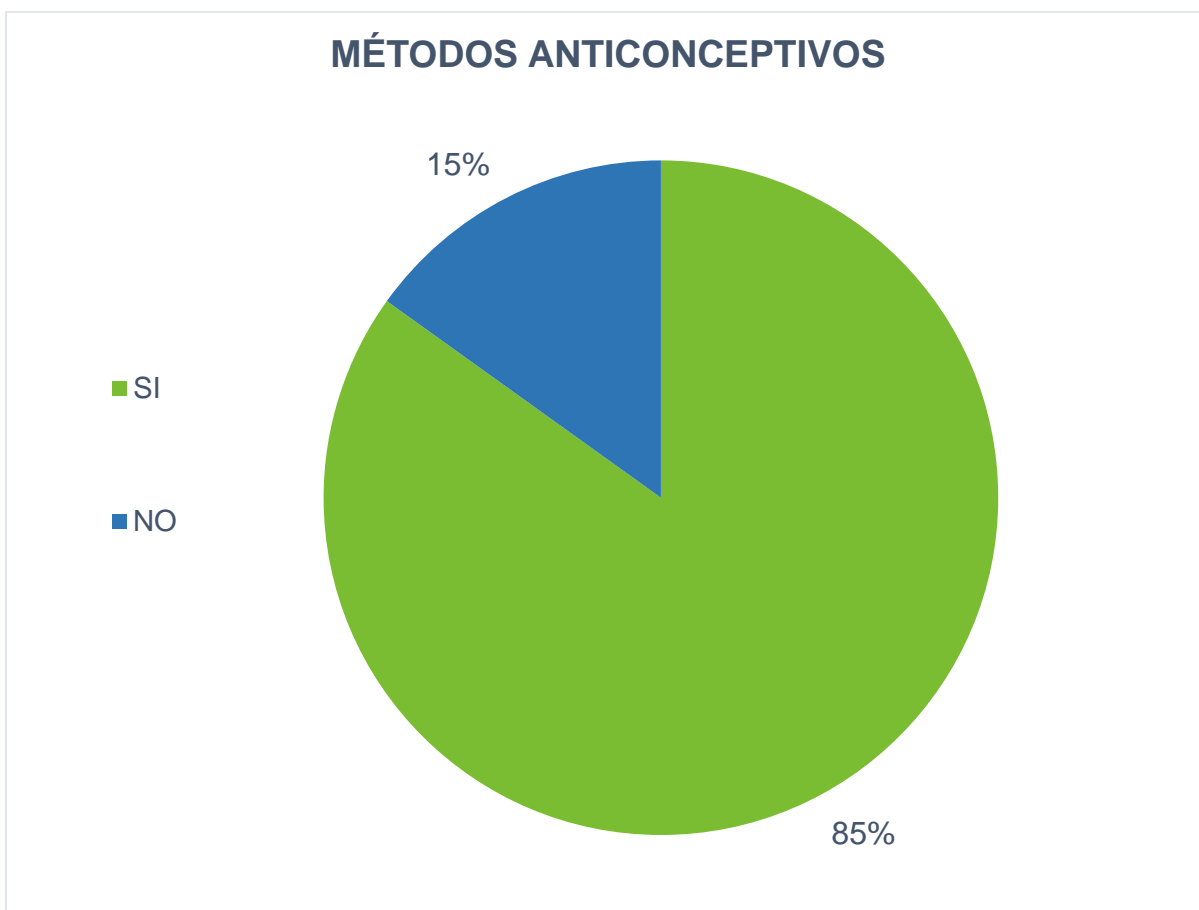
GRÁFICA NO. 6
CONOCIMIENTO DE TEMAS DE EDUCACIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES
HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE “SAN JUAN DE DIOS”
QUETZALTENANGO, AÑO 2018



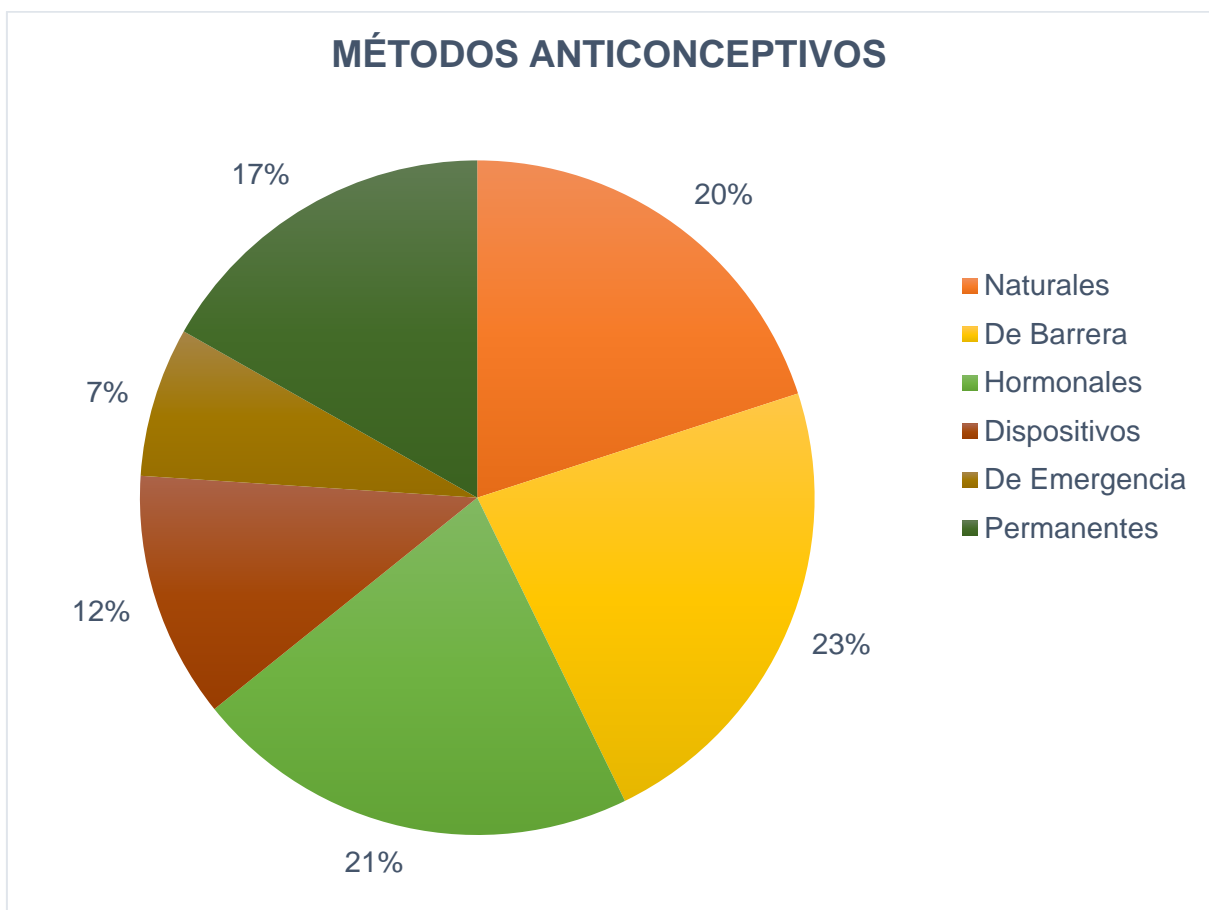
GRÁFICA NO. 7
TEMAS DE EDUCACIÓN SEXUAL CONOCIDOS POR ADOLESCENTES
HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE “SAN JUAN DE DIOS”
QUETZALTENANGO, AÑO 2018



