

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD REPRODUCTIVA
EN ADOLESCENTES DE ENSEÑANZA MEDIA"

Estudio Observacional-Descriptivo en estudiantes adolescentes
de educación media, de la ciudad capital,
durante el mes de mayo de 1995.

TESIS

*Presentada a la Honorable Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala.*

POR

GUSTAVO ADOLFO PELLECCER CASTILLO

En el acto de investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, julio de 1995

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

OS
7(2968)

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FORMA D

HACE CONSTAR QUE:

El (La) Bachiller: GUSTAVO ADOLFO PELLECCER CASTILLO

Carnet Universitario No. 88-16414

Ha presentado para su Examen General Público, previo a optar al
Titulo de Médico y Cirujano, el trabajo de Tesis titulado:

CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES DE
ENSEÑANZA MEDIA

Trabajo asesorado por: DR. SALVADOR CASTRO DR. MARIO CERON D.

y revisado por: DR. ALLAN JACOBO RUANO FERNANDEZ
quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite,
firma y sella la presente

ORDEN DE IMPRESION:

Guatemala, 7 de julio de 1995

DR. EDGAR DE LEON BARILLAS
Por Unidad de Tesis

DR. RAUL CASTILLO RODAS
DIRECTOR
CENTRO DE INVESTIGACIONES
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

IMPRIMASE:

Dr. Edgar Axel Oliva Gonzalez
DECANO



FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 5 de Julio de 1995

Director Unidad de Tesis

Centro de Investigaciones de las
Ciencias de la Salud - Unidad de Tesis

Se informa que el: BACHILLER EN CIENCIAS Y LETRAS, GUSTAVO ADOLFO
Título o diploma de diversificado, Nombres y ape-

PELLEGER CASTILLO Carnet No. 8816414
llidos completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:

"CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES

DE ENSEÑANZA MEDIA "

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:

Firma del estudiante

Asesor

Firma y sello personal

Salvador C. Castro
MEDICO Y CIRUJANO

DR. MARIO D. CERON
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO 7043

Dr. Allan Jacobo Ruano Fernández

MEDICO Y CIRUJANO
PEDIATRA
COLEGIADO 7043

Revisor
Firma y sello

Registro Personal

78521

INDICE:

	PAGINAS
I. DEDICATORIA DEL ACTO.....	1
II. DEDICATORIA DE TESIS.....	1
III. INTRODUCCION.....	2
IV. DEFINICION DEL PROBLEMA.....	3
V. JUSTIFICACION DEL PROBLEMA.....	4
VI. OBJETIVOS.....	5
VII. REVISION BIBLIOGRAFICA.....	6
VIII. METODOLOGIA.....	15
IX. PRESENTACION DE RESULTADOS.....	19
X. ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS.....	61
XI. CONCLUSIONES.....	65
XII. RECOMENDACIONES.....	66
XIII. RESUMEN.....	67
XIV. BIBLIOGRAFIA.....	68
XV. ANEXOS.....	70

I. DEDICO ESTE ACTO

- A DIOS TODO PODEROSO:** Por sus bendiciones derramadas en mí y en mi familia durante toda mi carrera.
- A MIS PADRES:** Francisco Pellecer Nuñez y María Luz Castillo de Pellecer. Agradeciendoles su gran apoyo incondicional y sus sacrificios por brindarme este momento tan especial.
MUCHAS GRACIAS.
- CON CARIÑO ESPECIAL:** Auri de Zabala y Flor de María de Pellecer.
- A MIS HERMANOS:** Carlos Manuel, María Eugenia y Julio Francisco motivandolos a que sigan adelante.
Con cariño especial.
- A MIS TIOS:** Angela Nuñez, Elena y Pablo Castillo, con respeto.
- A MIS ABUELOS:** Julio Pellecer (Q.E.P.D). En memoria.
- A MI ABUELO:** Silvia Amarilis, por el apoyo moral y su comprensión, con cariño especial.
- A MI ESPOSA:** Con Amor.
- A MI HIJO:** Juan Pablo, Gaby, Marvin, Paty, Jorge, Chata, Sergio, Angela, Verónica, Roxana, Claudia.
- A MIS PRIMOS:** Carlitos, Marvincito, con cariño especial.
- A MIS SOBRINOS:** DR. Mario D. Ceron, DR. Salvador Castro y DR. Allan Jacobo Ruano F. Por su apoyo incondicional para llegar a este momento.
MUCHAS GRACIAS.
- A MI ECO JONAS:** Por los momentos compartidos.
- A MIS COMPAÑEROS:** Con recuerdo.

II. DEDICATORIA DE TESIS:

Dedico esta tesis al distinguido Gremio Médico, a toda persona que contribuyó en la elaboración de la misma, a todo aquel que contribuye en la Salud Reproductiva, a la GLORIOSA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, A LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDIAS Y HOSPITALES SAN JUAN DE DIOS, ROSSEVELTH, I.G.S.S.

III. INTRODUCCION:

El acceso a la información y los servicios de planificación familiar es un derecho que todo adolescente o todo ser humano tiene.

De acuerdo al Banco Mundial, en 1995 habrá 512 millones de jóvenes entre 15 y 19 años, 83% de los cuales vivirán en países en vías de desarrollo. (20)

Tomando en cuenta que Guatemala es un país en vías de desarrollo, es imprescindible enfatizar políticas dirigidas a la gente joven, además la mujer tiene más riesgo que la población en general, por lo tanto se hace necesario promover la Salud Reproductiva en los adolescentes, ya que, en la pirámide poblacional, es el grupo donde se concentra la mayor cantidad de habitantes.

Es importante determinar el conocimiento que las adolescentes tienen respecto a su Salud Reproductiva, en los establecimientos ROSARIO e INCA, siendo este el objetivo general del estudio, ya que la mayoría carece de acceso adecuado a la información exacta y muchas veces recurren a remedios caseros o prácticas que les producen más daño.

En el actual estudio, se demostró que el 50% de las alumnas reciben educación sexual en su establecimiento, así mismo, las adolescentes del INCA refirieron en un 70% recibir educación sexual mientras que en el ROSARIO sólo un 23%. Otro aspecto importante es que las adolescentes refirieron en un 21% haber sido víctimas de acoso sexual en alguna etapa de su vida.

En base a lo anterior se realizó el siguiente estudio en los establecimientos EL ROSARIO Y EL INCA de la ciudad capital por medio de una encuesta aplicada a las adolescentes de ambos establecimientos durante el mes de mayo de 1995, considerandolo a su vez importante y trascendente en la sociedad guatemalteca, contribuyendo de esta forma a reducir la morbi-mortalidad en este grupo.

IV. DEFINICION DEL PROBLEMA:

De acuerdo al Banco Mundial se estima que para 1995, el 83% de la población serán adolescentes que vivirán en países en vías de desarrollo. Guatemala, país en vías de desarrollo, no escapa ante esta realidad.

Los adolescentes que carecen de acceso adecuado a la información exacta y los servicios de salud reproductiva, recurren a remedios caseros ineficaces o dañinos. (7)

Los servicios de salud reproductiva han pasado por alto las necesidades de los adolescentes en esta esfera. El embarazo a edad temprana, sigue siendo barrera para mejorar la condición educativa, económica y social de la mujer en todas partes del mundo, siendo un riesgo de morbi-mortalidad en el grupo materno-infantil.

Además, a la mayoría de estudiantes de nivel básico, no se les proporciona la educación sexual mínima y apropiada a la edad, de acuerdo a sus necesidades, lo que resulta ser un riesgo a su salud reproductiva, ya que en Guatemala solo el 46.5% reciben educación sexual tanto en escuela como colegio. (4, 6).

El siguiente estudio, se realizó en adolescentes de enseñanza media, en dos establecimientos, privado y público de la ciudad capital, a quienes se les aplicó una encuesta (ver anexo) durante el mes de mayo de 1995.

V. JUSTIFICACION DEL PROBLEMA:

En la sociedad Guatemalteca; integrada en su mayoría por gente joven, adolescentes, resulta de vital importancia que a dicha población se le brinde la información, educación y orientación sobre una conducta sexual responsable y sobre la prevención eficaz de las enfermedades de transmisión sexual, así como el abuso y explotación sexual, ya que de esta forma se evitaría en alguna medida el aumento de embarazos no deseados en esta población, maternidad precoz, enfermedades de transmisión sexual, así como el abuso y explotación sexual. (6).

En base a lo anterior considero importante haber realizado el siguiente estudio para contribuir en la disminución de la morbi-mortalidad en el grupo materno-infantil, el cual se realizó en dos establecimientos, privado y público con el fin de establecer comparaciones en ambos, no obstante el estudio no es de carácter global, por lo que los resultados obtenidos no reflejan la totalidad de la población estudiantil sino únicamente los dos establecimientos estudiados.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

VI. OBJETIVOS:

1. Determinar los conocimientos sobre salud reproductiva en las adolescentes que asisten a los establecimientos, privado y público (EL ROSARIO Y EL I.N.C.A), durante al mes de mayo de 1995.
2. Verificar el conocimiento sobre métodos anticonceptivos en la población en estudio.
3. Evaluar el conocimiento sobre enfermedades de transmisión sexual.
4. Identificar el conocimiento que tengan sobre educación sexual y sexualidad.

VII. REVISION BIBLIOGRAFICA:

1. SALUD REPRODUCTIVA:

Es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, sin riesgos, y la libertad para decidir procrear o no, cuándo y con qué frecuencia, así como el derecho a obtener información y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección para la regulación de la fecundidad y el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos.

La salud sexual está encaminada al desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente al asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual. (17, 16, 5)

Los derechos reproductivos:

- El derecho de todas las parejas a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos, y a disponer de la información y de los medios para ello;
- El derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva;
- El derecho a adoptar decisiones sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia.

1A. OBJETIVOS DE LA SALUD REPRODUCTIVA:

1. El objetivo primordial es la promoción de esos derechos en las políticas y programas estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva, incluidas la salud sexual y la planificación de la familia.
Promover la equidad e igualdad de los sexos y asegurar que la mujer controle su propia fecundidad son la piedra angular de los programas de población.
2. Los servicios deberían de ser accesibles, aceptables y cómodos para todos los usuarios.
3. Reducir la morbi-mortalidad maternas, servicios de maternidad sin riesgo y de planificación de la familia, en particular a los grupos más vulnerables, fomento de la nutrición materna, prevención de ETS y SIDA.

4. Reducir la morbi-mortalidad maternas producidas por abortos.
5. Proteger y propiciar los derechos de los adolescentes a la información y a los servicios de salud reproductiva.
6. Estimular actitudes que favorezcan un comportamiento responsable en materia sexual y reproductiva, y la sensibilidad respecto a las cuestiones de diferencias entre los sexos. (5, 17)

1B. UN ENFOQUE INTEGRAL:

La atención de la salud reproductiva debe incluir:

- Asesoramiento, información, educación, comunicación y servicios de planificación.
- Atención prenatal, parto y puerperio, incluida la lactancia materna.
- Prevención y tratamiento de la infertilidad, complicaciones de abortos, enfermedades de transmisión sexual, tamizaje preventivo del CA de cervix y mama.

Lograr la disponibilidad y accesibilidad universal de los servicios de salud reproductiva significa hacer incapié en las necesidades de los grupos con menos servicios y más vulnerables, como los adolescentes.(5, 6)

2. ADOLESCENCIA Y SUS RIESGOS:

Adolescencia: Es el período de edad consecutivo a la maduración sexual, pubertad, en el que no está terminado el desarrollo psíquico. (8)

El desarrollo psicológico normal durante la adolescencia enfrenta al individuo a cuatro cometidos, que deben ser superados antes de que pase a ser adulto:

- a) Realizar la separación emocional de la familia, con aceptación de autorresponsabilidad.
- b) Desarrollo adecuado de la sexualidad.
- c) Necesidad de una vocación futura y hacerse el compromiso de alcanzarla.
- d) Lograr el estado de la identidad del ego.

2.A RIESGOS Y CONSECUENCIAS:

2.A.A. La maternidad precoz:

El riesgo de que ocurran complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio es mucho más grande para las madres jóvenes que para las de edad mayor. Las muertes relacionadas con embarazo son la principal causa de muerte para las mujeres entre 15-19 años, en cualquier parte del mundo. (20, 22)

Por otra parte, pocas adolescentes son lo suficientemente maduras para ser madres, además que, las madres generalmente provienen de un ambiente pobre, y en consecuencia tiene dificultad para estar todo el tiempo con su bebé. Las tasas de mortalidad infantil son mucho más altas para madres menores de 18 años, y, como consecuencia de esto, hay más probabilidad que tengan niños prematuros o con BPN. (17)

Por otro lado, las mujeres que inician actividad sexual a edad temprana y que son madres a edad temprana, tienen mayor probabilidad de tener hijos mas seguidos uno después de otro, lo cuál es perjudicial para la salud y supervivencia del niño, por lo tanto de tener una familia muy numerosa, lo que constituye un riesgo de mortalidad materna.

2.A.B. Embarazos no deseados:

En todas partes del mundo, una parte de las mujeres que tratan de tener un aborto, son adolescentes no casadas. Los embarazos de adolescentes con frecuencia no son planeados ni deseados y por ende las consecuencias sociales son más serias. El aborto es más peligroso para las adolescentes en cualquier parte del mundo, debido a que tratan de obtenerlo más tarde en el embarazo y porque suelen recurrir a procedimientos de riesgo. (20)

2.A.C Enfermedades de transmisión sexual:

La tasa de enfermedades de transmisión sexual es muy elevada en la gente joven, incrementándose en los adolescentes en los últimos años.

Las enfermedades comunes entre los adolescentes son la gonorrea, clamidia, sífilis, herpes, las verrugas genitales y el VIH.

Las ETS asintomáticas son más frecuente en mujeres que en hombres, el riesgo de transmisión de hombre a mujer es mas alto que el de mujer a hombre, y se ha reportado un 24-30 % de transmisión de madres a infantes. (1, 20)

Gonorrea:

Es la enfermedad de transmisión sexual más extendida entre los adolescentes. Es causada por el diplococo gramnegativo *Neisseria gonorrhoeae*. La infección se produce a través de la uretra, el cérvix, el ano, la faringe o la via conjuntival. El periodo de incubación es entre 3 y 8 días (hasta 20 días). En mujeres la capacidad infectante es mayor debido a la frecuencia de portadoras asintomáticas.

Sífilis:

Enfermedad venérea producida por la espiroqueta *Treponema pallidum*.

La sífilis se clasifica en reciente (menor de un año) y tardía (mas de un año de evolución) la reciente puede ser primaria o secundaria.

Sífilis primaria: Es el chancro sífilítico, aparece en el lugar de la inoculación, habitualmente en el area genital, puede aparecer en otros lugares como boca, ano, dedos, ombligo, de acuerdo a los hábitos sexuales, es indoloro.

Sífilis secundaria: Es variada e imita un gran número de dermatosis, a veces coincide con el chancro aunque lo habitual es que éste haya desaparecido. La manifestación más comun consiste en la roseola sífilítica, erupción eritematosa difusa y poco aparente, hay adenopatía, febrículas, malestar general, las lesiones en palmas y plantas hacen pensar mucho en el diagnóstico, se trata de pápulas hiperqueratósicas, en las cuales se presenta una sensación dolorosa al presionarias con un objeto romo. En la boca puede haber úlceras y defoliación de las papilas linguales, estas lesiones son altamente infectantes y se debe tener precaución al realizar el examen clínico.

La sífilis tardía presenta dos etapas: Latente y Terciaria o Sintomática.

Sífilis Latente: No hay manifestaciones clínicas, la única forma de diagnosticarla es por medio de exámenes serológicos, tanto de sangre como de LCR.

Sífilis Terciaria: Las manifestaciones tardías solo aparecen en una tercera parte de los enfermos no tratados. Pueden presentar lesiones cutáneas, cardiovasculares o neurológicas. El diagnóstico se hace por medio del VDRL en la primaria y secundaria, VDRL y FTA-ABS reactivos en sífilis latente.

Clamidia:

La Chlamydia es causante de la mayoría de casos de uretritis, salpingitis, Linfogranuloma venereo y conjuntivitis y neumonia como consecuencia de las infecciones genitales.

Las manifestaciones clínicas no suelen distinguirse de las de la gonorrea. La etiología por clamidias se demuestra por material obtenido del interior de la uretra o del cuello uterino por escobilladura, por medio de microinmunofluorescencia. El período de incubación es de 5 a 10 dias.

Herpes genital:

Debe insistirse en el empleo del preservativo en los adolescentes para evitar el Herpes. La lesión herpética característica puede verse precedida por un dolor agudo, irradiado desde el periné a lo largo del trayecto de los nervios afectados. (18, 22)

2.A.D. Explotación y abuso sexual:

La falta de vivienda o la penuria económica han llevado a millones de niños, especialmente de 15-19 años a convertirse en víctimas de explotación y abuso sexual. En algunos lugares, las adolescentes son vendidas por sus propios padres a burdeles para trabajar como prostitutas, por otro lado, cabe mencionar que las adolescentes se prostituyen a fin de lograr el sustento económico familiar consecuencia de la paternidad irresponsable. (20)

Otro aspecto importante, es el hecho de que hay algunos niños que abandonan el hogar producto de abuso sexual que experimentan en su familia.

3. EDUCACION SEXUAL:

La educación sexual es la parte de la educación general que contribuye a la formación integral del hombre y la mujer para que pueda adquirir los valores, conocimientos y actitudes que le permitan realizar su autodeterminación y vivir su propia sexualidad de una manera adecuada, positiva y creadora dentro de su época, su familia y su comunidad.

La educación sexual del adolescente incluirá información acerca de la respuesta y el placer sexuales, además de las bases anatómicas y fisiológicas necesarias.

La sexualidad es una gran necesidad a efecto de superar las deficiencias siguientes:

- a) La ignorancia que sobre la sexualidad existe en todas las áreas de la población.
- b) Problemas económicos y culturales que afectan seriamente la sexualidad.
- c) El comportamiento sexual inconciente de la población.
- d) La falta de programas adecuados de educación sexual.

Instrucción sexual, es el proceso humano y social que consiste en la transmisión, aprensión de ideas, conceptos o conocimientos objetivos y reales de la naturaleza y funcionamiento de los aparatos genitales.

