

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**“CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA EN ESTUDIANTES DEL CICLO BÁSICO”**

Estudio descriptivo transversal realizado en establecimientos oficiales del área rural del municipio de Chiantla, departamento de Huehuetenango durante los meses de julio y agosto del año 2015.

Tesis

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

**Ana Gabriela Herrera Canteo
María Lucía Martínez Montoya**

Médico y Cirujano

Guatemala, octubre de 2015

El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala hace constar que:

Las estudiantes:

Ana Gabriela Herrera Canteo 200417938
María Lucía Martínez Montoya 200710485

Cumplieron con los requisitos solicitados por esta Facultad previo a optar al Título de Médica y Cirujana en el grado de Licenciatura, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ESTUDIANTES DEL CICLO BÁSICO"

Estudio descriptivo transversal realizado en establecimientos oficiales del área rural del municipio de Chiantla, departamento de Huehuetenango durante los meses de julio y agosto del año 2015.

Trabajo asesorado por el Dr. Erwin Humberto Calgua Guerra, co-asesorado por la Dra. Karla Irene Aldana Rabanales y revisado por el Dr. Oliver Adrián Valiente Hernández, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, a los cinco días de octubre del dos mil quince


DR. MARIO HERRERA CASTELLANOS
DECANO


FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
DECANATO

El infrascrito Coordinador de la Coordinación de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hace constar que los estudiantes:

Ana Gabriela Herrera Canteo 200417938
María Lucía Martínez Montoya 200710485

Presentaron el trabajo de graduación titulado:

"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ESTUDIANTES DEL CICLO BÁSICO"

Estudio descriptivo transversal realizado en establecimientos oficiales del área rural del municipio de Chiantla, departamento de Huehuetenango durante los meses de julio y agosto del año 2015.

El cual ha sido revisado por el Dr. Luis Gustavo de la Roca Montenegro y, al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Coordinación, se les autoriza continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala el cinco de octubre del dos mil quince.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Dr. César Oswaldo García García
Coordinador



Guatemala, 05 de octubre del 2015

Doctör
César Oswaldo García García
Coordinación de Trabajos de Graduación
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. García:

Le informamos que las estudiantes abajo firmantes:

Ana Gabriela Herrera Canteo
María Lucía Martínez Montoya



Presentaron el informe final del Trabajo de Graduación titulado:

"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ESTUDIANTES DEL CICLO BÁSICO"

Estudio descriptivo transversal realizado en establecimientos oficiales del área rural del municipio de Chiantla, departamento de Huehuetenango durante los meses de julio y agosto del año 2015.

Del cual como asesor, co-asesora y revisor nos responsabilizamos por la metodología, confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.



Asesor
Dr. Erwin Humberto
Calgua Guerra
Firma y sello

Dr. Erwin H. Calgua G.
Médico y Cirujano
Col. 12,255



Co-asesora
Licda. Karla Irene
Aldana Rabanales
Firma y sello



Revisor
Dr. Oliver Adrián
Valiente Hernández
Firma y sello
Reg. personal

A. A. Karla Irene Aldana Rabanales
Licenciada en Psicología
Colegiada 5609



FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS
DIRECCION
Ejercicio Profesional Supervisado

De la responsabilidad del trabajo de graduación:

El autor o autores es o son los únicos responsables de la originalidad, validez científica, de los conceptos y de las opiniones expresadas en el contenido del trabajo de graduación. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Coordinación de Trabajos de Graduación, la Facultad de Ciencias Médicas y para la Universidad de San Carlos de Guatemala. Si se llegara a determinar y comprobar que se incurrió en el delito de plagio u otro tipo de fraude, el trabajo de graduación será anulado y el autor o autores deberá o deberán someterse a las medidas legales y disciplinarias correspondientes, tanto de la Facultad, de la Universidad y otras instancias competentes.

Yo *Ana Gabriela Herrera Canteo*, dedico este acto:

A Dios: Por ser mi guía en el camino de la vida, mi fortaleza en los momentos de debilidad, y llenarme de bendiciones para lograr alcanzar este gran logro, que a la vez entrego en tus manos como instrumento para el beneficio de otros.

A mis padres: Edgar y Ana, porque creyeron en mí, en que podía hacer realidad este sueño, porque me apoyaron motivando en mí la perseverancia, superación y entrega. Porque juntos logramos este gran sueño, ¡que no es solo mío! Este logro es de ustedes por haber creado una niña convertida en mujer, que con sus ejemplos, amor, dedicación, consejos, y todo cuanto me han inculcado llega a cumplir una meta más. Los amo y les agradezco por la vida que han formado en mí.