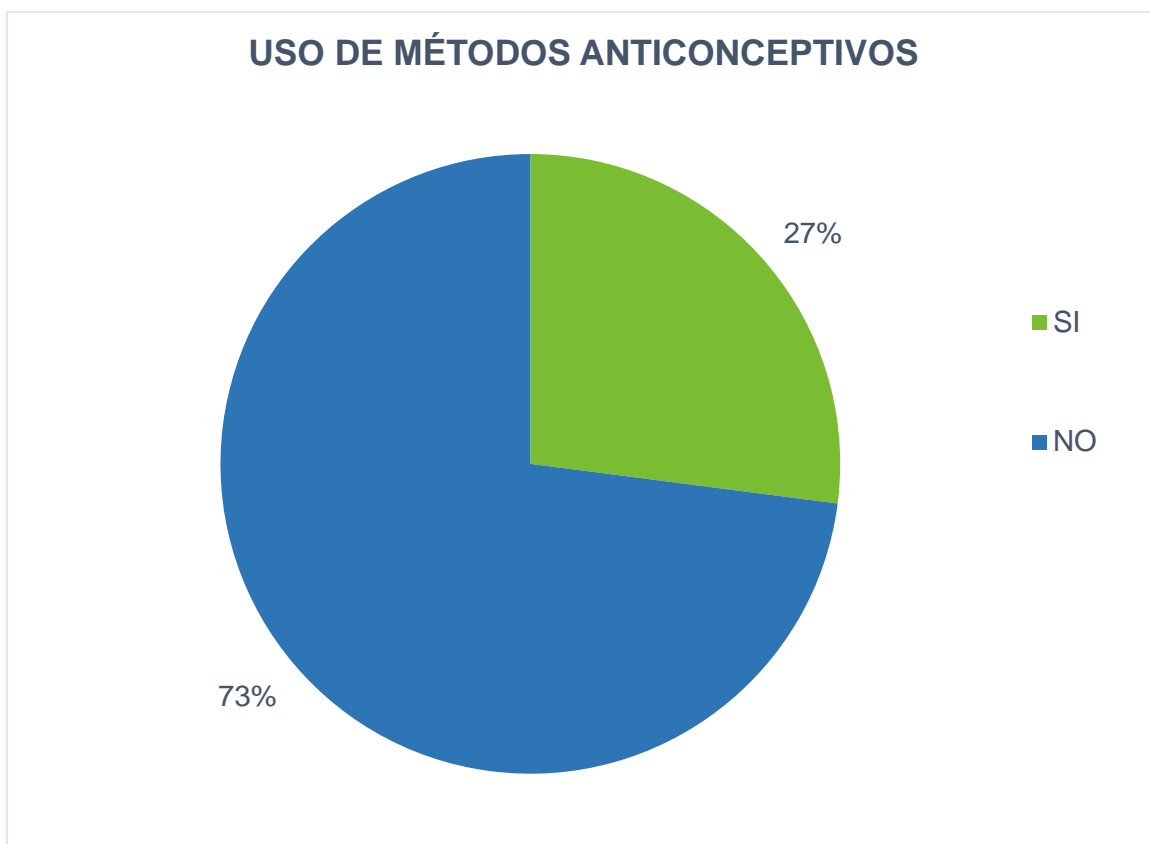
GRÁFICA NO. 8
CONOCIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES
HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE “SAN JUAN DE DIOS”
QUETZALTENANGO, AÑO 2018



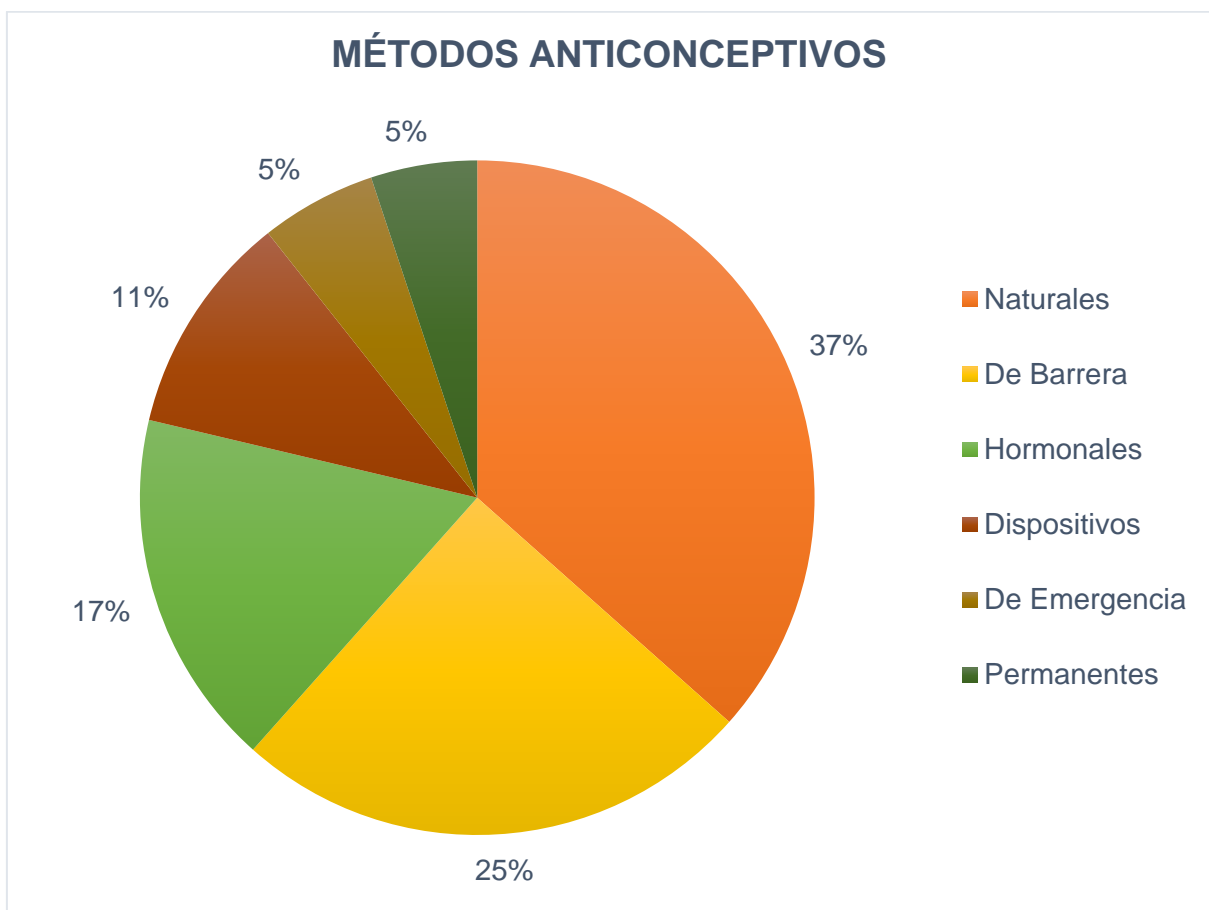
GRÁFICA NO. 9
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS CONOCIDOS POR ADOLESCENTES
HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE “SAN JUAN DE DIOS”
QUETZALTENANGO, AÑO 2018



GRÁFICA NO. 10
USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES
HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE “SAN JUAN DE DIOS”
QUETZALTENANGO, AÑO 2018



GRÁFICA NO. 11
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS UTILIZADOS POR ADOLESCENTES
HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE “SAN JUAN DE DIOS”
QUETZALTENANGO, AÑO 2018