El deseo de unión física debe ser estimulado por el amor, relación íntima, entrega, de comunicación y sociabilidad humana.

El adolescente vive en constante inquietud sexual, las muchachas sienten la atracción por el sexo opuesto, necesitan sentirse amadas, protegidas y deseadas, pero las relaciones sexuales propiamente no le son necesarias. (7, 10, 11, 13)

3.A. OBJETIVOS DE LA EDUCACION SEXUAL:

3.A.A. DIRIGIDA AL INDIVIDUO:

1. Obtener conocimientos sobre aspectos bio-psico-sociales de la sexualidad.

2. **Mostrar aceptación del propio sexo sin temor, ansiedad o distorsión, expresando actitud objetiva hacia su comportamiento sexual y el de los demás.**

3.A.B. DIRIGIDA A LA FAMILIA:

1. Promover en los padres la educación de sus hijos con respecto a la sexualidad, la problemática que les plantea la edad.
2. Explicar el significado de las relaciones sexuales y sus consecuencias, así como de su Salud Reproductiva.
3. Inculcar los principios de paternidad-maternidad responsables.

3.A.C. DIRIGIDA A LA SOCIEDAD:

1. Ser capaces de adaptarse mental y socialmente a la sexualidad de otros., desarrollando relaciones armoniosas con personas de su edad, de su propio sexo y de sexo opuesto.
2. Delinear las implicaciones sociales, médicas y religiosas en la planificación familiar. (3, 13, 18)

3.B. HIGIENE SEXUAL:

La higiene sexual no se concreta únicamente a los órganos sexuales, sino a todo el cuerpo, en forma integral, cambio de prendas íntimas y bañarse en los días de menstruación, alimentación, además de tener conciencia del acto sexual.

La sexualidad influye mucho en la salud biológico y mental de cada individuo. (13)

4. ANTICONCEPCION EN LA ADOLESCENCIA:

Puesto que son elevadas las proporciones de adolescentes que tienen relaciones sexuales, es importante analizar el conocimiento que ellos tiene de la planificación de la familia y del uso de métodos anticonceptivos.

Los servicios anticonceptivos debieran estar a disposición de todos los adolescentes.

En un estudio realizado por The Alan Guttmacher Institute, en las Encuestas Demográficas y de Salud, en todas las mujeres de edad de procreación, reveló que en Guatemala el 46% conocen la píldora, el 25% conocen el condón, el 23% conoce el método del ritmo, el 11% conoce el DIU, el 8% conoce los espermicidas. En Guatemala, el 63% de las adolescentes de las zonas urbanas comparado con el 35% de las que viven en zonas rurales, conocen la píldora, además el 5% de adolescentes que han recibido educación primaria, comparado con el 30% de las que han recibido educación secundaria, practica el control de la natalidad, el 3% de las adolescentes de las zonas rurales comparado con un 21% de las

zonas urbanas, usan un método anticonceptivo, todo esto comparado con un 68% del uso de anticonceptivos en las adolescentes casadas, ya que la mayoría de adolescentes solteras con experiencia sexual no practican anticoncepción. (2, 11, 14, 21)

La experiencia sexual premarital aumenta con la edad, la edad media en la primera relación sexual para mujeres es 16.7 años en Guatemala, comparado con 17 años en México y Ecuador. En un estudio hecho por APROFAM reveló que la mayoría de mujeres en su primera relación sexual había sido con su novio o prometido y que tenía mayor edad que ella, resultados similares a un estudio hecho en Ecuador y en México. (4, 12)

El uso de métodos anticonceptivos aumenta con la edad, en el estudio realizado por APROFAM se encontró que el 25.8% de aquellas que habían tenido un curso de educación sexual usaron anticonceptivos, comparado con 4.5% de las que no habían tenido un curso. En un estudio realizado en México reveló que el lugar de la primera relación era el motel u hotel y el método más utilizado fué el del ritmo, además, indicaron que no usaron método porque no sabían que tendrían relaciones sexuales, sólo el 22.1% admitieron haber usado método anticonceptivo. (12)

Otro aspecto importante en este estudio de México fué el hecho de que si la mujer casada debería de trabajar, reveló que el 23.8% contestó que no debería trabajar, el 9.2% contestaron que depende, entre mayor era el nivel de educación del entrevistado más probabilidad tenía de apoyar el trabajo de una mujer casada. Cuando la respuesta era NO la razón con más frecuencia fué de que la mujer se debía dedicar al hogar y los hijos, si la respuesta era Depende, la razón era de si la situación económica lo permite.

Otro aspecto importante en este estudio, era que a mayor educación de la mujer, menor número de hijos reportaban como ideal. (12)

Finalmente en el estudio de APROFAM es importante indicar que 7.1% de mujeres casadas y 18% de mujeres solteras, manifestaron que ellos no usarían anticonceptivos porque no conocen ningún método. (21)

4.A. ANTICONCEPTIVOS:

Muy pocas adolescentes sexualmente activas expresan abiertamente el deseo de tener un niño fuera del matrimonio, y la mayoría no utiliza anticonceptivos, provocando embarazos accidentalmente, especialmente en los primeros meses de iniciar su actividad sexual. Mientras más joven sea la mujer cuando empieza su actividad sexual, más tarda en buscar anticonceptivos.

La clase social también influye en la actividad sexual como en el uso de anticonceptivos. Las hijas de padres que no terminan su bachillerato tienen más probabilidad de tener relaciones sexuales que las hijas de padres con mayor educación.

Por otra parte, se ha incrementado el uso de el DIU y la píldora como métodos más efectivos. (9).

La planificación familiar es el control de la población reducido a nivel individual en vez de nacional o global.

La anticoncepción es la prevención temporal de la fertilidad, a diferencia de la esterilización que es su prevención permanente.

4.A.1. METODOS ANTICONCEPTIVOS:

a). **CONDON:** Es un preservativo de goma que se usa para enfundar el pene antes del coito. No deja que el esperma entre en la vagina. Puede producir de 5 a 20 embarazos por 100 usuarios. Si se usan de modo adecuado confieren protección considerable, aunque no absoluta, frente a una amplia gama de enfermedades de transmisión sexual.

b). **ANTICONCEPTIVOS INTRAVAGINALES:**

Se encuentran en el mercado en diversos tipos, como cremas, gelatinas, supositorios, tabletas espumosas y en aerosoles, que actúan como una barrera física a la penetración del esperma y como un agente de acción espermicida, para que su eficacia sea máxima deben ser depositados en posición alta en la vagina, en contacto con el cuello. Parecen conferir cierta protección frente a algunas enfermedades de transmisión sexual.

c). **DIAFRAGMA:**

Consiste en una cúpula circular de goma de varios diámetros apoyada en un anillo de metal, ha sido utilizado en combinación con gelatinas o cremas espermicidas. Requiere motivación, pero se acompaña de una baja incidencia de embarazo, de 5-25 %.

d). **ANTICONCEPTIVOS ORALES:**

Los anticonceptivos orales más frecuentemente utilizados en la actualidad consisten en la combinación de un agente estrogénico y de un agente progestágeno, tomados diariamente durante 3 semanas y omitidos en 1 semana, cuando se produce una hemorragia uterina por supresión. El mecanismo de acción es la prevención de la ovulación, por supresión de factores hipotalámicos, que a su vez, conducen a una secreción inapropiada de hormona foliculo estimulante y de hormona luteinizante. El índice de fracaso es de 1%. Algunas contraindicaciones de su uso son: Enfermedad vascular, enfermedad coronaria, alteración de la función hepática, Ca de mama, hipertensión, diabetes, grandes fumadoras, entre otras. Los efectos benéficos que algunas mujeres obtienen de los

anticonceptivos orales son, protección contra la EIP, protección contra el embarazo

ectópico, protección contra cancer endometrial, del ovario, contra mastopatías benignas así como alivio de alteraciones menstruales.

e) ANTICONCEPTIVOS HORMONALES INYECTABLES:

La inyección de acetato de medroxiprogesterona (DepoProvera), de 2-4 veces al año, los mecanismos de acción parecen ser múltiples, incluyen inhibición de la ovulación, aumento de la viscosidad del moco cervical, y la creación de un endometrio desfavorable para la implantación del ovulo.

f) METODOS NATURALES:

Consiste en la abstinencia periódica, es un método difícil de practicar si el ciclo menstrual es irregular, no es muy efectivo. El coito interrumpido consiste en la extracción del miembro antes de la eyaculación. El óvulo es probablemente susceptible de ser fertilizado sólo durante 12-24 horas, se ha identificado esperma en el moco cervical incluso hasta 7 días después del coito. La temperatura basal se basa en los cambios leves de temperatura corporal inmediatamente antes de la ovulación. La periodicidad del moco cervical depende del conocimiento de la " sequedad " y " humedad " de la vagina como consecuencia de la existencia de cambios en la cantidad y clase de moco durante el ciclo menstrual.

g) DIU:

Es un pequeño objeto plástico y cobre que se coloca en el útero. Evita que el óvulo se una con el esperma, produce un embarazo por cien usuarias. En general, los dispositivos son de 2 tipos: 1) aquellos que parecen químicamente inertes por ser hechos de un material no absorbible y, 2) aquellos de una sustancia químicamente activa como el cobre. **Contraindicaciones absolutas:** EIP previa o actual, sospecha o presencia de embarazo, antecedentes de embarazo ectópico, hemorragias ginecológicas, sospecha de CA del aparato genital y anomalías que eviten la inserción del DIU.

h) METODOS PERMANENTES: La vasectomía en el hombre y la ligadura de trompas en la mujer. (9, 14, 15, 17, 20).

VIII. METODOLOGIA:

A. TIPO DE ESTUDIO:

1. De acuerdo a la profundidad: Descriptivo.
2. De acuerdo al diseño de investigación utilizado: Observacional-Descriptivo.

B. POBLACION DE ESTUDIO:

Estudiantes adolescentes que cursen el quinto año de secretariado o magisterio, según el establecimiento.

Así mismo se eligió un establecimiento privado y un público para observar diferencias, por las condiciones educativas que tienen dichos centros.

C. MARCO MUESTRAL:

Lista de estudiantes que cursan el quinto año de carrera.

D. TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Todas las alumnas que cursan el quinto año de secretariado en el Colegio El Rosario (39 alumnas) y magisterio en el I.N.C.A . (53)

E. CRITERIOS DE INCLUSION:

- A. Estudiantes del quinto año de secretariado y magisterio de el Colegio El Rosario y el I.N.C.A., respectivamente.
- B. Que acepte voluntariamente participar en el estudio.
- C. Edad comprendida entre 13 a 17 años.

F. CRITERIOS DE EXCLUSION:

- A. Estudiante que no haya asistido al establecimiento el día de la encuesta.

G. VARIABLES A ESTUDIAR:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL
Edad	Edad del adolescente calculada a partir de la fecha de nacimiento a la actual.	Años Cumplidos.
Salud Reproductiva	Bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo.	Todas las preguntas del instrumento. (ver anexo)
Conocimiento	Lo que se sabe con seguridad que corresponde notoriamente con la realidad.	Preguntas 7, 10, 13, y 21 del instrumento de medición.
Estado Civil:	Condición legal de las personas respecto de su nacimiento, matrimonio o profesión religiosa.	Preguntas 14 y 15 del instrumento de medición.

* El instrumento de medición de las variables es la encuesta. (Ver anexo)

H. RECURSOS:

1. Materiales: a) Encuesta de recolección de datos.
b) Establecimientos educativos de nivel medio.
c) Equipo de oficina.
d) Libros de asistencia escolar.
2. Humanos: a) Estudiante de medicina.
b) Estudiantes de los establecimientos educativos.

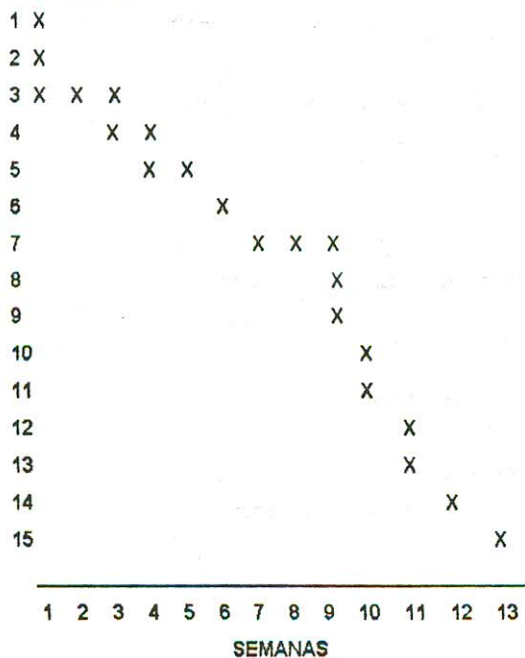
I. PLAN PARA LA RECOLECCION DE DATOS:

1. Los datos se tomaron de acuerdo a los criterios de inclusión descritos anteriormente.
2. Se solicitó permiso a las autoridades de cada establecimiento educativo a donde se dirigió el estudio.
3. Se revisaron los libros de asistencia y edad de las adolescentes.
4. Se aplicó una encuesta a cada estudiante de los establecimientos educativos que cumplieron con los criterios de inclusión.
5. Luego se procedió a la presentación de los datos recolectados, su análisis e interpretación de los resultados obtenidos, así como la elaboración de las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

J. EJECUCION DE LA INVESTIGACION:

GRAFICA DE GANTT

ACTIVIDADES



ACTIVIDADES:

1. Selección del tema del proyecto de investigación.
2. Elección del asesor y revisor.
3. Recopilación del material bibliográfico.
4. Elaboración del proyecto conjuntamente con asesor y revisor.
5. Aprobación del proyecto por los establecimientos educativos.
6. Aprobación del proyecto por la coordinación de tesis.
7. Recopilación de la información.
8. Ejecución del trabajo de campo.
9. Procesamiento de datos, elaboración de tablas y gráficas.
10. Análisis y discusión de resultados.
11. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
12. Presentación del informe final para correcciones.
13. Aprobación del informe final.
14. Impresión del informe final y trámites administrativos.
15. Examen público de defensa de la tesis.

K. TRATAMIENTO ESTADISTICO:

Por ser un estudio observacional, los datos se presentan en porcentajes, gráficas y proporciones para mejor comprensión de los mismos.

L. APORTE CIENTIFICO:

La investigación como un indicador del conocimiento que tienen las adolescentes del nivel medio en los dos establecimientos estudiados, para implementar programas de Salud Reproductiva, contribuyendo de esta forma a disminuir los riesgos de enfermar y morir en dicha población.

19

IX

**PRESENTACION
DE RESULTADOS
DEL TRABAJO
DE CAMPO**

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

CUADRO No. 1**DISTRIBUCION POR EDAD EN AMBOS ESTABLECIMIENTOS**

EDAD	PUBLICO	PORCENTAJE	PRIVADO	PORCENTAJE TOTAL	
					%
15 AÑOS	0	0	3	8	3
16 AÑOS	17	32	12	31	31
17 AÑOS	36	68	24	61	66
TOTAL	53	100	39	100	100

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A CADA ESTABLECIMIENTO.

CUADRO No. 2**INFORMACION GENERAL RECIBIDA SOBRE EDUCACION SEXUAL Y SEXUALIDAD
EN ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS, MAYO 1995.**

	PUBLICO	%	PRIVADO	%	TOTAL %
SI	53	100	34	87	94
NO	0	0	5	13	6
TOTAL	53	100	39	100	100

FUENTE: ENCUESTA APLICADA A CADA ESTABLECIMIENTO.

CUADRO No. 3**EDUCACION SEXUAL SEGUN EL CENTRO EDUCATIVO, MAYO 1995.**

	PUBLICO	%	PRIVADO	%	TOTAL %
SI	37	70	9	23	50
NO	16	30	30	77	50
TOTAL	53	100	39	100	100

FUENTE: ENCUESTA APLICADA EN AMBOS ESTABLECIMIENTOS**CUADRO No. 4****ESTUDIANTES QUE CREEN QUE ES IMPORTANTE UN PROGRAMA
DE EDUCACION SEXUAL EN SU ESTABLECIMIENTO.**

	PUBLICO	%	PRIVADO	%	TOTAL %
SI	53	100	38	97	99
NO	0	0	1	3	1
TOTAL	53	100	39	100	100

FUENTE: ENCUESTA APLICADA EN AMBOS ESTABLECIMIENTOS.

CUADRO No. 5

ESTUDIANTES QUE HAN HABLADO SOBRE TEMAS SEXUALES EN SU FAMILIA, SEGUN
TIPO DE ESTABLECIMIENTO EDUCATIVO.

	PUBLICO	%	PRIVADO	%	TOTAL %
SI	37	70	23	60	65
NO	16	30	16	40	35
TOTAL	53	100	39	100	100

FUENTE: ENCUESTA APLICADA EN AMBOS ESTABLECIMIENTOS.

CUADRO No. 6

ESTUDIANTES QUE HAN RECIBIDO EDUCACION SEXUAL POR SU FAMILIA,
SEGUN TIPO DE ESTABLECIMIENTO.

	PRIVADO	%	PUBLICO	%	TOTAL %
PAPA	8	13	4	10	12
MAMA	33	53	22	58	55
HERMANO(a)	12	19	6	15	18
TIA (o)	5	8	2	7	7
PRIMO (a)	4	7	4	10	8
TOTAL	62	100	38	100	100

FUENTE: ENCUESTA APLICADA EN AMBOS ESTABLECIMIENTOS.

CUADRO No. 7

**ADOLESCENTES QUE HAN RECIBIDO INFORMACION SOBRE ENFERMEDADES
DE TRANSMISION SEXUAL, SEGUN TIPO DE ESTABLECIMIENTO.**

	PUBLICO	%	PRIVADO	%	TOTAL %
SI	51	96	35	90	93
NO	2	4	4	10	7
TOTAL	53	100	39	100	100

FUENTE: ENCUESTA APLICADA EN AMBOS ESTABLECIMIENTOS.

CUADRO No. 8

**ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL QUE CONOCEN, SEGUN TIPO DE
ESTABLECIMIENTO.**

	PUBLICO	%	PRIVADO	%	TOTAL %
SIFILIS	41	20	14	15	18
GONORREA	41	20	14	15	18
CLAMIDIA	5	2	0	0	1
HERPES GENITAL	35	17	11	12	15
LADILLAS	16	8	8	9	8
URETRITIS	6	3	3	3	3
VAGINITIS	13	6	4	4	6
SIDA	51	24	36	42	31
TOTAL	208	100	90	100	100

FUENTE: ENCUESTA APLICADA EN AMBOS ESTABLECIMIENTOS.