A mi esposo: Cristian, gracias amor por apoyarme en este camino lleno de adversidades, desvelos y horas de estudio, por motivarme a levantarme luego de cada caída, por estar esperándome cada día con los brazos abiertos, por sus palabras de aliento, por comprenderme, porque tenemos una misma meta, y este es un logro más de los muchos que nos hemos propuesto. Gracias por ser mi compañero, amigo y esposo ideal. ¡Lo amo!

A mis hermanos: Eduardo y Andrea, por ser esos mejores amigos con los que comparto alegrías y tristezas, gracias por apoyarme en mis momentos de desesperación, euforia y desvelos en los que juntos hicimos que las horas fueran más amenas. ¡Los amo, son un motor más en mi vida!

A las instituciones y maestros que me formaron: Por abrir sus puertas y brindarme los conocimientos y valores que me han guiado en este caminar.

A mi compañera de tesis: Mary, ¡gracias! Porque en este tiempo creamos una amistad, acompañadas de un sueño común que hoy se hace realidad, pero en el que aprendimos a no darnos por vencidas a pesar de adversidades, contratiempos, aventuras, risas y mucho trabajo. ¡Te quiero mucho!

A los pacientes: Por haber puesto su salud ciegamente en mis manos, convirtiéndose en el mejor libro del que he podido aprender. ¡Gracias a cada uno!

Yo *María Lucía Martínez Montoya*, dedico este acto:

A Dios: En la obscuridad pero a mi lado...por cuanto tú SEÑOR cumplirás en mí tu propósito. Tu gran amor, SEÑOR, perdura para siempre; ¡No abandones la obra de tus manos!

A mi padre: Mértý Martínez Leiva, por esforzarte en darme la mejor herencia, tu apoyo incondicional ha hecho posible que recorra este camino. Te amo, admiro y respeto.

A mi madre: Sandra Liliana Montoya Celada, porque jamás dejaste de creer en mí, por tus sacrificios y amor abnegado por nuestra familia. Representas mi mayor referente de amor.

Papi y mami les regalo mi amor, mi esfuerzo constante y mi lucha día a día ¡Lo logramos!

A mis hermanos: Rubens y Emilio, por su cariño incondicional y tantos recuerdos que compartimos juntos, porque este logro los inspire a seguir luchando por sus sueños.

A mis abuelitas: María Olimpia Celada y Lucía Eudelia Leiva porque fueron como madres para mí, por su amor y cuidados en diferentes etapas de mi vida. ¡Las recuerdo con profundo cariño!

A mi abuelito: Emilio Enrique Montoya, tu tierno amor permanecerá conmigo para siempre. Tu vida trascendió hasta la mía y sin temor a equivocarme debo decir que tu eres parte importante del porqué esté hoy acá. ¡Te extraño y te envío un beso hasta el cielo!

A mis amigos: Por convertirse en mi familia adoptiva durante mis años de estudio y enseñarme que los amigos son como hermanos en tiempo de angustia, en especial a Argentina Paredes y María Cristina Álvarez y a sus familias por su amistad sincera.

Un agradecimiento especial a Gabriela Herrera quien se atrevió a emprender este proyecto junto a mí, porque aprendimos tanto la una de la otra durante este tiempo y nos convertimos en amigas, y a tu familia por su hospitalidad y hacerme sentir como en casa.

A mis pacientes: Porque con ellos me convertí en médica.

A mi Alma Máter: Facultad de Ciencias Médicas de la Tricentenaria Universidad de San Carlos de Guatemala, por abrirme las puertas del saber y darme la oportunidad de convertirme en una profesional.

RESUMEN

Objetivos: Describir los conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual y reproductiva de los estudiantes que cursan el ciclo básico en el municipio de Chiantla departamento de Huehuetenango, durante los meses de julio y agosto del ciclo lectivo 2015. **Población y métodos:** Estudio descriptivo transversal, realizado con 238 estudiantes inscritos en establecimientos de educación básica, del sector oficial del área rural. Se realizó un análisis univariado en tres áreas que a su vez se dividían en cuatro dimensiones, tomando como herramientas de medición la escala de Estanones para los conocimientos, de Likert para las actitudes y una escala construida con base en medias aritméticas para las prácticas. **Resultados:** Los estudiantes poseen un conocimiento intermedio (77%) en la dimensión de embarazo en adolescentes, 68% en mortalidad materna, 73% en planificación familiar y 45% en enfermedades de transmisión sexual. Respecto a las actitudes, presentan actitudes positivas en embarazo en adolescentes (85%), mortalidad materna (46%) y en planificación familiar (77%); actitudes indiferentes en enfermedades de transmisión sexual (57%). El 8% de los estudiantes refirieron tener vida sexual activa, de los cuales presentaron prácticas inadecuadas en la dimensiones de embarazos en adolescentes (72%) y enfermedades de transmisión sexual (61%); prácticas adecuadas en mortalidad materna (61%) y planificación familiar (61%). **Conclusiones:** Los estudiantes presentaron un conocimiento intermedio en las cuatro dimensiones evaluadas, actitudes positivas en embarazo en adolescentes, mortalidad materna y planificación familiar; y actitudes indiferentes en enfermedades de transmisión sexual. Las prácticas de los estudiantes sexualmente activos fueron inadecuadas en embarazos en adolescentes y enfermedades de transmisión sexual; y adecuadas en mortalidad materna y planificación familiar.