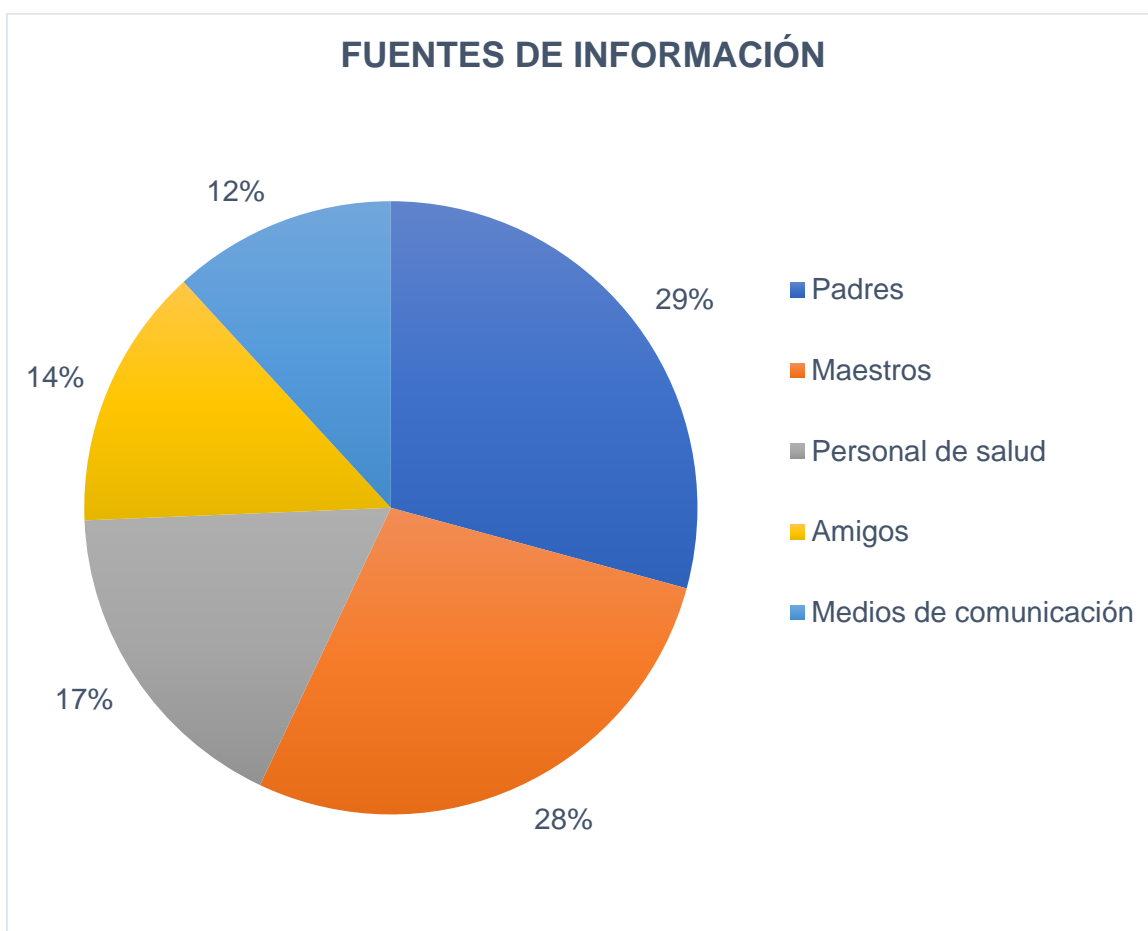


GRÁFICA NO. 12

FUENTES DE INFORMACIÓN SOBRE EDUCACIÓN SEXUAL DE LAS ADOLESCENTES

HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE “SAN JUAN DE DIOS”

QUETZALTENANGO, AÑO 2018

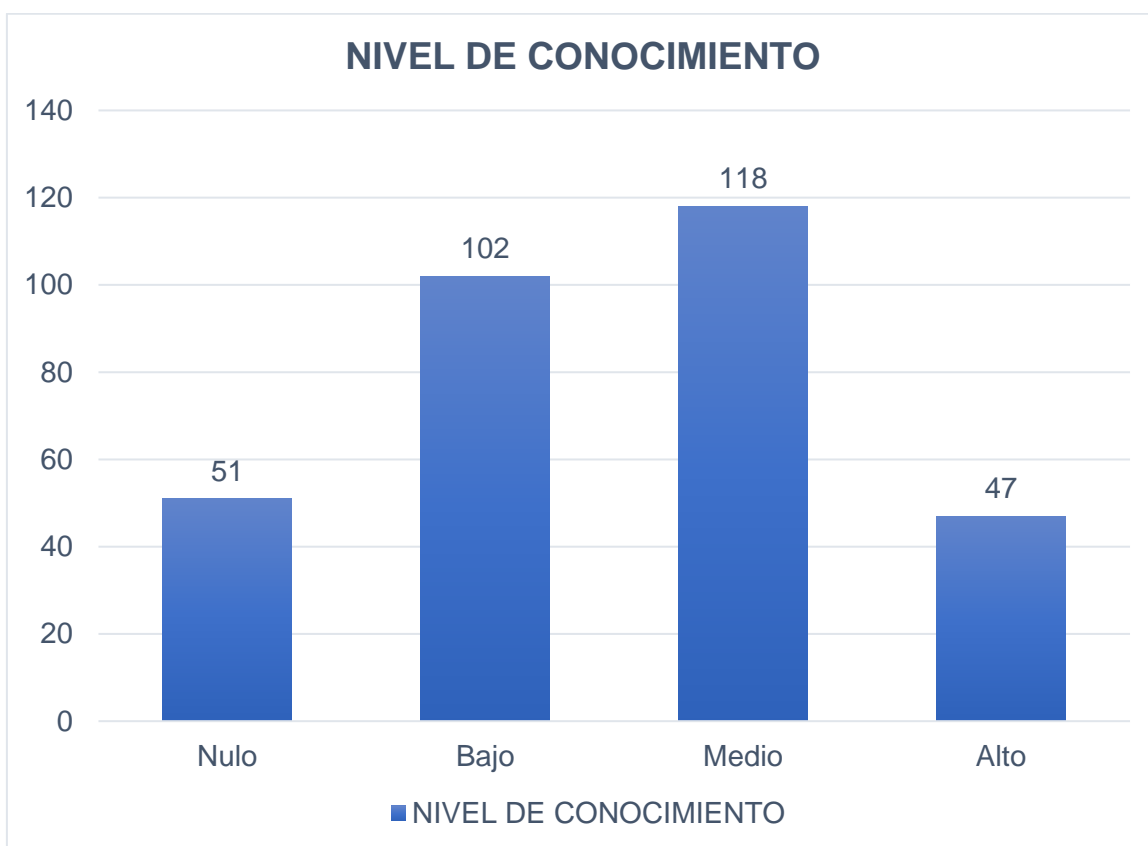


GRÁFICA NO. 13

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EDUCACIÓN SEXUAL EN ADOLESCENTES

HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE “SAN JUAN DE DIOS”