CUADRO No. 9

PADECIMIENTO DE ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL DE LAS
ADOLESCENTES, SEGUN CENTRO EDUCATIVO.

	PUBLICO	%	PRIVADO	%	TOTAL %
SI	1	1	1	1	2
NO	52	99	38	99	98
TOTAL	53	100	39	100	100

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS EN AMBOS ESTABLECIMIENTOS.

CUADRO No. 10

ESTUDIANTES QUE HAN RECIBIDO INFORMACION SOBRE COMO EVITAR QUEDAR
EMBARAZADA, SEGUN TIPO DE ESTABLECIMIENTO.

	PUBLICO	%	PRIVADO	%	TOTAL %
SI	51	96	32	82	90
NO	2	4	7	18	10
TOTAL	53	100	39	100	100

FUENTE: ENCUESTA APLICADA EN AMBOS ESTABLECIMIENTOS.

CUADRO No. 11
METODOS ANTICONCEPTIVOS QUE CONOCEN LAS ADOLESCENTES
SEGUN TIPO DE ESTABLECIMIENTO.

	PUBLICO	%	PRIVADO	%	TOTAL %
PILDORA	42	29	35	33	31
CONDON	44	31	35	33	32
DIU	8	6	2	2	4
ESPERMICIDAS LOCALES	8	6	5	5	5
RITMO	11	8	10	9	8
RETIRO	7	5	1	1	3
INJECTABLES	22	15	17	15	16
OTRO	0	0	2	2	1
TOTAL	142	100	107	100	100

FUENTE: ENCUESTA APLICADA EN AMBOS ESTABLECIMIENTOS.

CUADRO No. 12
FUENTES CONOCIDAS PARA OBTENER UN METODO ANTICONCEPTIVO,
SEGUN TIPO DE ESTABLECIMIENTO.

	PUBLICO	%	PRIVADO	%	TOTAL %
MEDICO	35	24	27	26	25
HOSPITAL	12	8	8	8	8
C. DE SALUD	21	14	13	12	13
APROFAM	40	28	27	26	26
FARMACIA	38	26	30	28	28
TOTAL	146	100	105	100	100

FUENTE: ENCUESTA APLICADA EN AMBOS ESTABLECIMIENTOS.

CUADRO No. 13
DECISION DE USAR METODO ANTICONCEPTIVO AL MOMENTO DEL COITO EN
ADOLESCENTES QUE HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES..

	PUBLICO	%	PRIVADO	%	TOTAL %
HOMBRE	1	2	1	3	2
MUJER	0	0	1	3	1
AMBOS	52	98	37	94	97
TOTAL	53	100	39	100	100

FUENTE: ENCUESTA APLICADA EN AMBOS ESTABLECIMIENTOS.

CUADRO No. 14
CREENCIA DE LAS ADOLESCENTES DE AMBOS ESTABLECIMIENTOS SOBRE EL MEJOR
METODO ANTICONCEPTIVO PARA EVITAR UN EMBARAZO.

	PUBLICO	%	PRIVADO	%	TOTAL %
PILDORA	25	29	8	15	23
CONDON	20	24	19	34	28
DIU	0	0	0	0	0
ESPERMICIDAS LOCALES	0	0	4	7	3
RITMO	8	9	9	16	12
RETIRO	5	6	1	2	4
INYECTABLES	22	26	7	13	21
NO SE	3	4	0	0	2
ABSTENCION	2	2	7	13	7
TOTAL	85	100	55	100	100

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS EN AMBOS ESTABLECIMIENTOS.

CUADRO No. 15

ESTADO CIVIL DE LAS ESTUDIANTES ENCUESTADAS
SEGUN TIPO DE ESTABLECIMIENTO.

	PUBLICO	%	PRIVADO	%	TOTAL %
CASADA	0	0	0	0	0
UNIDA	0	0	1	2	1
SOLTERA	53	100	38	98	99
SEPARADA	0	0	0	0	0
TOTAL	53	100	39	100	100

FUENTE: ENCUESTAS APLICADAS EN AMBOS ESTABLECIMIENTOS.

CUADRO No. 16

ESTUDIANTES ADOLESCENTES QUE CREEN QUE UNA MUJER CASADA DEBERIA
TRABAJAR SEGUN TIPO DE ESTABLECIMIENTO.

	PUBLICO	%	PRIVADO	%	TOTAL %
SI	41	77	34	87	81
NO	12	23	4	10	18
NO REFERIDO	0	0	1	3	1
TOTAL	53	100	39	100	100

FUENTE: ENCUESTA APLICADA EN AMBOS ESTABLECIMIENTOS.

CUADRO No. 17
ADOLESCENTES QUE HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES
SEGUN TIPO DE ESTABLECIMIENTO.

	PUBLICO	%	PRIVADO	%	TOTAL %
SI	4	8	6	15	10
NO	49	92	32	83	89
NO REFERIDO	0	0	1	2	1
TOTAL	53	100	39	100	100

FUENTE: ENCUESTA APLICADA EN AMBOS ESTABLECIMIENTOS.

CUADRO No. 18
EDAD DE LA PRIMERA RELACION SEXUAL, SEGUN TIPO DE ESTABLECIMIENTO.

	PUBLICO	%	PRIVADO	%	TOTAL %
15 AÑOS	0	0	2	33	20
16 AÑOS	4	100	1	17	50
17 AÑOS	0	0	1	17	10
NO REFERIDO	0	0	2	33	20
TOTAL	4	100	6	100	100

FUENTE: ENCUESTA APLICADA EN AMBOS ESTABLECIMIENTOS.

CUADRO No. 19
PAREJA REFERIDA EN LA PRIMERA RELACION SEXUAL,
SEGUN TIPO DE ESTABLECIMIENTO.

	PUBLICO	%	PRIVADO	%	TOTAL %
NOVIO	4	100	4	67	80
ENAMORADO	0	0	0	0	0
AMIGO	0	0	0	0	0
NO REFERIDO	0	0	2	33	20
TOTAL	4	100	6	100	100

FUENTE: ENCUESTA APLICADA EN AMBOS ESTABLECIMIENTOS.

CUADRO No. 20
FRECUENCIA DE RELACIONES SEXUALES AL MES, SEGUN TIPO DE ESTABLECIMIENTO.

	PUBLICO	%	PRIVADO	%	TOTAL %
1 MES	3	75	1	17	40
2 MESES	0	0	2	32	20
3 MESES	1	25	1	17	20
4 MESES	0	0	0	0	0
5 O MAS	0	0	1	17	10
NO REFERIDO	0	0	1	17	10
TOTAL	4	100	6	100	100

FUENTE: ENCUESTA APLICADA EN AMBOS ESTABLECIMIENTOS.

CUADRO No. 21

**ADOLESCENTES QUE USARON METODO ANTICONCEPTIVO
EN SU PRIMERA RELACION SEXUAL, SEGUN TIPO DE ESTABLECIMIENTO.**

	PUBLICO	%	PRIVADO	%	TOTAL %
SI	1	25	2	33	30
NO	3	75	3	50	60
NO REFERIDO	0	0	1	17	10
TOTAL	4	100	6	100	100

FUENTE: ENCUESTA APLICADA EN AMBOS ESTABLECIMIENTOS.

CUADRO No. 22

**RAZON POR LA QUE NO UTILIZARON METODO ANTICONCEPTIVO
EN SU PRIMERA RELACION SEXUAL, SEGUN TIPO DE ESTABLECIMIENTO.**

	PUBLICO	%	PRIVADO	%	TOTAL %
NO PENSABA TENER RELACIONES	3	75	2	50	62
NO CONOCIA DONDE OBTENERLO	0	0	0	0	0
NO CONOCIA NINGUN METODO	0	0	0	0	0
QUERIA QUEDAR EMBARAZADA	0	0	0	0	0
NO REFERIDO	1	25	2	50	38
TOTAL	4	100	4	100	100

FUENTE: ENCUESTA APLICADA EN AMBOS ESTABLECIMIENTOS.

CUADRO No. 23**ADOLESCENTES QUE REPORTARON EMBARAZO, SEGUN TIPO DE ESTABLECIMIENTO.**

	PUBLICO	%	PRIVADO	%	TOTAL %
SI	1	25	0	0	10
NO	3	75	6	100	90
TOTAL	4	100	6	100	100

FUENTE: ENCUESTA APLICADA EN AMBOS ESTABLECIMIENTOS.**CUADRO No. 24****EDAD EN EL PRIMER EMBARAZO, SEGUN TIPO DE ESTABLECIMIENTO.**

	PUBLICO	%	PRIVADO	%	TOTAL
15 AÑOS	0	0	0	0	0
16 AÑOS	1	100	0	0	0
17 AÑOS	0	0	0	0	0
TOTAL	1	100	0	0	1

FUENTE: ENCUESTA APLICADA EN AMBOS ESTABLECIMIENTOS.

CUADRO No. 25

**ADOLESCENTES QUE HAN SIDO VICTIMAS DE ACOSO SEXUAL
EN ALGUNA ETAPA DE SU VIDA, SEGUN TIPO DE ESTABLECIMIENTO.**

	PUBLICO	%	PRIVADO	%	TOTAL %
SI	6	11	13	33	21
NO	47	89	26	67	79
TOTAL	53	100	39	100	100

FUENTE: ENCUESTA APLICADA EN AMBOS ESTABLECIMIENTOS.

CUADRO No. 26

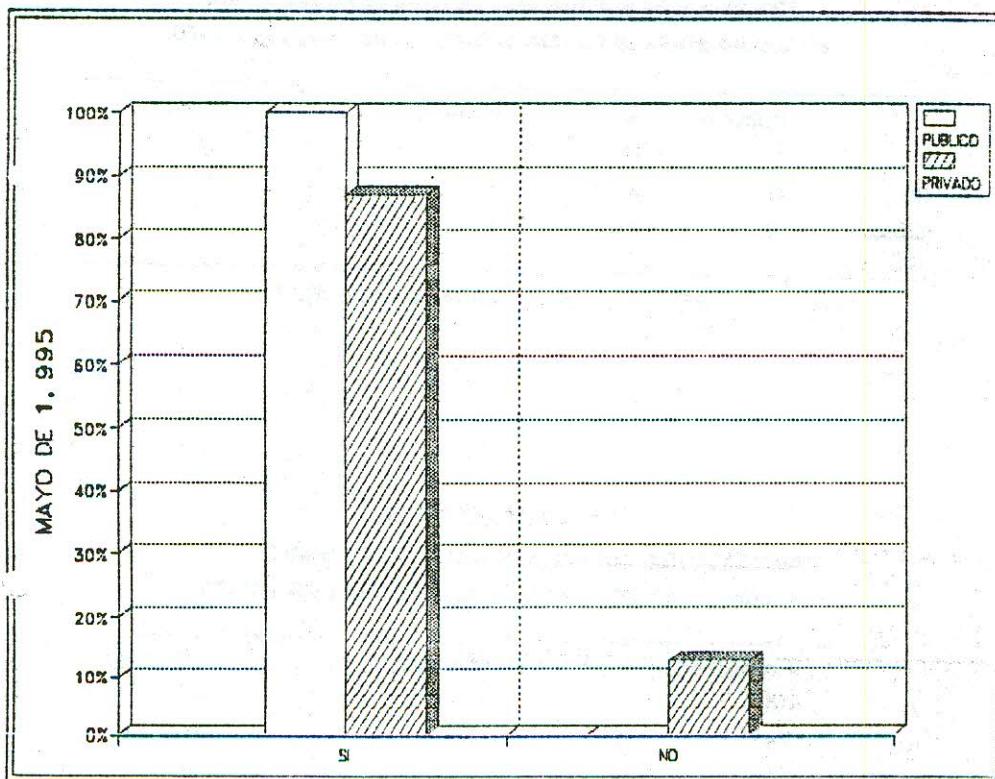
**ADOLESCENTES QUE HAN SIDO VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL
EN ALGUNA ETAPA DE SU VIDA, SEGUN TIPO DE ESTABLECIMIENTO.**

	PUBLICO	%	PRIVADO	%	TOTAL %
SI	0	0	2	5	2
NO	53	100	37	95	98
TOTAL	53	100	39	100	100

FUENTE: ENCUESTA APLICADA EN AMBOS ESTABLECIMIENTOS.

GRAFICA No. 1

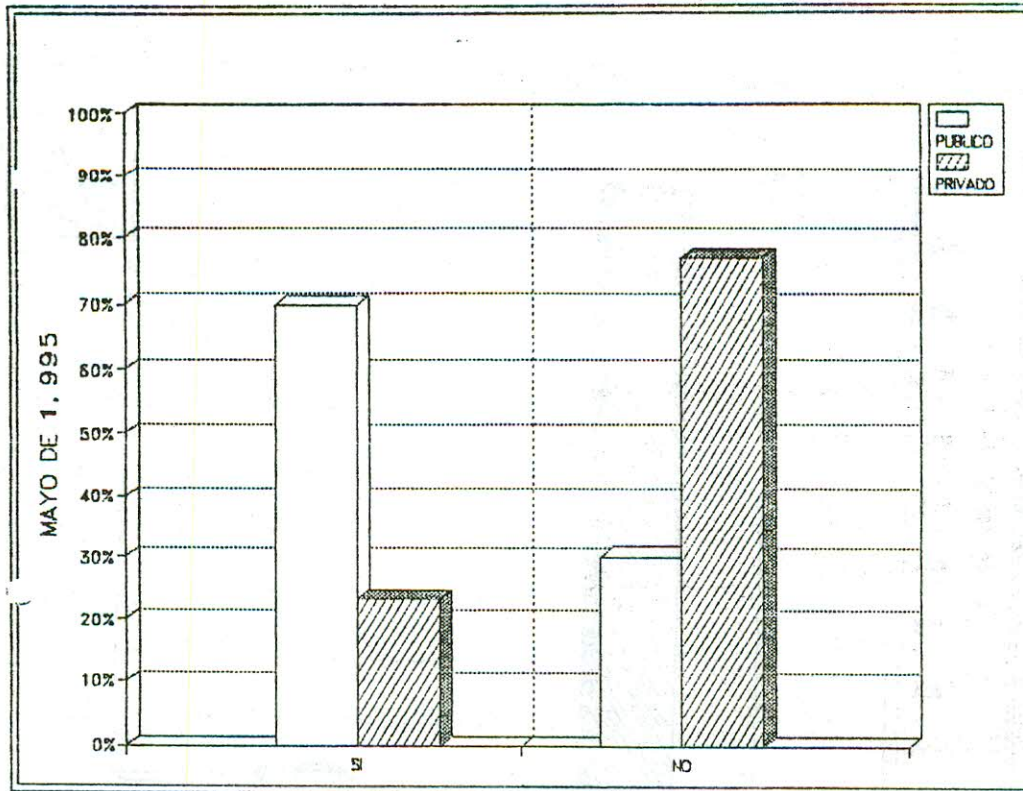
ADOLESCENTES QUE HAN RECIBIDO INFORMACION SOBRE EDUCACION SEXUAL Y SEXUALIDAD EN PORCENTAJES. SEGUN TIPO DE ESTABLECIMIENTO.



Fuentes: Cuadro No. 2

GRAFICA No. 2

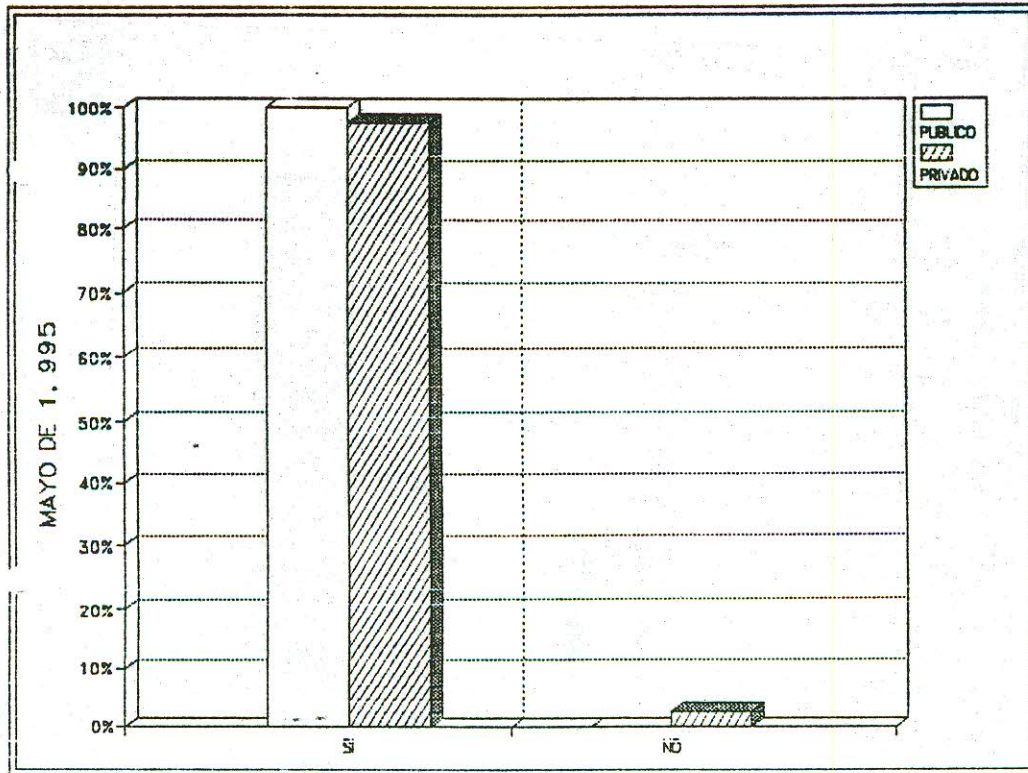
ADOLESCENTES QUE RECIBEN INFORMACION SOBRE EDUCACION SEXUAL EN EL ESTABLECIMIENTO EN PORCENTAJES, SEGUN TIPO DE ESTABLECIMIENTO.