QUETZALTENANGO, AÑO 2018

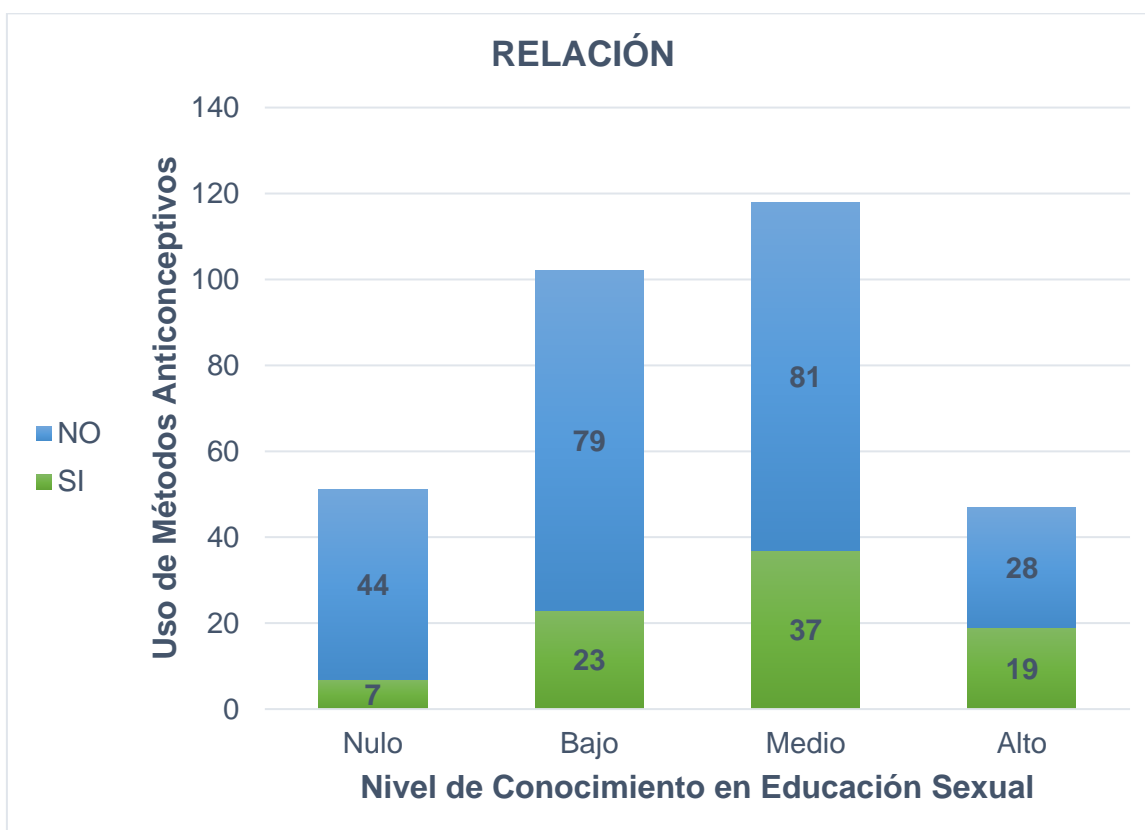


GRÁFICA NO. 14

RELACIÓN DE EDUCACIÓN SEXUAL Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES

HOSPITAL REGIONAL DE OCCIDENTE “SAN JUAN DE DIOS”

QUETZALTENANGO, AÑO 2018



VI. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS:

Una mujer bien informada es una mujer empoderada, capaz de determinar su futuro; con el acceso a educación sexual, enfatizando en planificación familiar, tiene la oportunidad de romper barreras como la pobreza y la desigualdad de género, al igual que prevenir significativamente complicaciones para su salud.

Más de 220 millones de mujeres en países en vías de desarrollo de América Latina y el Caribe, que no desean quedar embarazadas, carecen de un acceso a métodos anticonceptivos eficaces y a información de planificación voluntaria. Se ha registrado que alrededor de 80 millones de mujeres han tenido un embarazo no deseado y por lo menos una de cada cuatro ha recurrido a un aborto, que ha puesto su vida en riesgo. La planificación familiar disminuye las tasas de embarazo no deseado, y a su vez, la necesidad de recurrir al aborto inseguro, que representa el 13% de la mortalidad materna mundial (51).

Se evaluó el nivel de conocimiento de educación sexual en pacientes adolescentes (10 a 19 años), las cuales fueron seleccionadas al azar en el departamento de Ginecología y Obstetricia, del Hospital Regional de Occidente "San Juan de Dios", del departamento de Quetzaltenango, y de qué manera, este conocimiento repercute en el uso de métodos anticonceptivos de esta población. Se describieron características epidemiológicas de interés como el rango de edad, observando que la edad de 17 años correspondió al 26.1% del total, contando con 83 pacientes encuestadas, seguidos por las edades de 19 y 18 años, con 75 y 69 pacientes respectivamente. Asimismo, se evidenció 16 pacientes en el rango de edad de ≤ 14 años, lo que representa un 5% de la población estudiada.

En América Latina y el Caribe, se describe que la prevalencia del uso de anticonceptivos en Costa Rica, Colombia, Nicaragua y Brasil, más de tres cuartas partes de las mujeres casadas o en unión libre en edad reproductiva reportan haber usado algún método anticonceptivo. Sin embargo, el uso de métodos anticonceptivos modernos, en países como Haití, Guyana, Trinidad y Tobago, Bolivia, Surinam, Belice y Guatemala, se observa que menos del 50% de las mujeres los utilizan (52).

En cuanto al Estado Civil de las adolescentes en este estudio, se identificó que el 59% de ellas eran solteras y solo el 17% sostenían una relación marital, lo que refleja claramente un factor

de riesgo en prácticas sexuales no seguras, contribuyendo al aumento de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en las encuestadas. En cuanto a Profesión, la mayoría de pacientes se reportó como amas de casa y estudiantes, representando un 72% del total, lo que significa que estas encuestadas no generaban ingresos económicos para su núcleo familiar. El 28% restante refirió trabajos como dedicarse a realizar oficios domésticos, ser agricultoras o comerciantes.

La demanda en planificación familiar en América Latina y el Caribe, en general reporta índices más altos entre las mujeres que viven en zonas urbanas, con mayores ingresos y niveles de educación. Estas diferencias son más evidentes en Haití y Guatemala, con un acceso entre el 6% al 20% menor en los grupos menos privilegiados. Algunos países como Paraguay reportan diferencias menos significativas con un acceso homogéneo tanto en las mujeres con mayores privilegios sociales como en las que tienen menos privilegios, reportando un alto acceso a la planificación familiar (más del 80-85%). Esto respalda el hecho de que la amplia disponibilidad de servicios de planificación familiar contribuye no sólo a un mayor acceso sino también a reducir las desigualdades sociales en la utilización de dichos servicios (52).

Al hablar del nivel de Escolaridad de las pacientes encuestadas, el 61% se documentó en nivel primaria, cabe mencionar que en este rango se incluyeron a las pacientes que cursaron alguno de estos grados académicos, sin embargo, en la actualidad abandonaron sus estudios. El 7% de las encuestadas era analfabeta, lo que aumentó el grado de dificultad y tiempo en la aplicación de la encuesta, únicamente el 32% del total contaba con estudios superiores, reflejando que los embarazos en edades tempranas conllevan menos posibilidades de continuar estudios educativos.

En cuanto a los ingresos económicos mensuales, se evidenció que el 78.3% de las pacientes incluidas en el estudio, contaban con un ingreso menor a Q2,000.00 mensuales, estos datos abarcaron los ingresos monetarios de los miembros activos del hogar de la paciente. Esta limitación en ingresos económicos concuerda con la limitación de acceso al sistema sanitario y educativo, que conlleva el aumento en los indicadores de desnutrición y pobreza de un país tercermundista como lo es Guatemala.

En México se ha constatado, que la edad mediana del debut sexual en las mujeres es de 18 años. Que la edad de inicio sexual en mujeres, es menor entre aquellas que tienen los niveles

de escolaridad más bajos, y que se incrementa sistemáticamente conforme alcanzan niveles superiores. En particular, las mujeres más jóvenes con niveles escolares elevados están postergando de manera notoria el comienzo de su vida sexual, conyugal y reproductiva después de los 20 años, al compararlas con las mujeres de generaciones anteriores. Entre ellas es común el uso de anticoncepción durante los primeros años de su actividad sexual y en mayor proporción que las del medio rural y menos escolarizadas (53).