Fuentes: Cuadro No. 3

GRAFICA No. 3

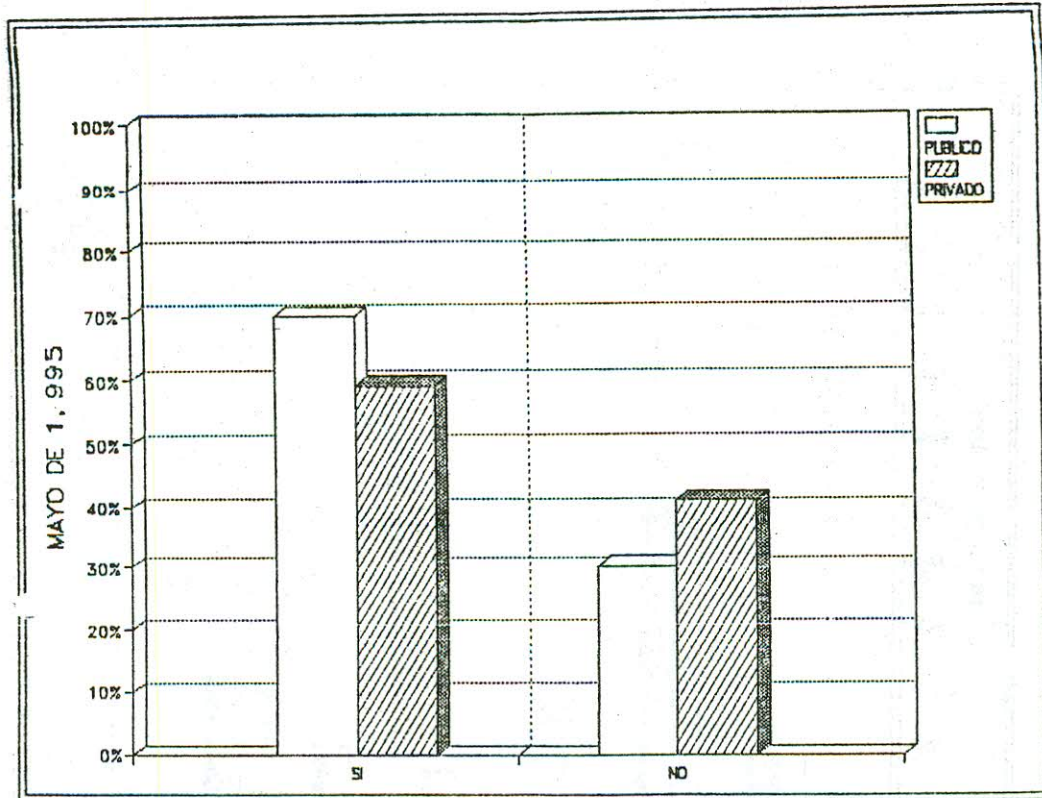
ADOLESCENTES QUE CREEN QUE ES IMPORTANTE QUE LES IMPARTAN UN PROGRAMA DE EDUCACION SEXUAL, EN PORCENTAJES. SEGUN TIPO DE ESTABLECIMIENTO.



Fuentes Cuadro No. 4

GRAFICA No. 4

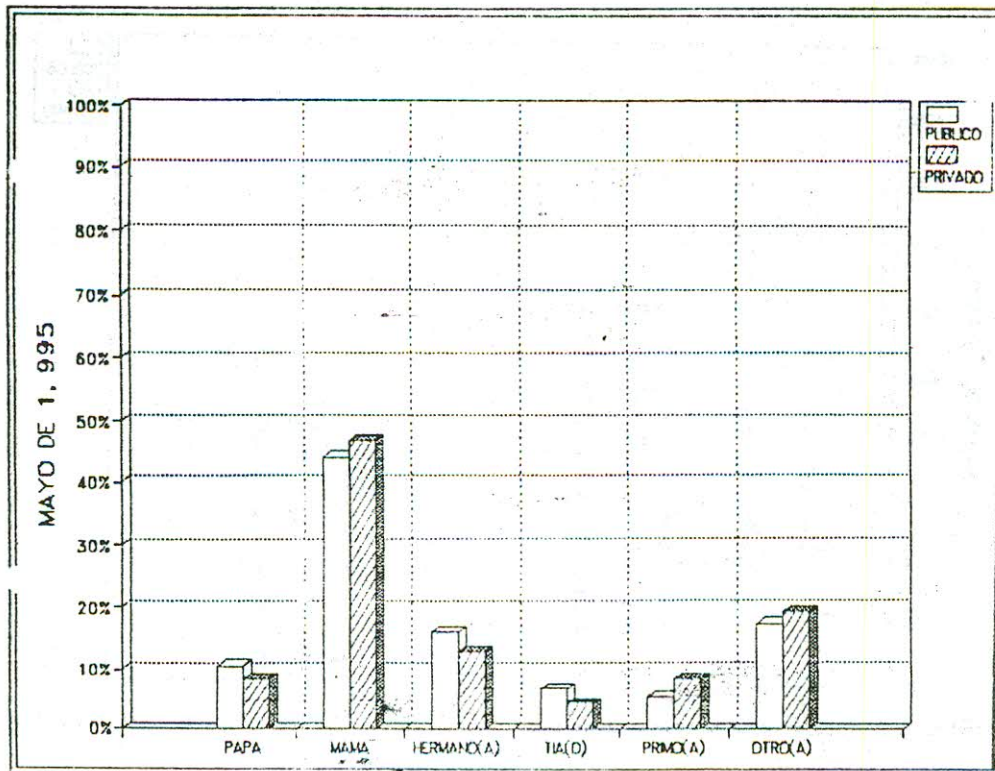
ADOLESCENTES QUE HAN HABLADO SOBRE TEMAS SEXUALES EN SU FAMILIA, EN PORCENTAJES. SEGUN TIPO DE ESTABLECIMIENTO.



Fuentes: Cuadro No. 5

GRAFICA No. 5

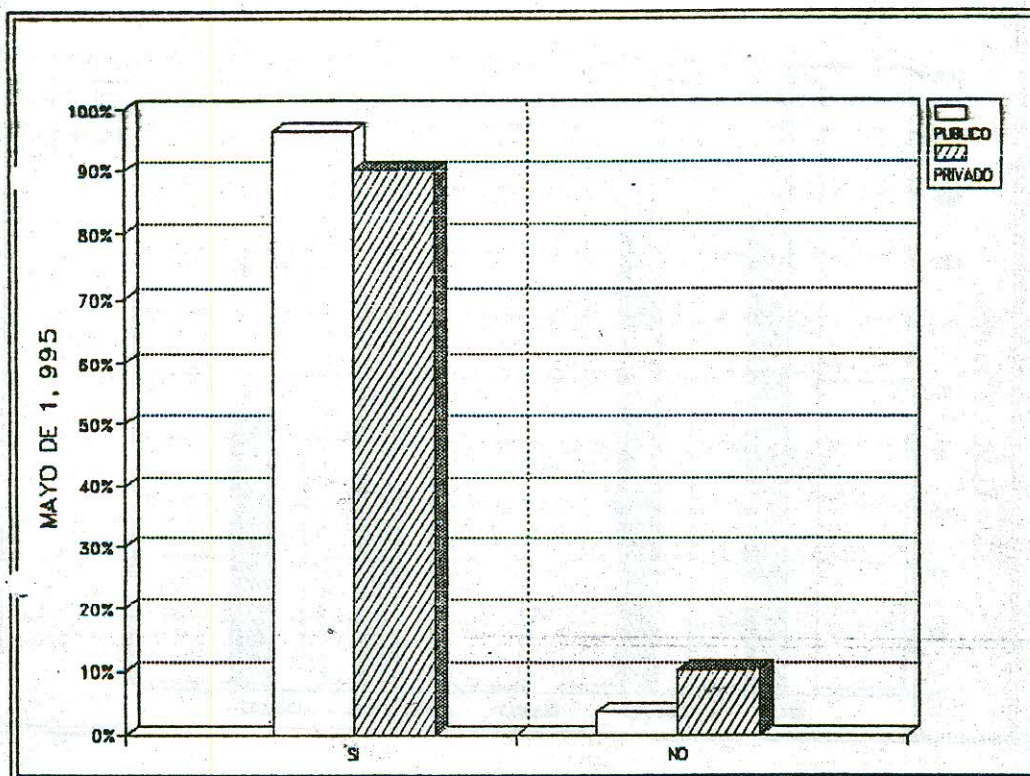
DE QUIEN HAN RECIBIDO LOS ADOLESCENTES EDUCACION SEXUAL EN SU FAMILIA, EN PORCENTAJES. SEGUN TIPO DE ESTABLECIMIENTO.



Fuente: Cuadro No. 6

GRAFICA No. 6

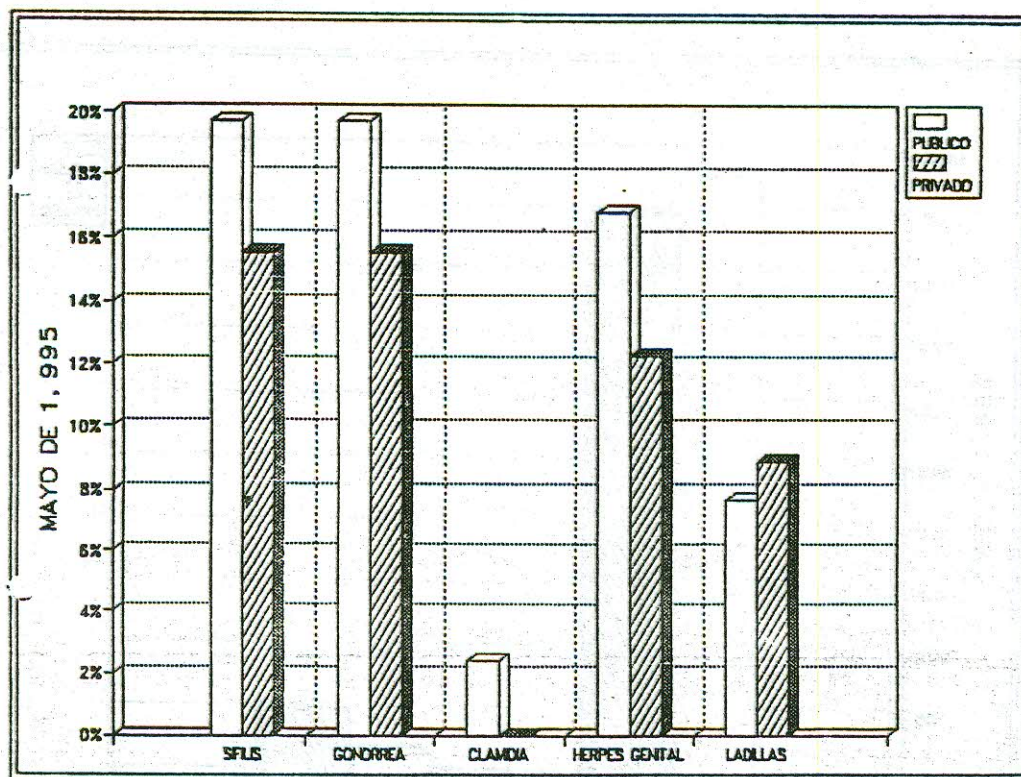
ADOLESCENTES QUE HAN RECIBIDO INFORMACION SOBRE ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL, EN PORCENTAJES. SEGUN TIPO DE ESTABLECIMIENTO.



Fuentes: Cuadro No. 7

GRAFICA No. 7.1

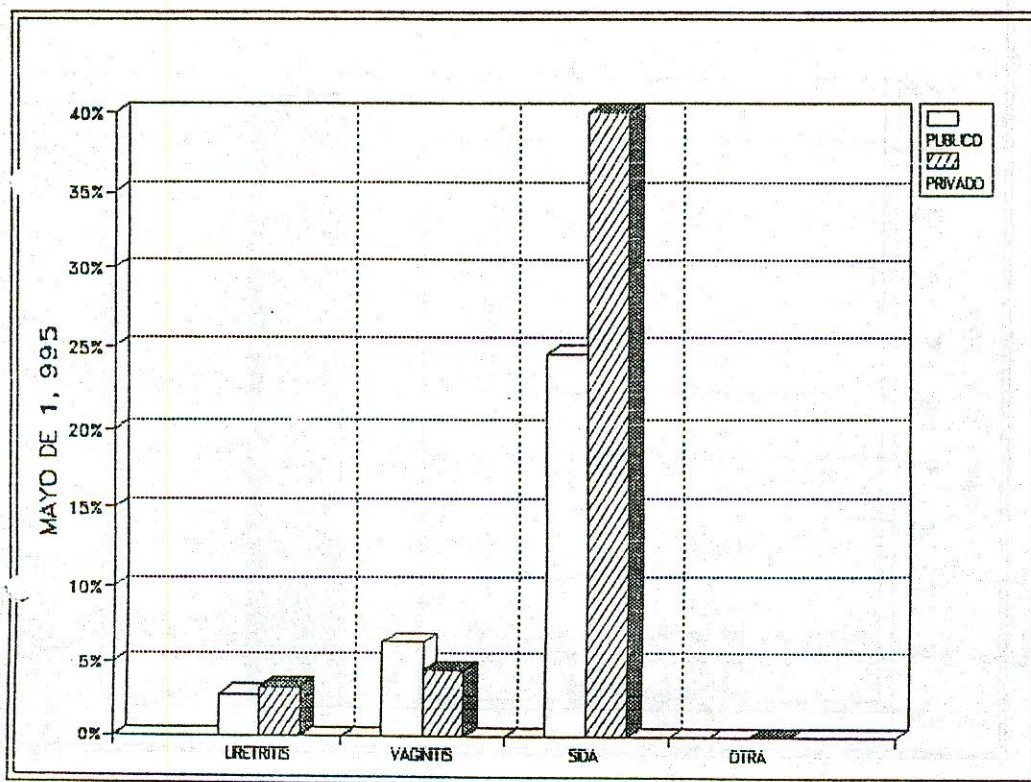
ADOLESCENTES QUE CONOCEN ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL, EN PORCENTAJES. SEGUN TIPO DE ESTABLECIMIENTO.



Fuentes Cuadro No. 8

GRAFICA No. 7.2

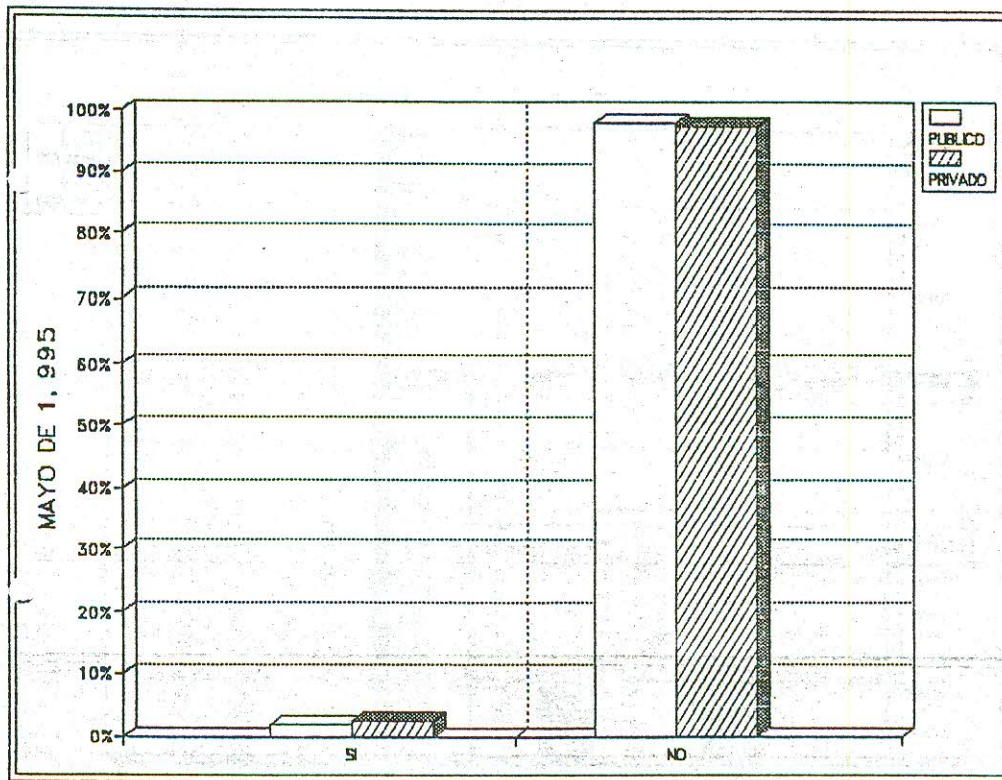
ADOLESCENTES QUE CONOCEN ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL, EN PORCENTAJES. SEGUN TIPO DE ESTABLECIMIENTO.



Fuente: Cuadro No. 8

GRAFICA No. 8

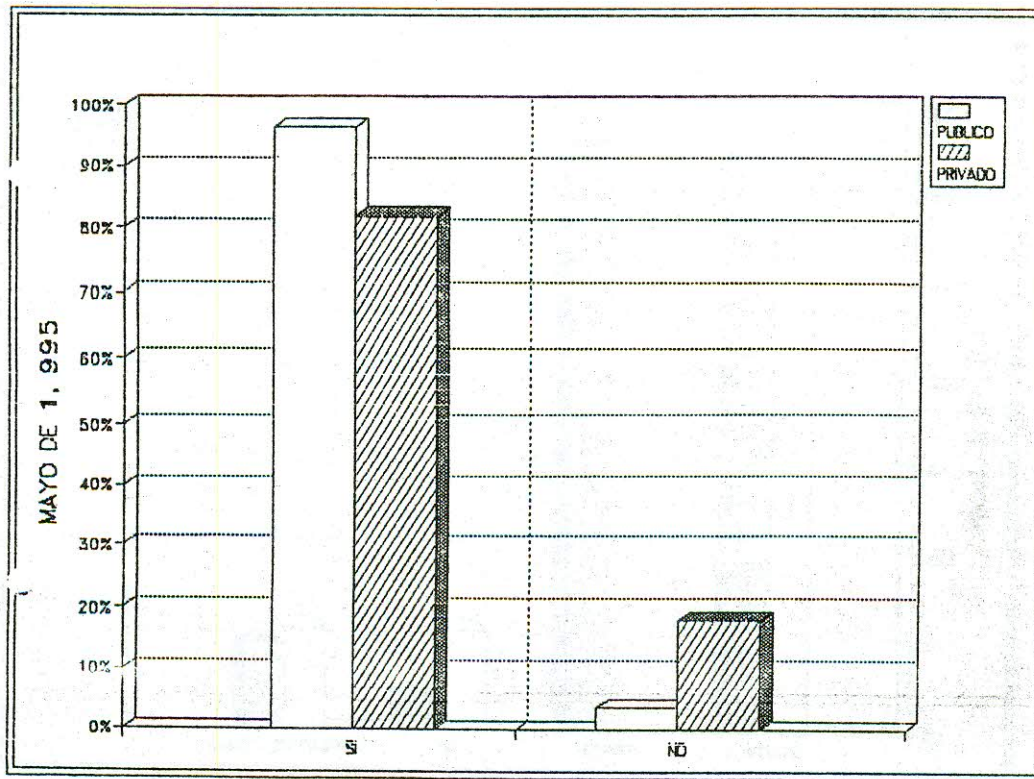
ADOLESCENTES QUE HAN TENIDO ALGUNA ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL, EN PORCENTAJES. SEGUN TIPO DE ESTABLECIMIENTO.