Al encuestar a las adolescentes sobre su conocimiento sobre los temas que abarca la Educación Sexual, se documentó que el 16% de las entrevistadas desconocían los mismos. En el grupo de las adolescentes que, si tenían conocimiento de los temas de Educación Sexual, se mencionó la anatomía sexual y los métodos anticonceptivos, abarcando 65% de las menciones, observando que temas como prevención, embarazo, parto y enfermedades de transmisión sexual no son temas relevantes o que formen parte de su formación integral sobre educación sexual.

En un estudio realizado de enero a junio de 2018 en San Luis Potosí, México. Se encuestó a 106 alumnos inscritos en el tercer año de secundaria, en una institución privada. El 62% de los alumnos poseía un nivel de conocimiento medio sobre uso de métodos de anticoncepción, el 6% tenía conocimiento alto y tan solo el 2% de los alumnos un conocimiento bajo. El 99% de los participantes indicó la efectividad del condón masculino, saber dónde conseguirlo y el 100% indicó cuándo y cómo se usa. Resulta interesante que las pastillas de emergencia sean de los métodos anticonceptivos más conocidos en los encuestados (54).

En cuanto al conocimiento sobre los diferentes Métodos Anticonceptivos existentes, se evidenció que 15% de las adolescentes encuestadas los desconocían. En el grupo de las 270 jóvenes que respondieron a esta interrogante, se mencionaron los métodos de barrera, los métodos naturales y los métodos hormonales, correspondiendo a un 64% del total de menciones; los métodos de emergencia fueron los que menos menciones obtuvieron representando el 7% del total. En esta investigación se realizó una división entre los métodos anticonceptivos conocidos por las encuestadas y los métodos anticonceptivos utilizados por las mismas, destacando que solo 86 adolescentes, que representan el 27% del total de las encuestadas, reportó la utilización de métodos de planificación familiar. Los métodos anticonceptivos más utilizados fueron los métodos naturales, destacando el método del ritmo

y los métodos de barrera, destacando el condón masculino, estos dos grupos de métodos anticonceptivos obtuvieron el 62% del total de menciones.

En cuanto a las fuentes de información sobre educación sexual, un estudio realizado en la ciudad de México en el año 2015, en donde se documentó que las fuentes de información más utilizadas eran los padres de familia y maestros (53). El dato anterior concuerda con lo reportado por las adolescentes entrevistadas en esta investigación, encontrando que el 57% de las respuestas correspondían a los grupos de padres de familia y maestros, sin embargo, en algunas ocasiones la falta de capacitación y conocimiento sobre el tema hace que estas fuentes transmitan información errónea o subjetiva. El personal de salud representó un 17%, a pesar de ser la fuente de conocimientos más confiable sobre el tema de interés.

En Bucaramanga, Colombia, se logró establecer que el desconocimiento que tienen los adolescentes sobre los métodos anticonceptivos proviene de una inadecuada fuente de información, siendo algunas de ellas el internet y los amigos cercanos. Se menciona la falta de comunicación con los padres de familia y la falta de acceso a programas relacionados con salud sexual y reproductiva (55).

Para documentar el Nivel de Conocimiento sobre los temas de Educación Sexual, se realizó una serie de preguntas que engloban: fisiología sexual y reproductiva, métodos anticonceptivos, complicaciones reproductivas y su prevención. Se realizaron 7 preguntas, las cuales abarcaron 10 respuestas, con un valor de 1 punto cada respuesta correcta. Según el puntaje obtenido se dividió el conocimiento de Educación Sexual en cuatro niveles, documentando que solo 165 pacientes encuestadas obtuvieron niveles de conocimiento de Medio-Alto, el resto de encuestadas obtuvieron un nivel de conocimiento Nulo-Bajo, representando un 48% de pacientes.

En México las mujeres evidencian mayor conocimiento que los hombres sobre métodos anticonceptivos, esto puede deberse a la carga social sobre el género femenino con respecto al cuidado de la salud sexual. La gran mayoría de las familias mexicanas conserva la idea de que quien debe cuidarse es la mujer, quizás de ahí que quienes más asistan a las consultas médicas sean ellas, también puede influir el que las adolescentes tengan mayor comunicación con sus padres a diferencia de los hombres (56).

La diferencia evidenciada entre México y Guatemala sobre acceso a Educación Sexual, puede deberse a que Guatemala es un país de costumbres y muchas veces representado por el machismo, en el que las mujeres temen expresar sus opiniones y donde la mujer es señalada al iniciar vida sexual antes del matrimonio. Esta realidad se evidenció durante la aplicación de la boleta de encuesta, documentando timidez y vergüenza por parte de las encuestadas al formular ciertas preguntas sobre Educación Sexual.

La mayoría de las adolescentes encuestadas, que mencionaron la utilización de métodos anticonceptivos, se ubicaron en un nivel de conocimiento Medio-Alto sobre Educación Sexual, el 8% de las mismas, se ubicó en el nivel de conocimiento Nulo, resaltando que el método de planificación familiar que utilizaban éstas últimas, generalmente era un método recomendado por una fuente de información no confiable.

Mediante la aplicación de la prueba estadística de Chi Cuadrado, se demostró la relación entre las variables de Nivel de Educación Sexual y Uso de Métodos Anticonceptivos. Se formularon las posibles hipótesis, correspondientes a independencia y dependencia entre variables, representadas por H_0 y H_1 respectivamente. Se tabularon las frecuencias observadas del estudio (Ver Tabla No. 1) y se calcularon las frecuencias esperadas en base a la multiplicación de los totales de fila y de columna, y este resultado se dividió entre el total general de la tabla. (Ver Tabla No. 2).

Se estableció un nivel de significación alfa de 0.05, asociado a 3 grados de libertad, que según la distribución de Chi Cuadrado corresponde a un valor de 7.81. Al aplicar la fórmula de la prueba estadística se obtuvo X^2 del presente estudio corresponde a 11.02, se graficó el resultado en la Campana de Gauss (Ver Anexo No. 2), encontrando que X^2 se ubica a la derecha del valor de 7.81, por lo tanto, se demostró la existencia de relación entre las variables estudiadas, al rechazar la hipótesis nula (H_0), y al aceptar hipótesis (H_1) la cual indica que: “El uso de Métodos Anticonceptivos es dependiente al nivel de educación sexual”.

Los adolescentes son el futuro de Guatemala, trabajar con su juventud es una oportunidad de innovación y desarrollo para la sociedad. A través de la Educación Sexual las adolescentes previenen conductas sexuales de riesgo, conocen qué es la planificación familiar y con ello evitan los embarazos no deseados, logrando conservar una calidad de vida saludable y un estilo de vida social y estudiantil de acorde a su edad. La Educación Sexual acompañada del

uso responsable de Métodos Anticonceptivos es un beneficio que se halló en 86 de las adolescentes estudiadas, mientras que 232 pacientes no lo consideraban de interés o lo desconocían.

6.1 Conclusiones:

- 6.1.1 Mediante la aplicación de la distribución de Chi Cuadrada se estableció una relación entre el nivel de conocimiento sobre los temas de educación sexual y el uso de métodos anticonceptivos, donde el 65% de las pacientes que indicaron haber utilizado métodos anticonceptivos, se ubicaron en los niveles de conocimiento Medio y Alto.
- 6.1.2 El 71.4% de las pacientes encuestadas pertenecieron al rango de edad de 17 a 19 años, el 59% reportó ser soltera, el 72% se dedicaba a ser ama de casa o estudiante. En cuanto al nivel educativo cursado, el 61% de adolescentes reportó haber cursado nivel primaria; los ingresos económicos familiares se reportaron menores a Q2,000.00 en 78.3% de las encuestadas.
- 6.1.3 Los temas de educación sexual más conocidos por las encuestadas engloban las áreas de anatomía sexual y de métodos anticonceptivos, documentando 65% de las menciones.
- 6.1.4 Los métodos anticonceptivos más conocidos por las adolescentes fueron los métodos naturales, de barrera y hormonales. El 27% de la totalidad de adolescentes incluidas en el estudio, reportó haber utilizado métodos anticonceptivos, destacando los métodos naturales y de barrera.
- 6.1.5 Los padres de familia y maestros fueron la primera línea que las encuestadas utilizaron para acceso a información sobre temas de educación sexual, representando un 57% de menciones, dejando atrás al personal de salud con un 17%.
- 6.1.6 Se clasificó a 52% de adolescentes en un nivel de conocimiento Medio-Alto en cuanto al manejo de temas de educación sexual, las 153 adolescentes restantes se ubicaron en niveles de conocimiento Nulo y Bajo.

6.2 Recomendaciones:

- 6.2.1. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social como ente rector de los diferentes programas y proyectos en salud, debe facilitar la disponibilidad de información sobre temas de educación sexual, organizando capacitaciones actualizadas y constantes para el personal salubrista y que éstas sean transmitidas hacia la población en general, contando con el apoyo del Ministerio de Educación, con el fin de lograr abarcar las diferentes regiones del país que actualmente se encuentran con limitado o nulo acceso a educación sexual, considerándose que la información en sexualidad es esencial para mejorar la calidad de vida de la población guatemalteca.
- 6.2.2. Debe ser un compromiso del Estado de Guatemala, a través del Ministerio de Salud, garantizar acceso y disponibilidad de los métodos anticonceptivos a la población sexualmente activa, debido a que, por limitaciones en la adquisición y distribución de los mismos, las adolescentes eligen los métodos que están disponibles y no los que se adaptan a sus necesidades y a su estilo de vida.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. OMS. Desarrollo en la adolescencia. [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2015. [Consultado el 2 febrero de 2017]. Disponible desde: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
2. Peláez Mendoza, J. El uso de métodos anticonceptivos en la adolescencia. [Internet]. Revista cubana de obstetricia y ginecología; 2016. [Consultado el 3 de febrero de 2017]. Disponible desde: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2016000100011
3. Sam Soto S, Osorio Caballero M, Rodríguez Guerrero RE, Pérez Ramírez NP. Comportamiento sexual y anticoncepción en la adolescencia. [Internet]. Acta Pediat Mex; 2014, octubre. [Consultado el 3 de febrero de 2017]. 35: pp 490-498. Disponible desde: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2014/apm146h.pdf>
4. Guttmacher Institute, Flacso Guatemala. Educación en sexualidad en Guatemala: Nueva evidencia de tres departamentos. [Internet]. Guttmacher.org; 2017, mayo. [Consultado el 20 de enero de 2021]. https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/politica-de-educacion-sexual-guatemala-fs_0.pdf
5. OMS. Educación en sexualidad. [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2019. [Consultado el 22 de enero de 2021]. Disponible desde: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312341/9789243514604spa.pdf?ua=1>
6. UNESCO. Educación sexual, VIH. [Internet]. UNESCO; 2018. [Consultado el 20 de enero de 2021]. Disponible desde: <https://es.unesco.org/themes/educacion-salud/vih-educacion-sexual>.
7. Ayuda en acción. Embarazo en la adolescencia: causas y riesgos del embarazo adolescente. [Internet]. Ayudaenaccion.org; 2018, julio. [Consultado el 20 de enero de 2021]. Disponible desde: <https://ayudaenaccion.org/ong/blog/mujer/embarazo-adolescencia->
8. UNESCO. Proyecto de estrategia de la UNESCO sobre la educación para la salud y el bienestar: contribución a los objetivos de desarrollo sostenible. [Internet]. UNESCO; 2016. [Consultado el 22 de enero de 2021]. Disponible desde: <https://www.gcedclearinghouse.org/sites/default/files/resources/246453s.pdf>.
9. Fernández. Consejerías en salud sexual y reproductiva. [Internet]. Argentina; 2014. [Consultado el 22 de enero de 2021]. Disponible desde: https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2018-02/3_1.pdf.

10. Casa de la mujer. Rol familiar en sexualidad. [Internet]. Uruguay; 2015. [Consultado el 22 de enero de 2021]. Disponible desde: <https://www.casadelamujer.org.uy/mujer/salud-sexual-y-reproductiva.html>.
11. UNESCO. Educación sexual y rol escolar. [Internet]. UNESCO; 2019. [Consultado el 23 de enero de 2021]. Disponible desde: <https://es.unesco.org/news/que-es-importante-educacion-integral-sexualidad>.
12. Monzón KRPSL. De la normativa a la práctica: la política y el currículo de educación en sexualidad y su implementación. [Internet]. Guttmacher.org; 2017. [Consultado el 22 de enero de 2021]. Disponible desde: https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/politica-de-eduacion-sexual-guatemala.pdf.
13. PAHO. Promoción de la salud sexual: recomendaciones para la acción. [Internet]. PAHO; 2020. [Consultado el 22 de enero de 2021]. Disponible desde: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/promocion_salud_sexual.pdf.
14. Fernández. Consejerías en salud sexual y salud reproductiva. [Internet]. Argentina; 2014. [Consultado el 23 de enero de 2021]. Disponible desde: https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2018-02/3_1.pdf.
15. Pérez. Conocimiento y uso de anticonceptivos para planificación familiar en mujeres en edad fértil. [Internet]. Guatemala; 2017. [Consultado el 23 de enero de 2021]. Disponible desde: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_10412.pdf.
16. Larissa. Aparato reproductor masculino. [Internet]. Kidshealth.org; 2019. [Consultado el 24 de enero de 2021]. Disponible desde: <https://kidshealth.org/es/teens/male-repro-esp.html>.
17. Larissa. Sistema reproductor femenino. [Internet]. Kidshealth.org; 2018. [Consultado el 24 de enero de 2021]. Disponible desde: <https://kidshealth.org/es/teens/female-repro-esp.html>.
18. PAHO. Prevención del embarazo en la adolescencia. [Internet]. PAHO; 2018. [Consultado el 23 de enero de 2021]. Disponible desde: https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publications&alias=618-guia-de-prevencion-del-embarazo-en-la-adolescencia-en-guatemala&Itemid=518.
19. Guerrero CRG. Vía de resolución del embarazo en una muestra de adolescentes mexicanas. [Internet]. Medigraphic; 2015 [Consultado el 24 de enero de 2021]. Disponible desde: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medsur/ms-2013/ms132a.pdf>.