Fuentes: Cuadro No. 9

GRAFICA No. 9

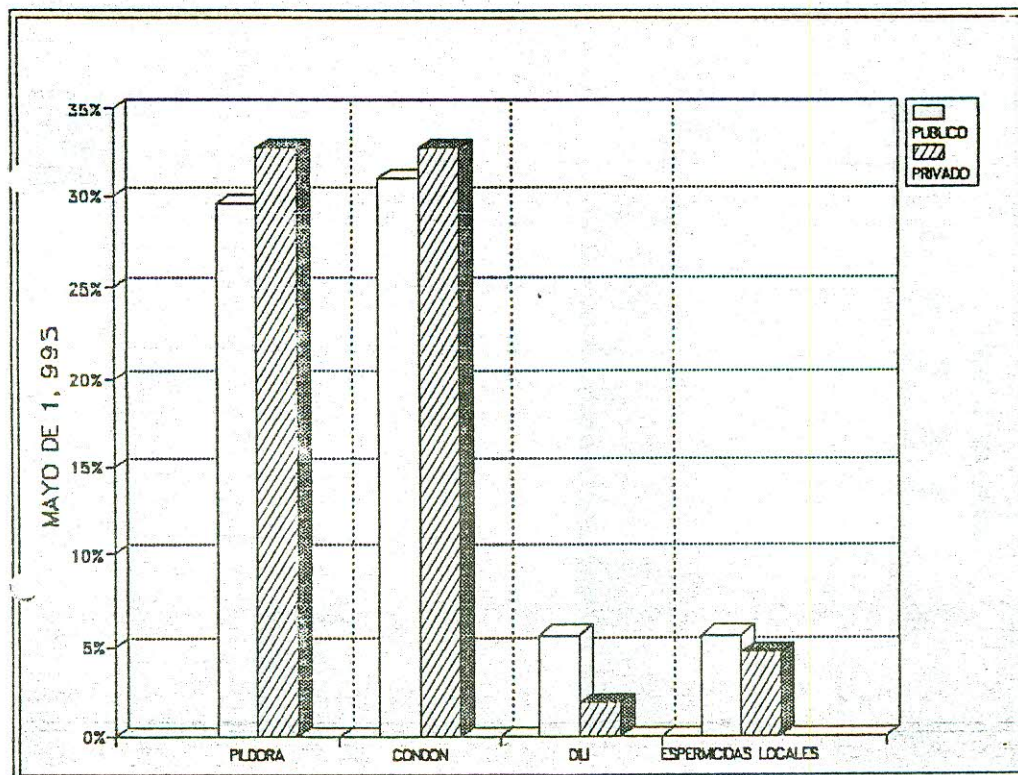
ADOLESCENTES QUE HAN RECIBIDO INFORMACION SOBRE COMO EVITAR QUEDAR EMBARAZADA, EN PORCENTAJES. SEGUN TIPO DE ESTABLECIMIENTO.



Fuente: Cuadro No. 10

GRAFICA No. 10.1

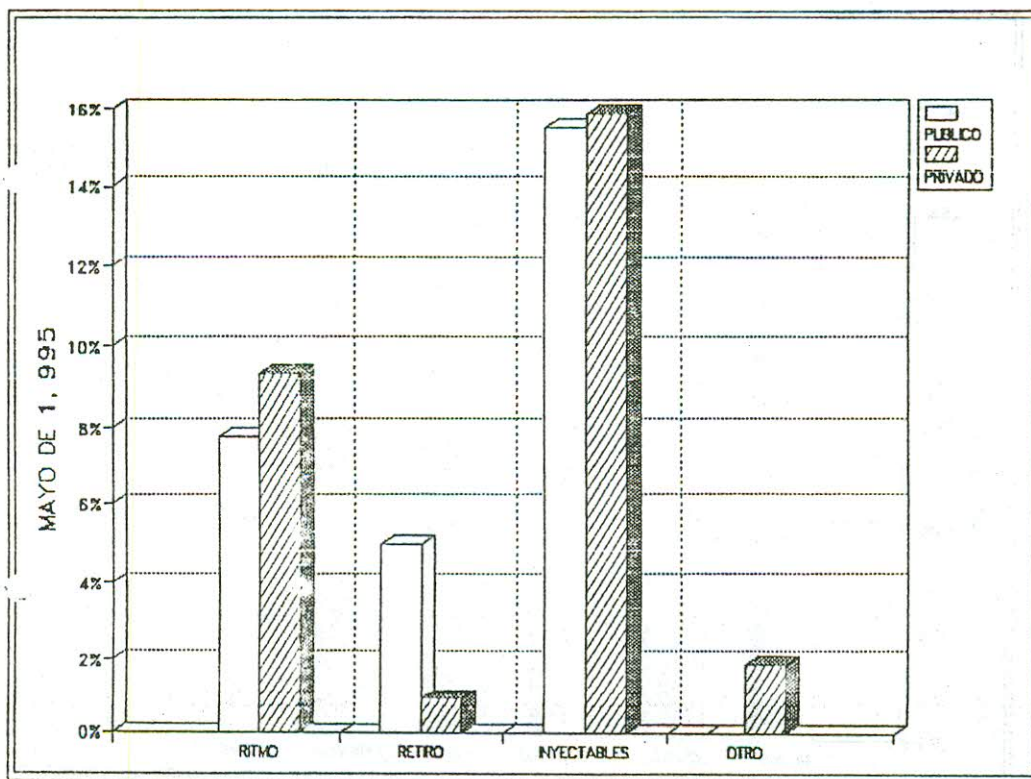
ADOLESCENTES QUE CONOCEN METODOS ANTICONCEPTIVOS, EN PORCENTAJES, SEGUN TIPO DE ESTABLECIMIENTO.



Fuentes Cuadro No. 11

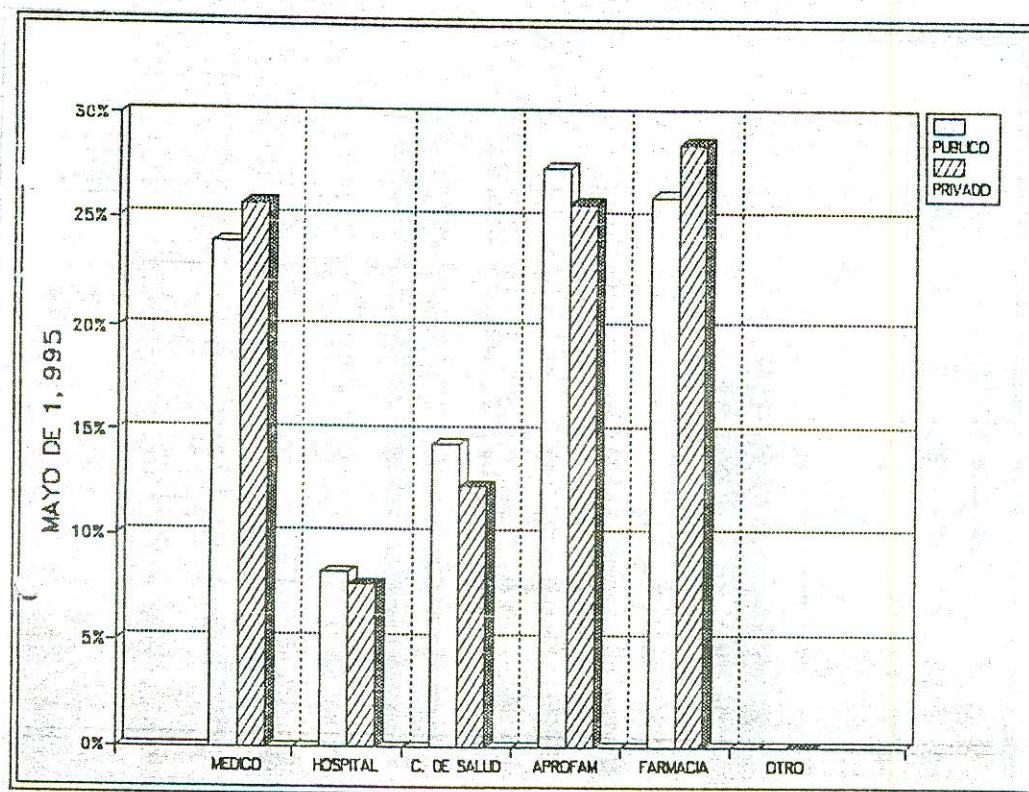
GRAFICA No. 10.2

ADOLESCENTES QUE CONOCEN METODOS ANTICONCEPTIVOS, EN PORCENTAJES. SEGUN TIPO DE ESTABLECIMIENTO.



Fuentes Cuadro No. 11

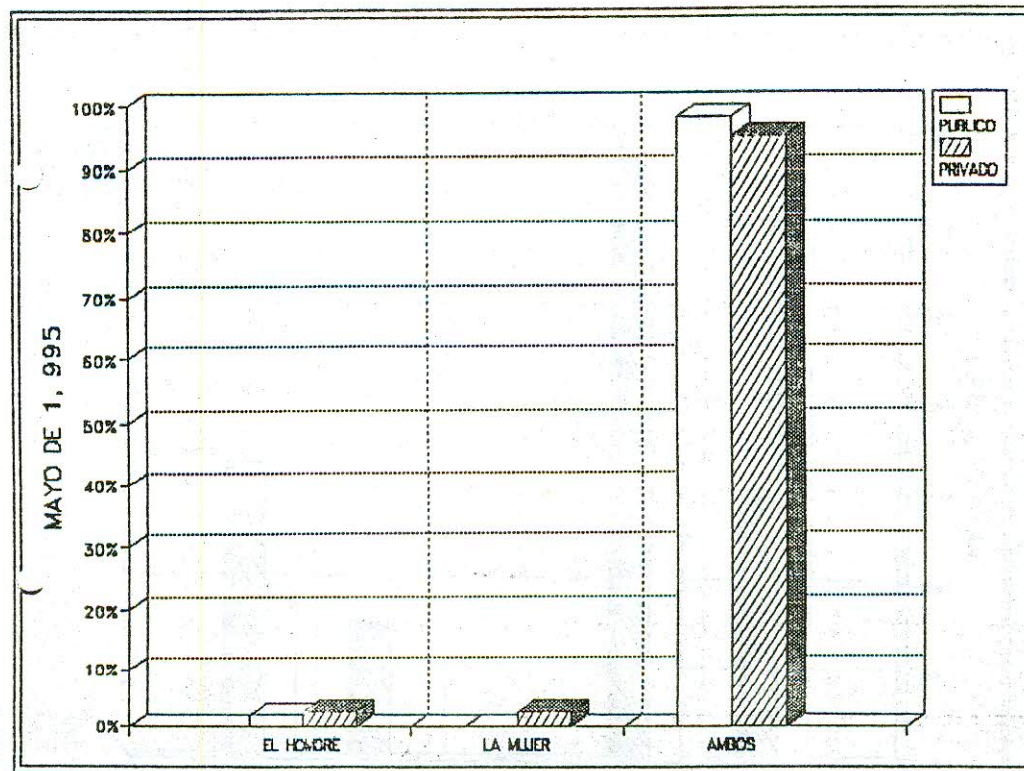
GRAFICA No. 11
FUENTES QUE CONOCEN LOS ADOLESCENTES PARA OBTENER UN
METODO ANTICONCEPTIVO, EN PORCENTAJES, SEGUN TIPO DE
ESTABLECIMIENTO.



Fuentes: Cuadro No. 12

GRAFICA No. 12

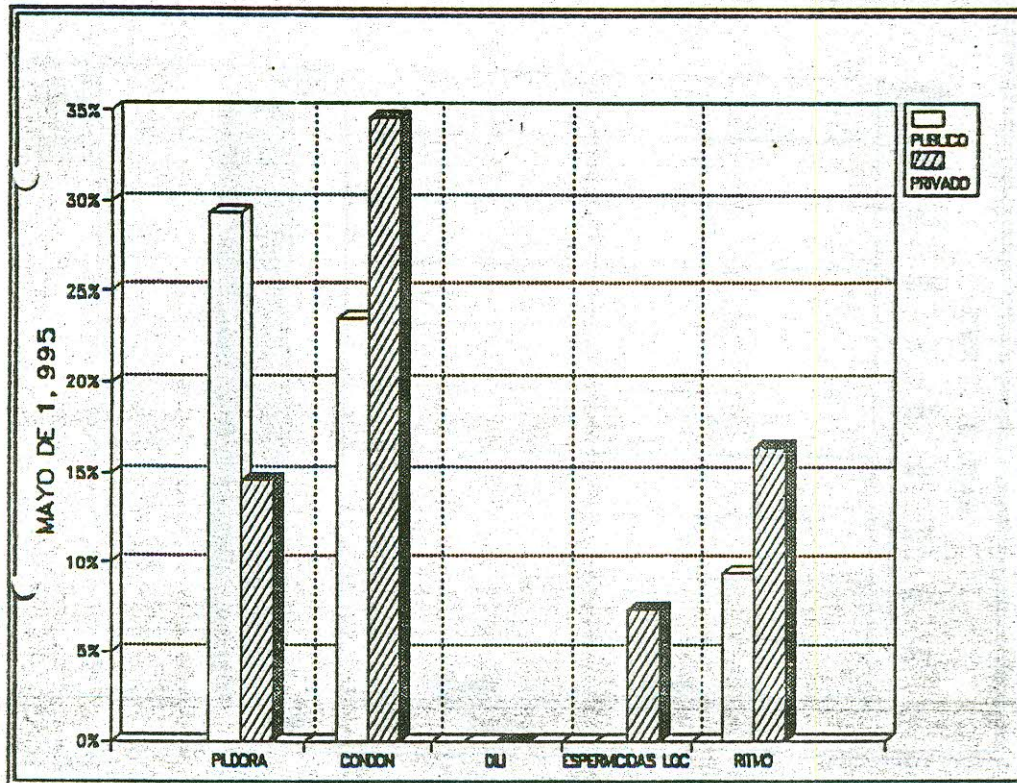
ADOLESCENTES QUE CREEN QUIEN DEBE TOMAR LA DECISION DE USAR METODOS ANTICONCEPTIVOS, EN PORCENTAJES. SEGUN TIPO DE ESTABLECIMIENTO.



Fuentes Cuadro No. 13

GRAFICA No. 131

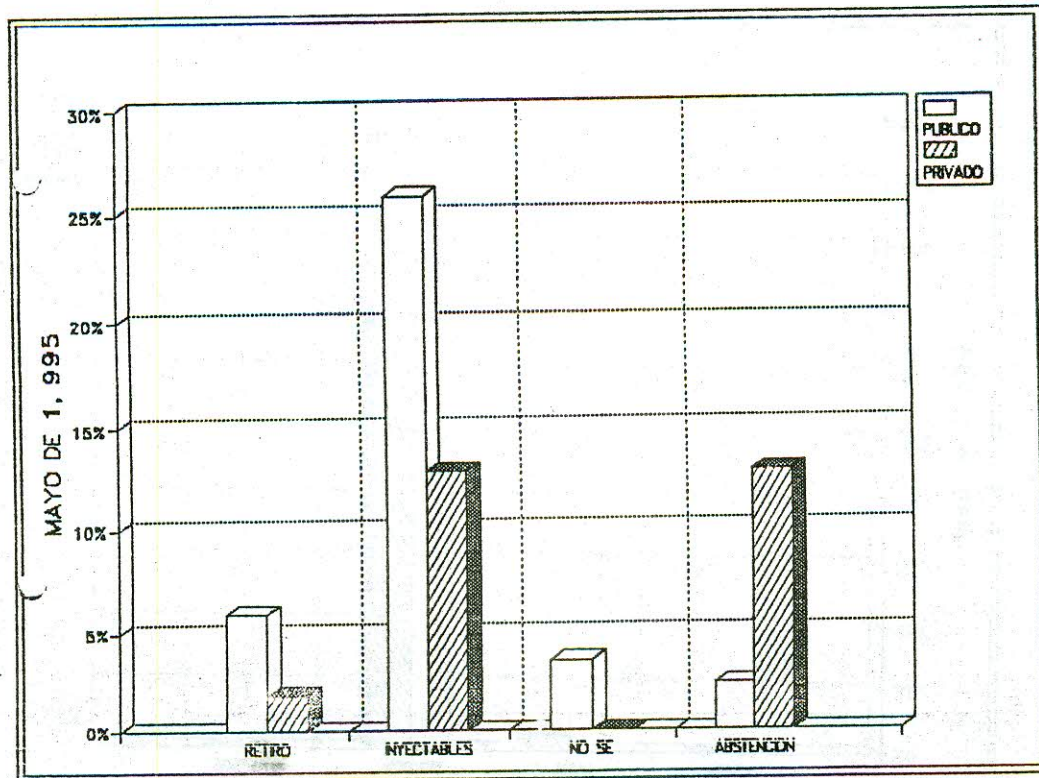
ADOLESCENTES QUE CREEN CUAL ES EL MEJOR METODO ANTICONCEPTIVO PARA EVITAR UN EMBARAZO, EN PORCENTAJES. SEGUN TIPO DE ESTABLECIMIENTO.