20. Social MdSPyA. Protocolo de atención para el manejo integral del embarazo, parto y puerperio en adolescentes menores de 15 años. Embarazo en adolescentes. Santo Domingo: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. República Dominicana; 2016. [Consultado el 24 de enero de 2021],
21. Stanford childrens health. Enfermedades de transmisión sexual en adolescentes. [Internet]. Stanford; 2021 [Consultado el 24 de enero de 2021]. Disponible desde: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=enfermedadesdetransmisionsexual-90-P04757>.
22. Alemana CC. Las seis enfermedades de transmisión sexual más comunes. [Internet]. Clínica Alemana de Santiago; 2019. [Consultado el 24 de enero de 2021]. Disponible desde: <https://www.clinicaalemana.cl/articulos/detalle/2019/las-seis-enfermedades-de-transmision-sexual-mas-comunes>.
23. CDC. Hoja informativa de los CDC. información para los adolescentes y adultos jóvenes: cómo mantenerse sano y prevenir las enfermedades de transmisión sexual. [Internet]. CDC; 2018. [Consultado el 23 de enero de 2021]. Disponible desde: <https://www.cdc.gov/std/spanish/stdfact-teens-spa.htm>.
24. Planned Parenthood. Enfermedades de transmisión sexual. [Internet]. Plannedparenthood.org; 2018. [Consultado el 24 de enero de 2021]. Disponible desde: <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/enfermedades-de-transmision-sexual-ets/vih-sida/que-debo-hacer-para-someterme-al-tratamiento-para-el-vih>.
25. Mayo Clinic. VIH/SIDA. [Internet]. Barcelona; 2019. [Consultado el 24 de enero de 2021]. Disponible desde: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/hiv-aids/diagnosis-treatment/drc-20373531>.
26. CDC. Sífilis. [Internet]. CDC; 2016. [Consultado el 24 de enero de 2021]. Disponible desde: <https://www.cdc.gov/std/spanish/sifilis/stdfact-syphilis-s.htm>.
27. Healthwise. Pruebas de sífilis. [Internet]. Cigna; 2016. [Consultado el 24 de enero de 2021]. Disponible desde: <https://www.cigna.com/individuals-families/health-wellness/hw-en-espanol/pruebas-medicas/pruebas-de-sfilis-hw5839>.
28. Mayo Clinic. sífilis. [Internet]. Barcelona; 2019. [Consultado el 24 de enero de 2021]. Disponible desde: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/syphilis/diagnosis-treatment/drc-20351762>.
29. Mayo Clinic. Clamidia. [Internet]. Barcelona; 2017. [Consultado el 24 de enero de 2021]. Disponible desde: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/chlamydia/diagnosis-treatment/drc-20355355>.

30. Manual MSD. Gonorrea. [Internet]. Manual MSD; 2018. [Consultado el 24 de enero de 2021]. Disponible desde: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/enfermedades-infecciosas/enfermedades-de-transmisi3n-sexual/gonorrea>.
31. Mayo Clinic. Virus de papiloma humano. [Internet]. Barcelona; 2019. [Consultado el 24 de enero de 2021]. Disponible desde: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/hpv-infection/symptoms-causes/syc-20351596>.
32. Mayo Clinic. Virus del herpes simple. [Internet]. Barcelona; 2020. [Consultado el 24 de enero de 2021]. Disponible desde: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/genital-herpes/symptoms-causes/syc-20356161>.
33. Alemán CI. Tres enfoques que han guiado las políticas de prevención del embarazo adolescente. [Internet]. Ladb.org; 2017. [Consultado el 24 de enero de 2021]. Disponible desde: <https://blogs.iadb.org/salud/es/prevencion-del-embarazo/>.
34. CESOLAA. Prevención de embarazos en adolescentes. [Internet]. Chile; 2017. [Consultado el 25 de enero de 2021]. Disponible desde: <http://educacionsexual.uchile.cl/index.php/hablando-de-sexo/embarazo-en-adolescentes-desde-la-perspectiva-chilena/prevencion>.
35. Sandoval GCLC. Guía de prevención del embarazo en la adolescencia en Guatemala. [Internet]. PAHO; 2017. [Consultado el 25 de enero de 2021]. Disponible desde: https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publications&alias=618-guia-de-prevencion-del-embarazo-en-la-adolescencia-en-guatemala&Itemid=518.
36. Bombí. Métodos naturales. [Internet]. Mapfre; 2018. [Consultado el 25 de enero de 2021]. Disponible desde: <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mujer/planificacion-familiar/metodos-naturales/>.
37. Mayo Clinic. Métodos naturales. [Internet]. Barcelona; 2018. [Consultado el 25 de enero de 2021]. Disponible desde: <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/rhythm-method/about/pac-20390918>.
38. Drugs.com. Métodos anticonceptivos de barrera. [Internet]. Drugs.com; 2020. [Consultado el 25 de enero de 2021]. Disponible desde: https://www.drugs.com/cg_esp/m3todos-anticonceptivos-de-barrera.html.
39. Casey. Anticonceptivos orales. [Internet]. Manual MSD; 2018. [Consultado el 24 de enero de 2021]. Disponible desde: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/ginecolog%C3%ADa-y-obstetricia/planificaci3n-familiar/anticonceptivos-orales>.

40. Ospino. Anticonceptivos orales combinados. [Internet]. Medigraphic; 2018. [Consultado el 27 de enero de 2021]. Disponible desde: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2020/goms201d.pdf>.
41. Mayo Clinic. Depoprovera. [Internet]. Barcelona; 2019. [Consultado el 27 de enero de 2021]. Disponible desde: <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/depoprovera/about/pac-20392204>.
42. Mayo Clinic. Implante subdérmico. [Internet]. Barcelona; 2019. [Consultado el 27 de enero de 2021]. Disponible desde: <https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/contraceptive-implant/about/pac-20393619>.
43. Planned parenthood. Dispositivo intrauterino. [Internet]. Plannedparenthood.org; 2020. [Consultado el 27 de enero de 2021]. Disponible desde: <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/anticonceptivos/dispositivo-intrauterino-diu>.
44. Your life. Dispositivo intrauterino. [Internet]. Your-life.com; 2019. [Consultado el 27 de enero de 2021]. Disponible desde: <https://www.your-life.com/es/metodos-anticonceptivos/anticonceptivos-reversibles-de-larga-duracion/dispositivo-intrauterino/>.
45. OMS. Anticoncepción de urgencia. [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2018. [Consultado el 27 de enero de 2021]. Disponible desde: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception>.
46. Kennedy E. Shriver National Institute of Child Health and Human Development. ¿Cuáles son los diferentes tipos de anticonceptivos? [Internet]. Nih.gov; 2018. [Consultado el 27 de enero de 2021]. Disponible desde: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/contraception/informacion/tipos>.
47. Fondo de la población de las naciones unidas. Métodos permanentes. [Internet]. México; 2017. [Consultado el 27 de enero de 2021]. Disponible desde: https://mexico.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/10_Metodos_Permanentes_Ficha_Informativa.pdf.
48. Psyma Group Ag. ¿Cómo determinar el tamaño de una muestra? [Internet]. Psyma.com; 2015. [Consultado el 7 de febrero de 2017]. Disponible desde: <https://www.psyma.com/company/news/message/como-determinar-el-tamano-de-una-muestra>
49. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Internet]. Asociación Médica Mundial;

2015. [Consultado el 7 de febrero de 2017]. Disponible desde: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
50. Zapata, F. Chi-cuadrado (χ^2): distribución, cómo se calcula, ejemplos. [Internet]. Lifeder.com; 2020. [Consultado el 20 de enero de 2021]. Disponible desde: <https://www.lifeder.com/chi-cuadrada/>.
51. OECDiLibrary. Planificación familiar: Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe. [Internet]. OECD iLibrary; 2020. [Consultado el 25 de agosto de 2021]. Disponible desde: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/33ec6f10-es/index.html?itemId=/content/component/33ec6f10-es>
52. UNFPA. Planificación Familiar. [Internet]. Unfpa.org; 2014. [Consultado el 25 de agosto de 2021]. Disponible desde: <https://lac.unfpa.org/es/temas/planificaci%C3%B3n-familiar>
53. Rojas OL, Castrejón Caballero JL. El inicio de la vida sexual en México. Un análisis de los cambios en el tiempo y las diferencias sociales. [Internet]. Revista Latinoamericana de Población; 2020, junio. [Consultado el 20 de enero de 2021]. 14(27), pp 77–114. Disponible desde: <https://revistarelap.com/index.php/relap/article/view/263>
54. Enríquez SOG, Rojas MBS, Figueroa YT, Hernández DG. Conocimiento sobre métodos anticonceptivos en alumnos de tercer grado de secundaria en una institución privada. [Internet]. Paraninfo Digital; 2018, noviembre. [Consultado el 21 de enero de 2021]. Disponible desde: <http://www.index-f.com/para/n28/pdf/e142.pdf>
55. Mateus MF, Peñaranda ML. Uso y conocimiento de los métodos anticonceptivos en las adolescentes. [Internet]. Universidad Cooperativa de Colombia; 2018. [Consultado el 20 de enero de 2021]. Disponible desde: https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/7543/1/2018_Uso_%20m%C3%A9todos_anticonceptivos.pdf
56. Sánchez Meneses MC, Dávila Mendoza R, Ponce Rosas ER. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud. [Internet]. Elsevier; 2015, junio. [Consultado el 20 de enero de 2021]. 22(2), pp 35–38. Disponible desde: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-familiar-223-articulo-conocimiento-uso-metodos-anticonceptivos-adolescentes-S140588711630044X>