Fuentes Cuadro No. 14

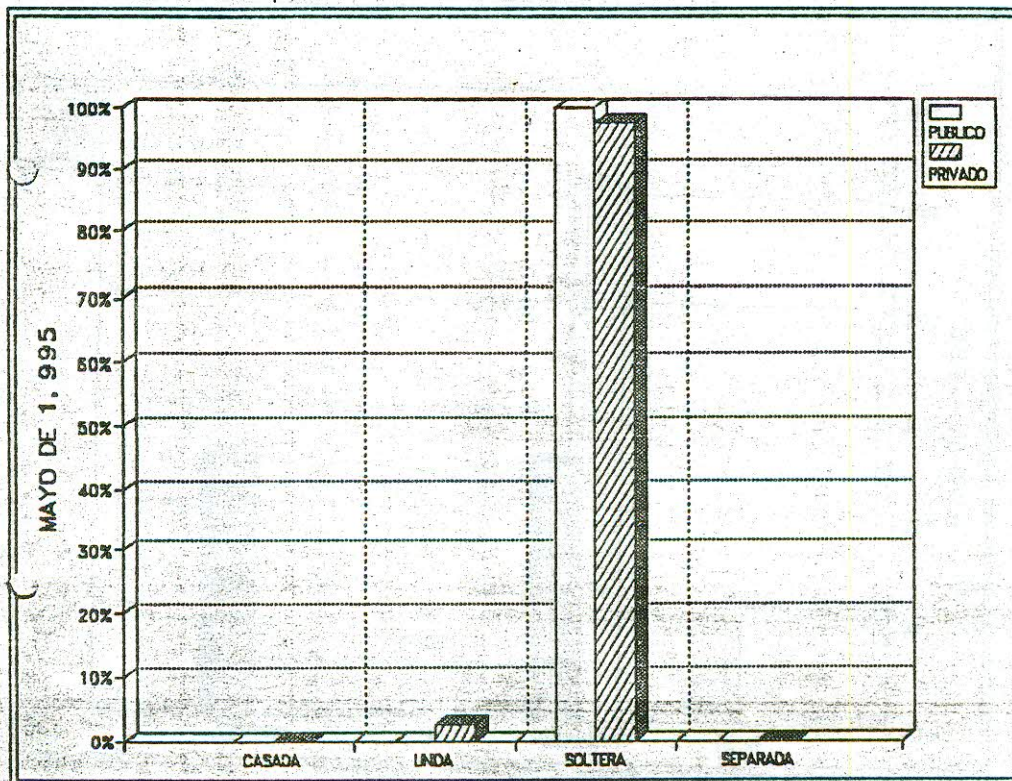
GRAFICA No. 13.2

ADOLESCENTES QUE CREEN CUAL ES EL MEJOR METODO ANTICONCEPTIVO PARA EVITAR UN EMBARAZO, EN PORCENTAJES, SEGUN TIPO DE ESTABLECIMIENTO.



Fuente: Cuadro No. 14

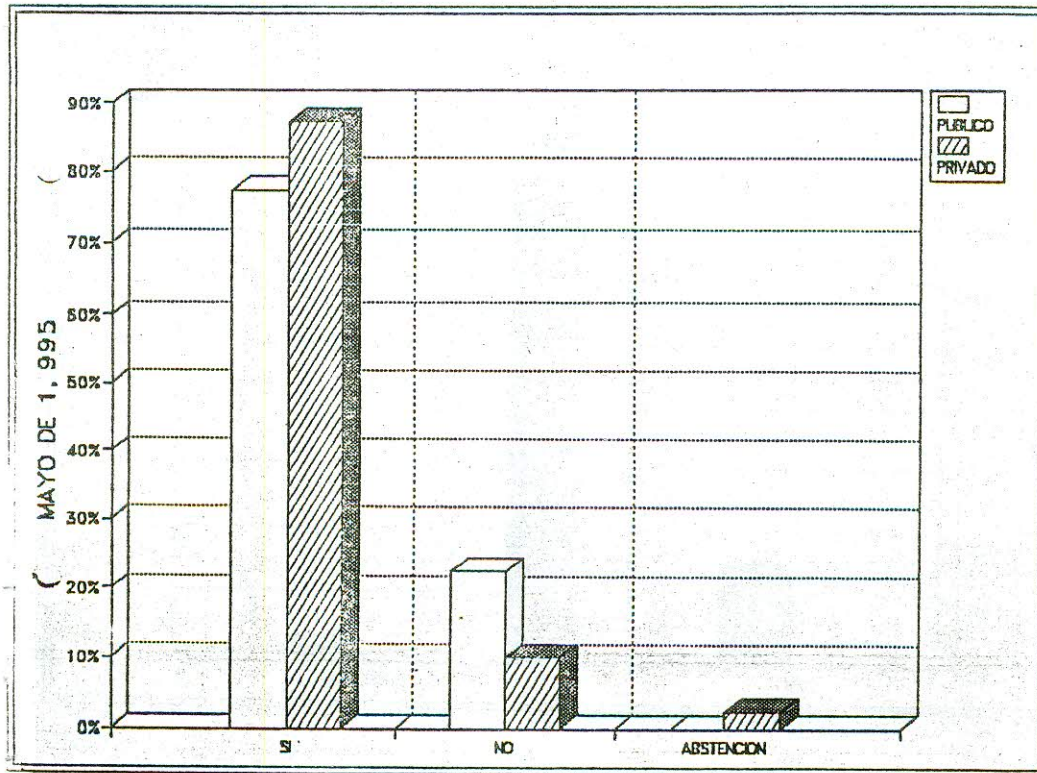
GRAFICA No. 14
ESTADO CIVIL DE LAS ADOLESCENTES EN PORCENTAJES,
SEGUN TIPO DE ESTABLECIMIENTO.



Fuentes Cuadro No. 15

GRAFICA No. 15

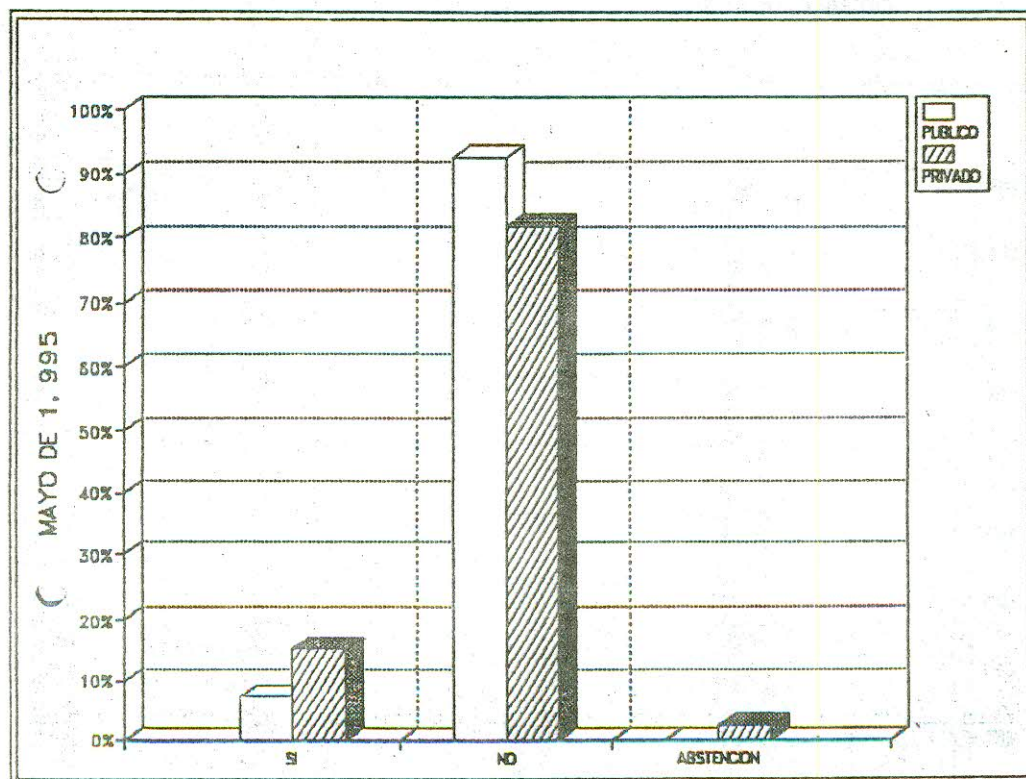
ADOLESCENTES QUE CREEN QUE UNA MUJER CASADA DEBERIA TRABAJAR, EN PORCENTAJES, SEGUN TIPO DE ESTABLECIMIENTO.



Fuente, Cuadro No. 16

GRAFICA No. 16

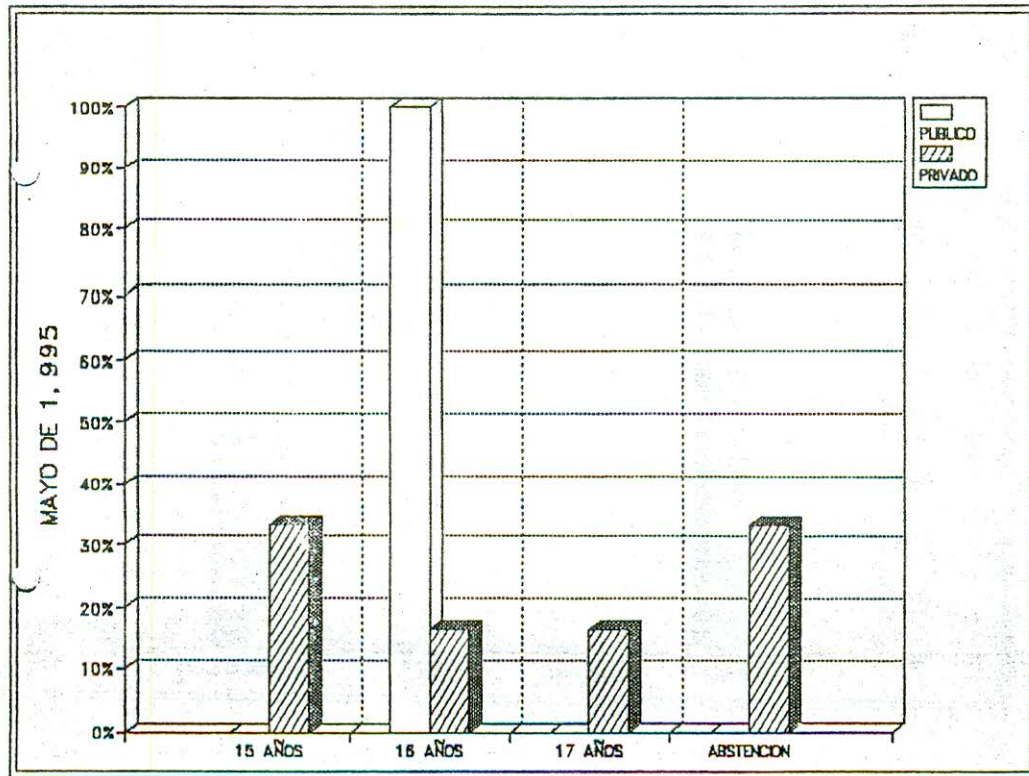
ADOLESCENTES QUE HAN TENIDO RELACIONES SEXUALES, EN PORCENTAJES. SEGUN TIPO DE ESTABLECIMIENTO.



Fuentes Cuadro No. 17

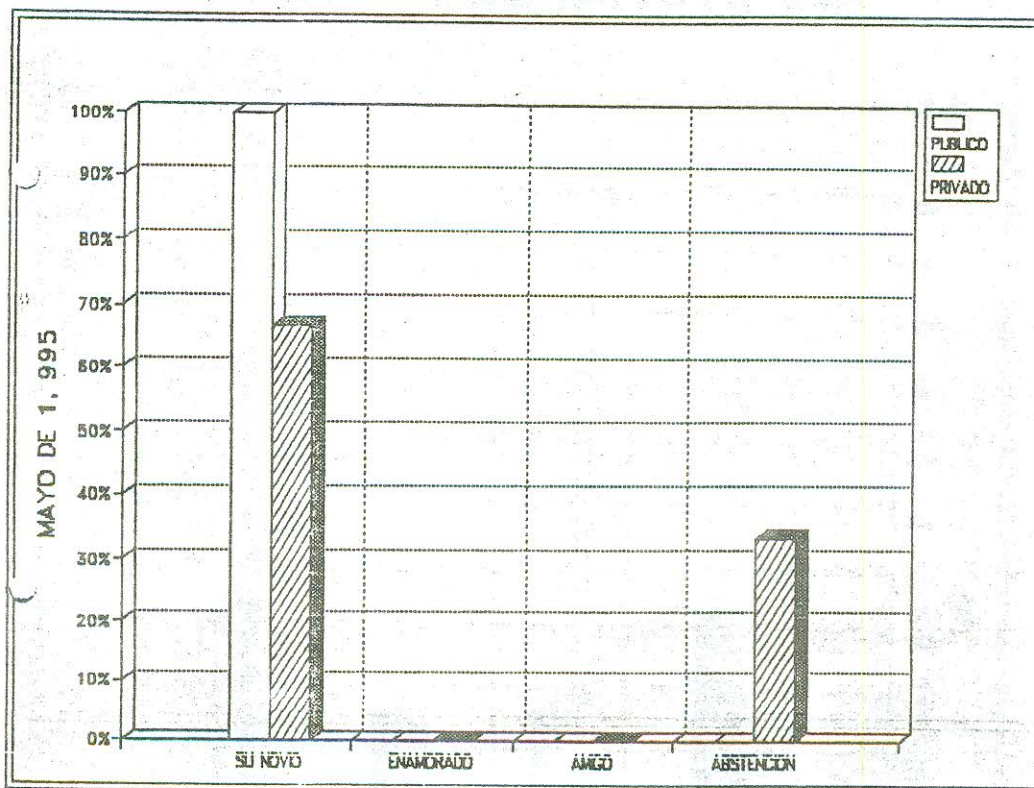
GRAFICA No. 17

ADOLESCENTES A QUE EDAD TUVIERON SU PRIMERA RELACION SEXUAL, EN PORCENTAJES. SEGUN TIPO DE ESTABLECIMIENTO.



Fuentes: Cuadro No. 18

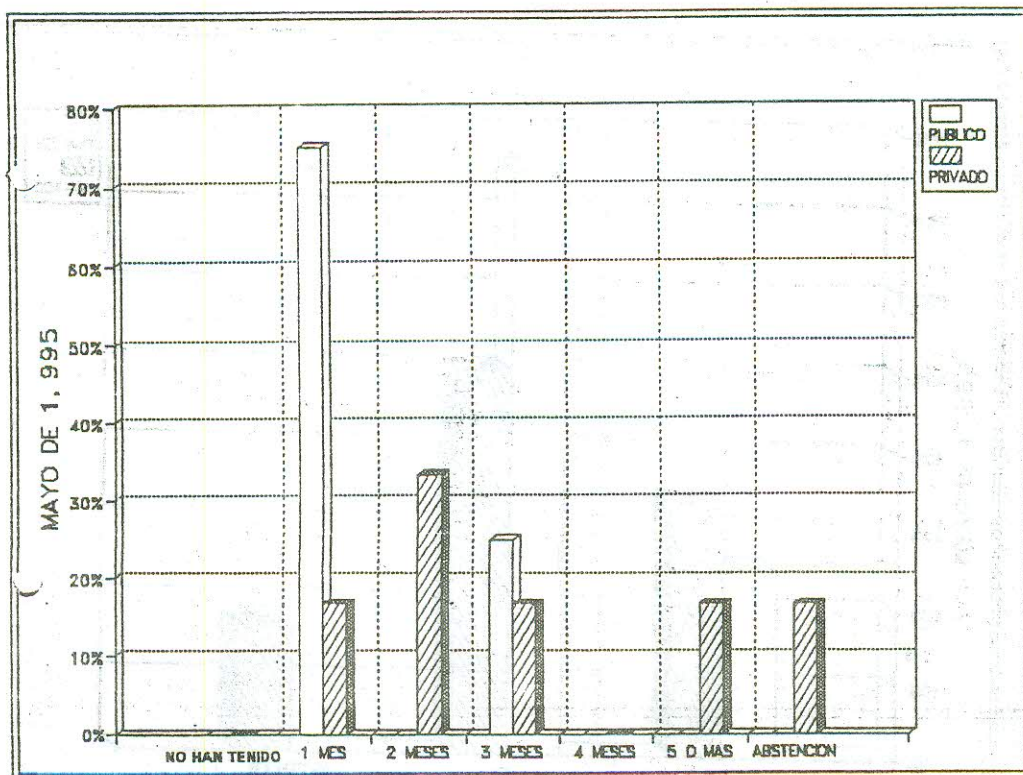
GRAFICA No. 18
 PAREJA REFERIDA POR LAS ADOLESCENTES EN SU PRIMERA RELACION
 SEXUAL, SEGUN TIPO DE ESTABLECIMIENTO.



Fuentes Cuadro No. 19

GRAFICA No. 19

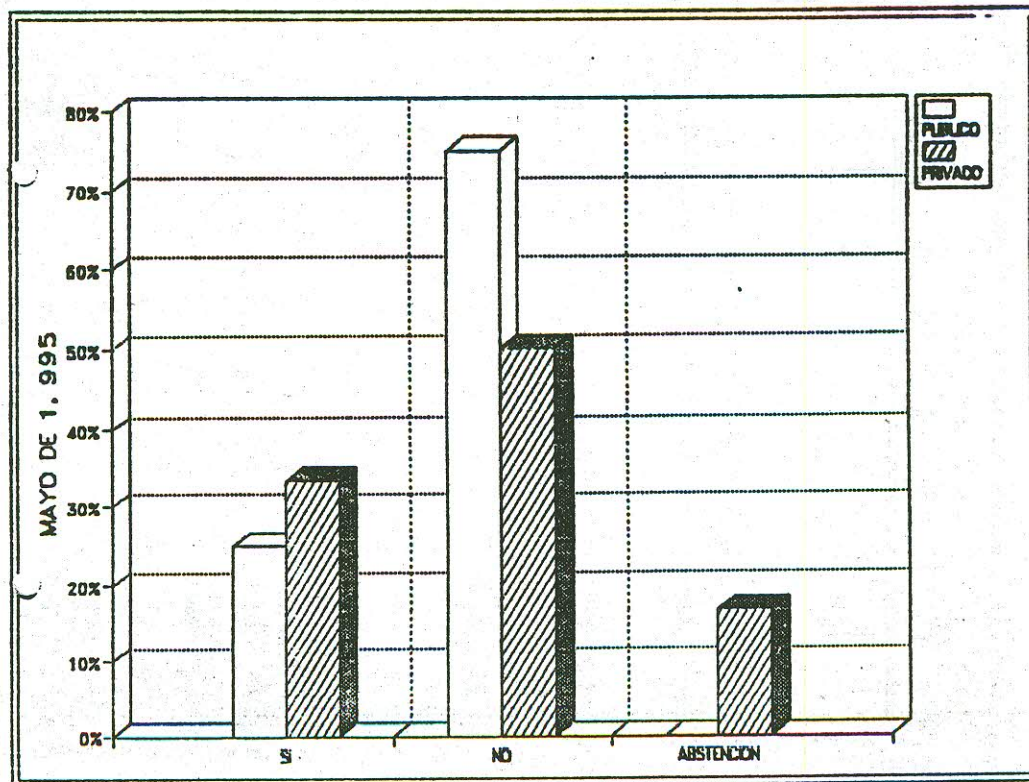
CUAL ES LA FRECUENCIA DE LAS ADOLESCENTES EN TENER RELACIONES SEXUALES, EN PORCENTAJES. SEGUN TIPO DE ESTABLECIMIENTO.



Fuente: Cuadro No. 20

GRAFICA No. 20

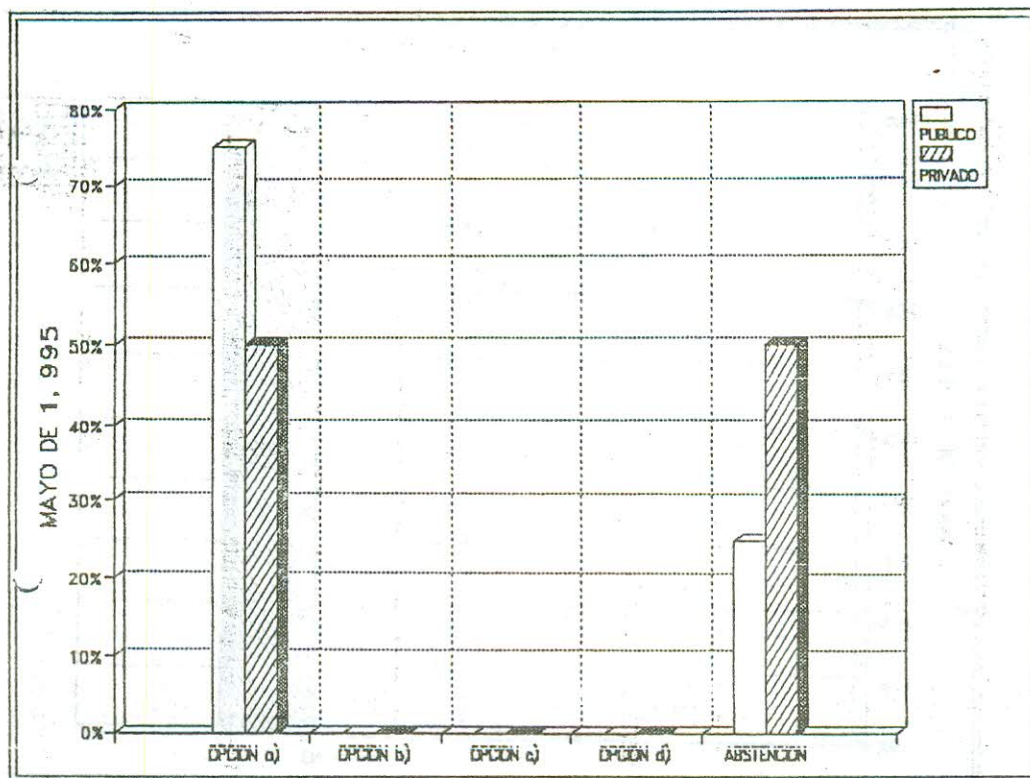
ADOLESCENTES QUE USARON METODO ANTICONCEPTIVO EN SU PRIMER RELACION SEXUAL, EN PORCENTAJES. SEGUN TIPO DE ESTABLECIMIENTO.



Fuente: Cuadro No. 21

GRAFICA No. 21

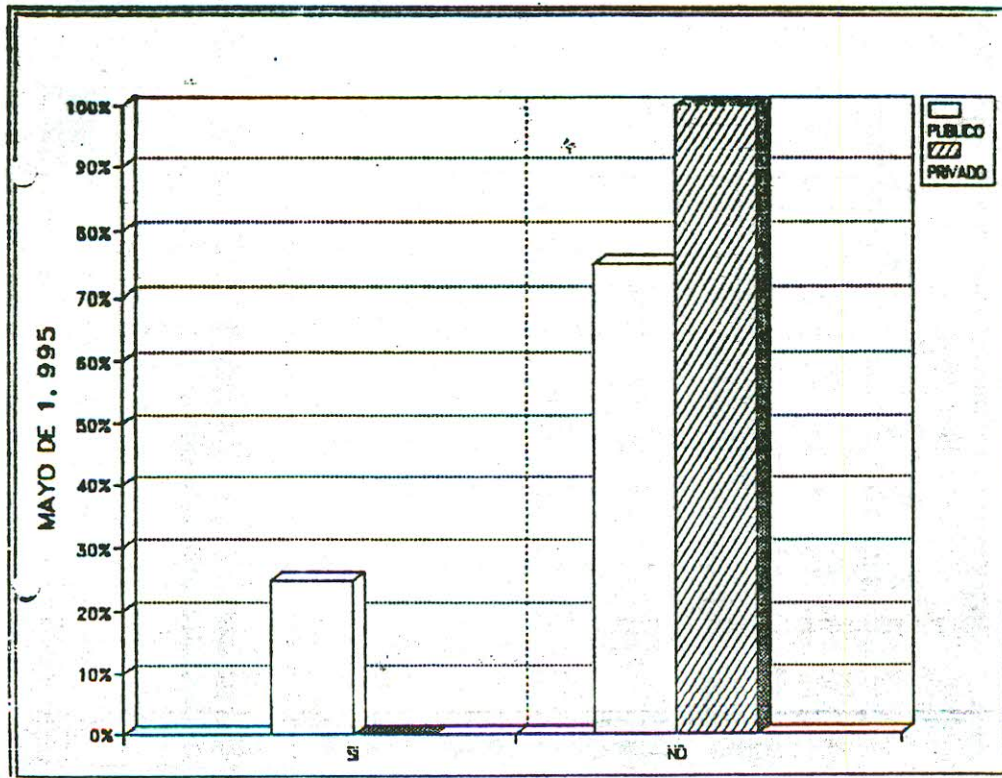
ADOLESCENTES QUE NO USARON METODO ANTICONCEPTIVO EN SU PRIMER RELACION SEXUAL, POR QUE RAZON; EN PORCENTAJES. SEGUN TIPO DE ESTABLECIMIENTO.



Fuente: Cuadro No. 22

GRAFICA No. 22

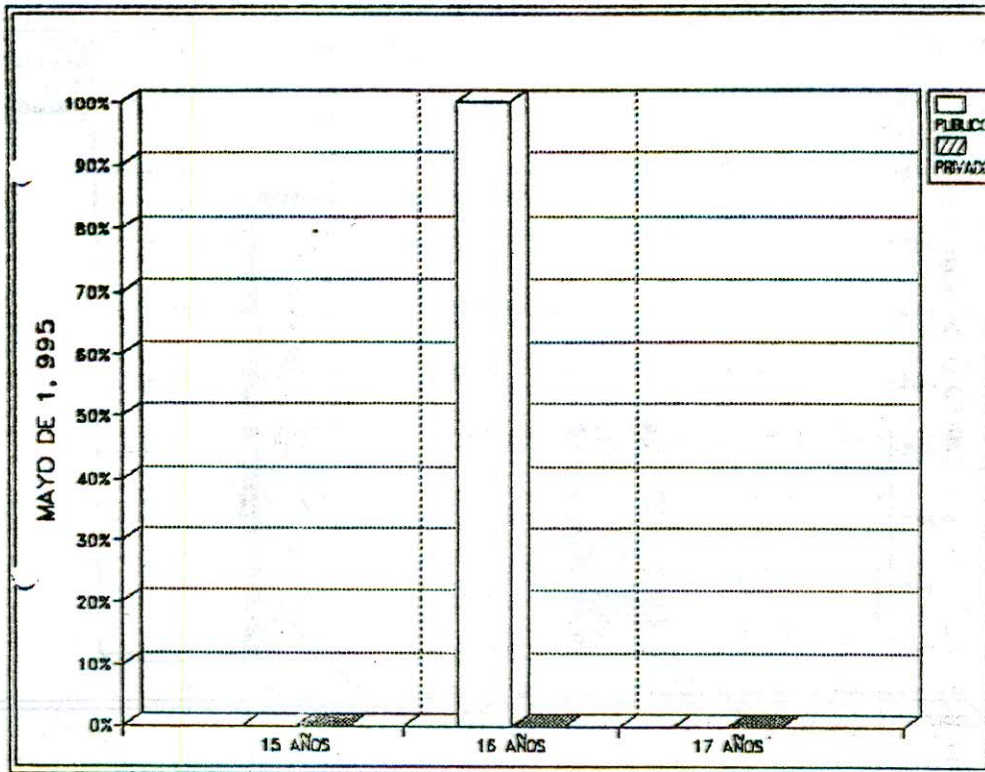
ADOLESCENTES QUE HAN ESTADO EMBARAZADAS, EN PORCENTAJES.
SEGUN TIPO DE ESTABLECIMIENTO.



Fuentes Cuadro No. 23

GRAFICA No. 23

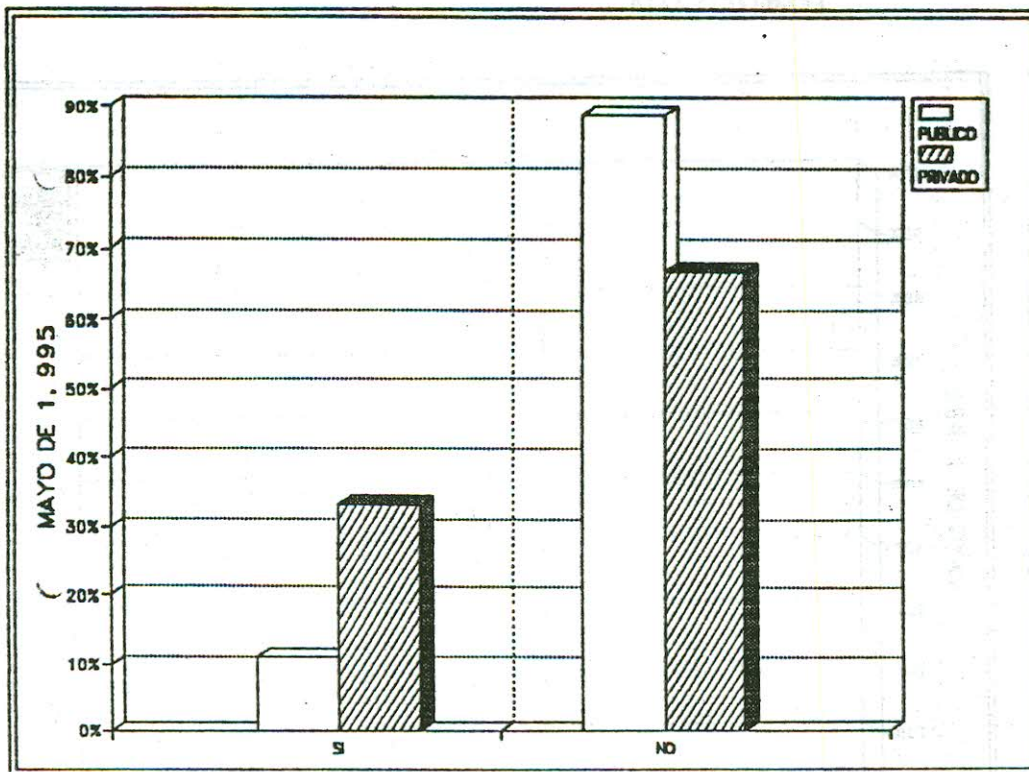
ADOLESCENTES QUE HAN ESTADO EMBARAZADAS, QUE EDAD TENIA EN SU PRIMER EMBARAZO, EN PORCENTAJES, SEGUN TIPO DE ESTABLECIMIENTO.



Fuentes: Cuadro No. 24

GRAFICA No. 24

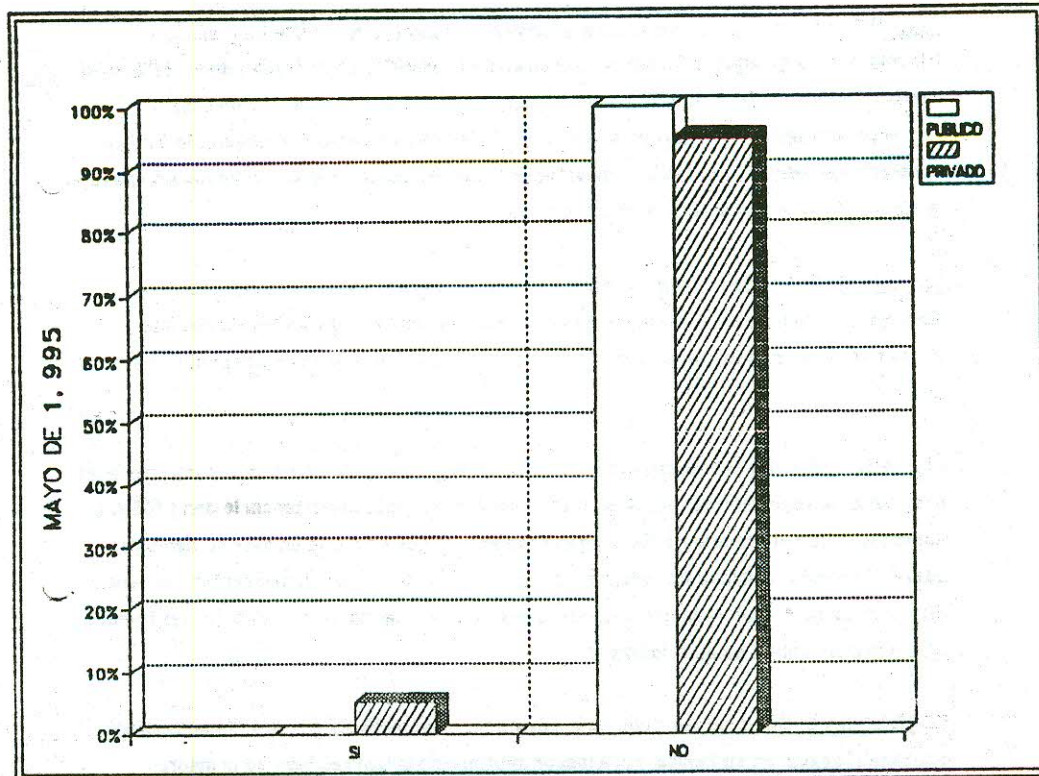
ADOLESCENTES QUE HAN SIDO VICTIMAS DE ACOSO SEXUAL:
(PERSEGUIR CON EMPEÑO, MOLESTAR, SIN CONTACTO SEXUAL),
EN PORCENTAJES. SEGUN TIPO DE ESTABLECIMIENTO.



Fuentes: Cuadro No. 25

GRAFICA No. 25

ADOLESCENTES QUE HAN SIDO VICTIMAS DE ABUSO SEXUAL SIN SU CONSENTIMIENTO O VOLUNTAD: (CONTACTO SEXUAL SIN AFECTO, CON ENGAÑO, CON FUERZA), EN PORCENTAJES. SEGUN TIPO DE ESTABLECIMIENTO.



Fuentes: Cuadro No. 26

X. ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

CUADRO 1: Muestra los porcentajes de edades en ambos establecimientos, correspondiendo el 66% a la edad de 17.

CUADRO 2: Muestra las respuestas a la primera pregunta, cuyo 100% han recibido información sobre educación sexual y sexualidad en el INCA, comparado con un 87% en el Rosario, siendo en total el 94% las adolescentes que SI han recibido información al respecto, probablemente porque a mayor edad mas conocimiento al respecto, lo cuál es satisfactorio, además en el INCA hay estudiantes de medicina, lo que constituye un apoyo a la educación en salud en dicho establecimiento.

CUADRO 3: El 70% SI reciben educación sexual en el INCA, comparado con el 23% en el Rosario, probablemente porque en el INCA sí existen pláticas o películas al respecto, aunque no sean periódicas, con lo cual nos damos cuenta que el sexo aun continua siendo un tabú.

CUADRO 4: Muestra la importancia que le dan las alumnas de ambos establecimientos a un programa de educación sexual, siendo en el INCA donde más importancia le dan (100%), comparado con el Rosario (97%), establecimiento donde solo una alumna no demostró interés, lo cuál constituye un reflejo de la inquietud que tienen las adolescentes por tener más conocimiento con respecto a su salud sexual y sexualidad, lo cuál debería ser tomado en cuenta en ambos establecimientos.

CUADRO 5 Y 6: De todas las alumnas encuestadas en el INCA, 37 (70%) SI han recibido educación sexual en su familia, cuya mayor información la han recibido de la madre, comparado con 23 (60%) en el Rosario, que también han recibido educación sexual en su familia, quienes también la mayor información la han recibido de la madre. Probablemente porque la madre es la que más tiempo se está con ellas o es la que mas relación directa tiene con sus hijas, además de que a las adolescentes se les hace más facil preguntarle a su madre por ser ambas del mismo sexo. Le sigue el hermano (a), explicado posiblemente por la relación directa o la confianza que se le tenga o por la comunicación que exista entre ellos; al padre le corresponde el 12% en total, explicado por razones laborales posiblemente.