VIII. ANEXOS:

Anexo No. 1: Boleta de recolección de datos

Universidad de San Carlos de Guatemala
Hospital Regional de Occidente
Especialidad de Ginecología y Obstetricia



FECHA: _____

EDAD:

ESTADO CIVIL: SOLTERA UNIDA CASADA

PROFESIÓN: AMA DE CASA

OFICIOS DOMÉSTICOS

ESTUDIANTE

OTROS: _____

ESCOLARIDAD: ANALFABETA

PRIMARIA

SECUNDARIA

DIVERSIFICADO

UNIVERSITARIO

INGRESO MENSUAL: Q.0 - 1,000 Q.1,000 – 2,000

Q.2,000 – 5,000 >5,000

EDUCACIÓN SEXUAL INCLUYE TEMAS COMO:

ANATOMIA SEXUAL

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

EMBARAZO Y PARTO

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

PREVENCIÓN

OTROS: _____

¿QUE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS CONOCE?

MÉTODOS NATURALES

MÉTODOS DE BARRERA

MÉTODOS HORMONALES

DISPOSITIVOS

MÉTODO DE EMERGENCIA

MÉTODO ANTICONCEPTIVO PERMANENTE

OTROS: _____

***DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ANTERIORES ¿CUÁLES HA UTILIZADO?**

FUENTES DE INFORMACIÓN SOBRE TEMAS DE EDUCACIÓN SEXUAL:

PADRES

MAESTROS

AMIGOS

PERSONAL DE SALUD

MEDIOS DE COMUNICACIÓN

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EDUCACIÓN SEXUAL:

1. ¿Se puede quedar embarazada en la primera relación sexual?

2. ¿El Condón es un método de barrera?

3. ¿El útero y los ovarios forman parte del aparato reproductor femenino?

4. Mencione dos partes del aparato reproductor masculino

5. Mencione dos enfermedades de transmisión sexual

6. ¿En qué momento debe de tomarse la píldora de emergencia?

7. ¿Cuáles son los dos métodos anticonceptivos permanentes?

NULO

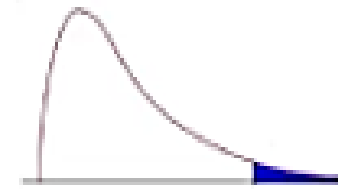
BAJO

MEDIO

ALTO

Anexo No. 2: Distribución Chi Cuadrada (50):

Distribución Chi-cuadrada



g.l.	$\chi^2_{0.995}$	$\chi^2_{0.990}$	$\chi^2_{0.975}$	$\chi^2_{0.95}$	$\chi^2_{0.9}$	$\chi^2_{0.1}$	$\chi^2_{0.05}$	$\chi^2_{0.025}$	$\chi^2_{0.01}$	$\chi^2_{0.005}$
1	3.9E-05	0.0002	0.0010	0.0039	0.0158	2.7055	3.8415	5.0239	6.6349	7.8794
2	0.0100	0.0201	0.0508	0.1026	0.2107	4.6052	5.9915	7.3778	9.2103	10.5966
3	0.0717	0.1148	0.2158	0.3518	0.5844	6.2514	7.8147	9.3484	11.3449	12.8382
4	0.2070	0.2971	0.4844	0.7107	1.0636	7.7794	9.4877	11.1433	13.2767	14.8603
5	0.4117	0.5543	0.8312	1.1455	1.6103	9.2364	11.0705	12.8325	15.0863	16.7496
6	0.6757	0.8721	1.2373	1.6354	2.2041	10.6446	12.5916	14.4494	16.8119	18.5476
7	0.9893	1.2390	1.6809	2.1673	2.8331	12.0170	14.0671	16.0128	18.4753	20.2777
8	1.3444	1.6465	2.1797	2.7326	3.4895	13.3616	15.5073	17.5345	20.0902	21.9550
9	1.7349	2.0879	2.7004	3.3251	4.1682	14.6837	16.9190	19.0228	21.6660	23.5894
10	2.1559	2.5582	3.2470	3.9403	4.8652	15.9872	18.3070	20.4832	23.2093	25.1882
11	2.6032	3.0535	3.8157	4.5748	5.5778	17.2750	19.6751	21.9200	24.7250	26.7568
12	3.0738	3.5706	4.4038	5.2260	6.3038	18.5493	21.0261	23.3367	26.2170	28.2995
13	3.5650	4.1069	5.0088	5.8919	7.0415	19.8119	22.3620	24.7356	27.6882	29.8195
14	4.0747	4.6604	5.6287	6.5706	7.7895	21.0641	23.6848	26.1189	29.1412	31.3193
15	4.6009	5.2293	6.2621	7.2609	8.5468	22.3071	24.9958	27.4884	30.5779	32.8013
16	5.1422	5.8122	6.9077	7.9616	9.3122	23.5418	26.2962	28.8454	31.9999	34.2672
17	5.6972	6.4078	7.5642	8.6718	10.0852	24.7690	27.5871	30.1910	33.4087	35.7185
18	6.2648	7.0149	8.2307	9.3905	10.8649	25.9894	28.8693	31.5264	34.8053	37.1565
19	6.8440	7.6327	8.9065	10.1170	11.6509	27.2036	30.1435	32.8523	36.1909	38.5823
20	7.4338	8.2604	9.5908	10.8508	12.4426	28.4120	31.4104	34.1696	37.5662	39.9968
21	8.0337	8.9172	10.2829	11.5913	13.2396	29.6151	32.6706	35.4789	38.9322	41.4011
22	8.6427	9.5925	10.9823	12.3380	14.0415	30.8133	33.9244	36.7807	40.2894	42.7957
23	9.2604	10.2857	11.6886	13.0905	14.8480	32.0069	35.1725	38.0756	41.6384	44.1813
24	9.8862	10.9964	12.4012	13.8484	15.6587	33.1962	36.4150	39.3641	42.9798	45.5585
25	10.5197	11.7240	13.1197	14.6114	16.4734	34.3816	37.6525	40.6465	44.3141	46.9279
26	11.1602	12.4681	13.8439	15.3792	17.2919	35.5632	38.8851	41.9232	45.6417	48.2899
27	11.8076	13.2285	14.5734	16.1514	18.1139	36.7412	40.1133	43.1945	46.9629	49.6449
28	12.4613	13.9947	15.3079	16.9279	18.9392	37.9159	41.3371	44.4608	48.2782	50.9934
29	13.1211	14.7665	16.0471	17.7084	19.7677	39.0875	42.5570	45.7223	49.5879	52.3356
30	13.7867	15.5435	16.7908	18.4927	20.5992	40.2560	43.7730	46.9792	50.8922	53.6720

PERMISO DEL AUTOR PARA COPIAR EL TRABAJO

El Autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada "Educación Sexual y Uso de Métodos Anticonceptivos en Pacientes Adolescentes" para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.