CUADRO 7: Indica sobre la información que han tenido sobre enfermedades de transmisión sexual, 51 (96%) si han recibido este tipo de información en el INCA comparado con 35 (90%) en el Rosario, posiblemente porque en el INCA existe una Orientadora que le pudiera brindar este tipo de información,

CUADRO 8 Y 9: Nos muestra las enfermedades de transmisión sexual que más conocen, siendo éstas el SIDA (24%), la SIFILIS (20%) y la GONORREA (20%) en el INCA, y el SIDA (42%), la SIFILIS (15%) y la GONORREA (15%) en el ROSARIO. En ambos establecimientos conocen el SIDA, ya que es una enfermedad de distribución mundial y que ha sido parte de los medios de comunicación, seguidas de la SIFILIS y la GONORREA quizás por ser las enfermedades venereas mas frecuentes. Además una alumna en cada establecimiento respondió Si haber tenido alguna enfermedad de transmisión sexual.

CUADRO 10: El 96% en el INCA Si ha recibido información sobre como evitar un embarazo, comparado con 82% en el Rosario, lo que refleja que en el INCA, a pesar de no existir un programa bien definido de educación sexual, las actividades que se realizan si son efectivas, ya sea por medio de charlas o videos.

CUADRO 11 Y 12: Con respecto al método que más conocen en el INCA es el CONDON (31%) seguido de la PILDORA (29%), en el ROSARIO los métodos más conocidos son el CONDON y la PILDORA con un 33%, dado por la mayor publicidad que se le ha dado al Condon y a la Píldora.

Entre la fuente que más conocen para obtener un método anticonceptivo, en el INCA el 28% respondieron APROFAM, seguido de la FARMACIA (26%) y MEDICO (24%), mientras que en el ROSARIO el 28% respondieron la FARMACIA seguido de APROFAM y el MEDICO con 26% respectivamente, quizás por los anuncios en la TV, donde la farmacia y Aprofam son los que más campaña de información realizan, además el Condon es un método fácil de adquirir y barato, siendo en la mayoría adquirido en la farmacia y porque es un método anticonceptivo de uso casual.

CUADRO 13: Con respecto a quién debe tomar la decisión de usar método anticonceptivo, el 97% de las adolescentes de ambos establecimientos respondieron que la decisión la deben tomar ambos, lo cuál refleja una decisión de pareja.

CUADRO 14: En el INCA respondieron que el mejor método para evitar un embarazo es la PILDORA (20%), seguido de los INYECTABLES (26%), en el ROSARIO el mejor método es el CONDON (34%), seguido del RITMO (16%), lo que refleja aun la falta de conocimiento de los métodos anticonceptivos más eficientes y con menos índice de fracaso, ya que el Condon y el Ritmo, tienen un índice de fracaso mayor que otros métodos, por ejemplo los anticonceptivos orales o los DIU, además el condon y el ritmo son posiblemente más aceptados por los adolescentes al tener relaciones sexuales extramaritales, y posiblemente por temor a que los padres se den cuenta que ya está usando método anticonceptivo y por consiguiente que ya tiene vida sexual activa.

CUADRO 15: Con respecto al estado civil, en el INCA, las 53 alumnas son solteras, mientras que en el ROSARIO 1 respondió ser UNIDA.

CUADRO 16: Con respecto a si una mujer casada debería trabajar, el 77% en el INCA y el 87% en el ROSARIO respondieron que Si, reflejo de la necesidad de la mujer de ser parte de la vida laboral para aporte económico en el hogar y no como se acostumbra en algunos lugares de la población, donde el esposo trabaja y la mujer se queda en casa cuidando los hijos y en los quehaceres del hogar.

CUADROS 17, 18, 19 Y 20: Con respecto a la actividad sexual, en el INCA 4 (8%) y en el ROSARIO 6 (15%) respondieron Si tener relaciones sexuales, cuya edad para la primera relación sexual es de 16 años para el INCA y 15 años para el ROSARIO, siendo en ambos establecimientos EL NOVIO la primer pareja sexual, probablemente por el poco conocimiento y experiencia, además de que en esta edad la adolescente cree que es la única forma de retener a su novio o porque su novio se lo pide como una prueba de amor. La frecuencia de relaciones sexuales de una vez al mes corresponde al 75% en el INCA y dos veces al mes para EL ROSARIO con un 32%, posiblemente porque no se miran todos los días con el novio o porque tienen que pedir permiso a los padres para salir lo que dificulta el hacerlo con más frecuencia.

CUADROS 21 Y 22: Con respecto al uso de método anticonceptivo en la primera relación sexual, 3 de las alumnas en cada uno de los dos establecimientos NO usaron método correspondiendo un 75% para el INCA y un 50% para EL ROSARIO, cuya razón común fué el que ninguna pensaba tener relaciones, lo que demuestra un riesgo en las adolescentes

de quedar embarazadas al no usar ni siquiera un método anticonceptivo como el Condón que es de uso casual.

CUADROS 23 Y 24: Sólo una alumna de todas las que ya tienen vida sexual activa, respondió estar embarazada, siendo su edad de 16 años, del INCA.

CUADROS 25 Y 26: En el INCA hubieron 6 casos (11%) de víctimas de ACOSO SEXUAL en alguna etapa de su vida, sin ningún caso de violación, comparado con EL ROSARIO, donde hubieron 13 casos (33%) de ACOSO SEXUAL y 2 casos (5%) de VIOLACION en alguna etapa de su vida, probablemente porque las adolescentes de la institución privada tienen más posibilidades económicas, lo que las hace desenvolverse en actividades de tipo social, donde conocen más gente y se exponen más.

XI

CONCLUSIONES:

1. El 99% de las alumnas de ambos establecimientos consideran que es importante que se les imparta un programa de educación sexual en su establecimiento.
2. Las alumnas del INCA reciben más educación sexual y tienen más conocimientos sobre su salud reproductiva que las alumnas de EL ROSARIO.
3. Los métodos anticonceptivos que más conocen en ambos establecimientos son el CONDON y la PILDORA.
4. El 7% y el 15% de las adolescentes de ambos establecimientos (Público y Privado respectivamente) refirieron haber tenido relaciones sexuales.
5. La enfermedad de transmisión sexual que más conocen es el SIDA, seguido de la SIFILIS y la GONORREA, en ambos establecimientos.
6. En ambos establecimientos, las alumnas refirieron haber sido víctimas de acoso sexual y abuso sexual en alguna etapa de su vida.
7. EL 50% de las alumnas en total, reciben educación sexual en su establecimiento.
8. El 80% de las alumnas con vida sexual activa, refirió al NOVIO como su pareja en la primera relación sexual.

XII RECOMENDACIONES:

1. Que tanto las instituciones educativas en estudio como las demás inicien un programa de educación que contemple todo lo referente a **SALUD REPRODUCTIVA Y SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES**.
2. Que las instituciones que tienen que ver con la Salud en la mujer, integren un programa con el sector educación para mejor cobertura en cuanto a Educación en Salud se refiere, logrando la disponibilidad y accesibilidad a los servicios de Salud Reproductiva, en especial a las adolescentes.
3. La atención en Salud Reproductiva debe incluir asesoramiento, información, educación, comunicación y servicios de planificación, enfermedades de transmisión sexual y otros problemas que afecten la Salud Reproductiva.

XIII RESUMEN:

El presente estudio fué realizado con el propósito de determinar los conocimientos sobre Salud Reproductiva en las adolescentes de los establecimientos de enseñanza media EL INCA y EL ROSARIO en el mes de mayo de 1995.

Para determinar dicho conocimiento, se utilizó una encuesta, la cuál fué aplicada a todas las estudiantes de Quinto magisterio en el INCA y las estudiantes de Quinto secretariado en EL ROSARIO, de las cuales 53 alumnas cumplieron con los criterios de inclusión en el INCA y 39 alumnas cumplieron con los criterios de inclusión en el ROSARIO.

Luego de aplicarles la encuesta a todas las alumnas de ambos establecimientos, se procedió a la ordenación, tabulación y presentación de los datos respectivos, de acuerdo a los criterios de inclusión.

El 70% de las alumnas del INCA y el 23% de las alumnas de EL ROSARIO reciben educación sexual en su establecimiento.

De lo anterior se puede demostrar que las alumnas del INCA reciben más educación sexual que las alumnas del Rosario, en ambos establecimientos los métodos anticonceptivos que más conocen son LA PILDORA y EL CONDON.

Es importante señalar la importancia que las adolescentes de ambos establecimientos le dieron a un programa de educación sexual como parte de la educación en su establecimiento, correspondiendo a un 99% de las alumnas.

Otro aspecto importante de señalar es el acoso y abuso sexual que fué referido por las alumnas de ambos establecimientos, siendo más evidente en EL ROSARIO, donde 13 alumnas contestaron ser víctimas de acoso sexual y 2 alumnas contestaron haber sido víctimas de violación en alguna etapa de su vida, la cuál no fué investigada en este estudio.

La actividad sexual resultó ser baja en ambos establecimientos.

XIV. BIBLIOGRAFIA:

1. Alvarez Illescas, Telma Beatriz. Actitudes y Conocimientos sobre métodos anticonceptivos en estudiantes de institutos públicos de educación media. Tesis. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1991.
2. Asociación Guatemalteca de Educación Sexual, (AGES). Encuesta sobre salud y educación sexual de jóvenes. 1986. (Pags 18-30).
3. Brens, V. Educación Sexual. San José Costa Rica. Asociación demográfica costarricense 1964. (pag 24).
4. Centro de Estudios de Población y Paternidad Responsable (CEPAR). Encuesta de información y experiencia reproductiva de los jóvenes Ecuatorianos en Quito y Guayaquil. Diciembre 1989. (pags 89-103, 128-130).
5. Diane E. Papalia. Desarrollo de la Personalidad en el adolescente. En su: Psicología del Desarrollo, 3ra Edición. McGraw-Hill. 1982. (pags 693-698).
6. Family Care International. Acción para el Siglo XXI Salud y Derechos Reproductivos Para Todos. Informe acerca de las medidas sobre la salud y los derechos reproductivos recomendadas en todos los pueblos, el programa de Acción de la CIPD celebrada en el Cairo en septiembre de 1994. (pags 12-45).
7. Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF). Comprender a los Adolescentes. Un informe de la IPPF sobre las necesidades de la gente joven en materia de Salud Sexual y Reproductiva. (pags 6-11, 27-31). 1982.
8. Friedrich Dorsch. Diccionario de Psicología, 4ta edición. Barcelona. Editorial Herder. 1981.
9. Jack A. Pritchard, Paul C. Macdonald, Norman E. Gant. Planificación Familiar. En su: Williams Obstetricia. 3ra. Edición. Salvat. 1989. (pags 787-808).
10. Jones, H.W. et al Educación Sexual, en su: Tratado de Ginecología de Novak, 11 ed. México, Interamericana, 1991. (pag 169, 181-182, 187-188, 200).

11. Leal de Rodríguez, Yraida; Sosa, Yaimara; Bosque, Milagros; Carrasco, Milagros; Figueroa, Luis. Planificación Familiar v métodos anticonceptivos. 45-57, Dic. 1990.
12. Leopoldo Nuñez. et al. Informe Resultados. Encuesta sobre información sexual y reproductiva de jóvenes. 1985. (pags 29-33, 39-40, 97-101).
13. Magaña Lopez, Byron Daniel. Conocimiento, creencias y prácticas sobre Educación Sexual en estudiantes que cursan el nivel diversificado de enseñanza. Tesis. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala 1990.
14. Martínez Maden, Edelmira; Salazar Ramírez, María; Parada Rodríguez, Dulce María; Cardoso Campo, Ana María. La sexualidad de los adolescentes de 14-19 años en una población dada. Rev. cuba. enferm; 8(2): 101-10, Jul-dic. 1992. Tab.
15. Medinilla Cruz, Mario Arturo. Conocimientos, influencias y prácticas del uso de métodos anticonceptivos en los estudiantes del 4to. año de la carrera de Médico y Cirujano de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Tesis. 1994.
16. Méndez Puac, Juan Francisco. Conocimientos, actitudes y prácticas masculina en Salud Reproductiva. Tesis. Universidad de San Carlos de Guatemala. 1993.
17. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección General de Servicios de Salud, Departamento Materno Infantil. Normas de Atención de Salud Materno-infantil. Plan Nacional de Salud Materno-infantil 1992-1996.
18. Pelaez, P. Desarrollo integral del adolescente, características biológicas, psicológicas, y sociales de la adolescencia. Aprofam, Guatemala. (pp 6) mimeografiado.
19. Rafael Falabella F. Carlos E. Escobar R. Nelson Giraldo R. Enfermedades de transmisión sexual. En su: Dermatología. Cuarta Edición. 1991. (pags 395-397).
20. The Alan Guttmacher Institute. Un perfil de las Américas. Adolescentes de hoy, Padres del mañana. (40-55).
21. Tierra Viva, Agrupación de Mujeres. Mi cuerpo, mi decisión, nuestros derechos. 1993. (1-3).
22. Tratado de Pediatría de Nelson, 13 ed. México, Interamericana, 1987. (pag 38-39, 470-472)

70

XV

ANEXOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.

XV. ENCUESTA.

" CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD REPRODUCTIVA EN ADOLESCENTES
DE ENSEÑANZA MEDIA."

EDAD EN AÑOS: _____ ESTABLECIMIENTO: _____
FECHA: _____ QUINTO GRADO: _____

Las preguntas que a continuación se presentan, son confidenciales, no hay necesidad de escribir su nombre por lo que puede contestarlas con toda libertad.

INSTRUCCION: Marque la respuesta con una X.

1. Han recibido información sobre educación sexual y sexualidad:
 - a) SI
 - b) NO
2. Reciben educación sexual en este establecimiento:
 - a) SI
 - b) NO
3. Cree que es importante que se les imparta un programa de educación sexual:
 - a) SI
 - b) NO
4. Han hablado sobre temas sexuales en su familia:
 - a) SI
 - b) NO.
5. De quién ha recibido educación sexual en su familia:
 - a) SU PAPA.
 - b) SU MAMA.
 - c) HERMANO(a)
 - d) TIA(o).
 - e) PRIMO.
 - f) NINGUNO
6. Ha recibido información sobre enfermedades de transmisión sexual:
 - a) SI
 - b) NO.
7. Qué enfermedades de transmisión sexual conoce:
 - a) SIFILIS
 - b) GONORREA
 - c) CLAMIDIA
 - d) HERPES GENITAL
 - f) LADILLAS
 - g) URETRITIS
 - h) VAGINITIS
 - i) SIDA
 - j) OTRA _____
8. Ha tenido alguna enfermedad de transmisión sexual:
 - a) SI
 - b) NO
9. Ha recibido información sobre como evitar quedar embarazada:
 - a) SI
 - b) NO
10. Qué métodos anticonceptivos conoce:
 - a) PILDORA
 - b) CONDON
 - c) DIU
 - d) ESPERMICIDAS LOCALES
 - e) RITMO
 - f) RETIRO
 - g) INYECTABLES.
 - h) OTRO _____

11. Para obtener un método anticonceptivo, que fuentes conoce:
a) MEDICO b) HOSPITAL c) CENTRO DE SALUD d) APROFAM
e) FARMACIA f) OTRO _____
12. Quién cree que debe tomar la decisión de usar método anticonceptivo:
a) EL HOMBRE b) LA MUJER c) AMBOS
- 13.Cuál cree usted que es el mejor método para evitar un embarazo:
a) PILDORA b) CONDON c) DIU d) ESPERMICIDAS LOCALES
e) RITMO f) RETIRO g) INYECTABLES. h) OTRO _____
- 14.Cuál es su estado civil:
a) CASADA b) UNIDA c) SOLTERA d) SEPARADA.
15. Cree que una mujer casada debería trabajar:
a) SI b) NO
16. Ha tenido relaciones sexuales:
a) SI b) NO
17. A que edad tuvo su primera relación sexual:

18. Si ya tuvo relaciones sexuales, con quién tuvo su primera relación sexual:
a) SU NOVIO b) ENAMORADO c) AMIGO d) OTRO _____
- 19.Cuál es la frecuencia de relaciones sexuales al mes:
a) NO HE TENIDO b) 1 c) 2 d) 3 e) 4 f) 5 O MAS
20. Usó método anticonceptivo en su primera relación sexual:
a) SI b) NO
21. Si no utilizó método anticonceptivo en su primera relación sexual, por que razón:
a) NO PENSABA TENER RELACIONES b) NO CONOCIA DONDE OBTENERLO
c) NO CONOCIA NINGUN METODO d) QUERIA QUEDAR EMBARAZADA
22. Ha estado embarazada:
a) SI b) NO
23. Si ha estado embarazada, que edad tenía en su primer embarazo:

24. Ha sido víctima de acoso sexual:(perseguir con empeño, molestar, sin contacto sexual)
a) SI b) NO
25. Ha sido víctima de abuso sexual sin su consentimiento o voluntad:(contacto sexual sin afecto, con engaño, con fuerza.)
a) SI b) NO

-GRACIAS POR COLABORAR-

GLOSARIO:

1. EDUCACION SEXUAL: PARTE DE LA EDUCACION GENERAL QUE CONTRIBUYE A LA FORMACION INTEGRAL DEL HOMBRE Y LA MUJER PARA QUE PUEDAN ADQUIRIR LOS VALORES, CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES QUE LE PERMITAN REALIZAR SU AUTODETERMINACION Y VIVIR SU PROPIA SEXUALIDAD DE UNA FORMA ADECUADA, POSITIVA Y CREADORA.

2. METODO ANTICONCEPTIVO: METODO QUE SE UTILIZA PARA EVITAR QUEDAR EMBARAZADA.

3. ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL: ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR CONTACTO SEXUAL.

4. VIOLACION: UNION CARNAL CON UNA MUJER SIN SU CONSENTIMIENTO O VOLUNTAD.

5. SEXUALIDAD: ES AQUELLA FORMA ESPECIAL DE LA VOLUNTAD DE VIDA QUE SE HALLA AL SERVICIO (EN PARTE INCONSCIENTE Y EN PARTE CONSCIENTE) DE LA CONSERVACION DE LA ESPECIE Y SE REALIZA POR REGLA GENERAL EN FORMA DE APROXIMACION Y UNION, DE FUERTE TONALIDAD DE PLACER, CON UN MIEMBRO DEL SEXO OPUESTO.

6. ACOSO SEXUAL: PERSEGUIR CON EMPENO, MOLESTAR, SIN CONTACTO SEXUAL.

7. ABUSO SEXUAL: CONTACTO SEXUAL SIN AFECTO, CON ENGAÑO, CON FUERZA.