Palabras clave: conocimientos, actitudes y prácticas, C.A.P., adolescentes, salud sexual y reproductiva.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVOS	5
2.1 Objetivos generales	5
2.2 Objetivos específicos	5
3. MARCO TEÓRICO	7
3.1 Marco legal de la salud sexual y reproductiva	7
3.2 Situación de la adolescencia en Guatemala: un análisis del embarazo en adolescentes	12
3.3 Contextualización del área de estudio	15
3.4 Estudios tipo C.A.P. como herramienta en la investigación de salud sexual y reproductiva	18
3.5 Salud sexual y reproductiva un problema en la adolescencia	25
3.6.1 La adolescencia	25
3.6.2 El embarazo normal	25
3.6.3 El embarazo en adolescentes	26
3.6.4 Planificación familiar	28
3.6.5 Enfermedades de transmisión sexual	32
4. POBLACIÓN Y MÉTODOS	39
4.1 Tipo y diseño del estudio	39
4.2 Unidad de análisis	39
4.3 Población y muestra	39
4.4 Criterios de selección de los sujetos de estudio	40
4.5 Medición de variables	41
4.6 Técnicas, procedimientos e instrumentos utilizados en la recolección de datos	49
4.7 Procesamiento y análisis de datos	51
4.8 Límites de la investigación	53
4.9 Aspectos éticos de la investigación	53

5. RESULTADOS	55
6. DISCUSIÓN	61
7. CONCLUSIONES	65
8. RECOMENDACIONES	67
9. APORTES	69
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
11. ANEXOS	77

INTRODUCCIÓN

En Guatemala, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) es el principal ente encargado de implementar y velar por el cumplimiento de las distintas políticas públicas en relación a la salud, que emanan de compromisos internacionales tal como lo son los objetivos de desarrollo del milenio, según lo establece la Constitución Política de la República de Guatemala en sus artículos 93,94 y 95, así como el artículo 9 del Código de Salud, según Decreto 90-97 del Congreso de la República. ⁽¹⁾

Una de éstas políticas, es la relacionada con la salud sexual y reproductiva, que fue reconocida en el Cairo en 1994, durante la Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo, lo cual se constituyó como política pública en materia de Salud Materno Infantil en el país a partir del 2001. ⁽²⁾

A partir de entonces, se han implementado programas en conjunto con todos los entes relacionados con la salud sexual y reproductiva y el MINEDUC, logrando avances en el cumplimiento de los objetivos del milenio, pero no en la medida esperada. ⁽³⁾

Es por ello que en 2010 la Organización de Naciones Unidas (ONU) interviene implementando a nivel mundial “La Estrategia Mundial de Salud de las Mujeres y los Niños”, destacando la importancia de atender la salud y el bienestar de los jóvenes, especialmente con el propósito de cumplir el objetivo del milenio No. 5 con relación a la reducción de la mortalidad materna, puesto que los embarazos en adolescentes contribuyen en gran medida a esa mortalidad. ⁽⁴⁾

En el contexto guatemalteco, los embarazos en adolescentes representan un grave problema, tal como lo reporta el Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva (OSAR), ente encargado de la observación y monitoreo del cumplimiento de los programas sobre éste tema, arrojando datos que pueden considerarse alarmantes, ya que en el 2010 se reportaron 47,559 partos en adolescentes de 10 a 19 años, de los cuales se registraron 56 muertes maternas, siendo Huehuetenango uno de los departamentos altamente afectados, y específicamente el municipio de Chiantla

refleja una de las tasas de mayor prevalencia de embarazos y muertes de adolescentes.⁽⁵⁾

Esta información coincide con lo reflejado en la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI), 2008-2009, que evidencia que en Guatemala los adolescentes inician la vida sexual prematuramente. El 67% de las mujeres de 15 a 24 años, tuvieron su primera relación sexual, antes de los 18 años de edad.⁽⁶⁾

Con la información anterior, no solamente se confirma que el embarazo en adolescente es un problema real que afecta al país, sino además, que éste fenómeno involucra otros componentes de la salud sexual y reproductiva, que son de interés para el estudio, tales como los temas de mortalidad materna, planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual. Esto debido al inicio de vida sexual temprana, cuando no se tienen los suficientes conocimientos sobre los riesgos que representa para la salud en general, provocando que las enfermedades relacionadas con la sexualidad y la reproducción sigan estando entre las principales causas prevenibles de muerte materno-infantil y discapacidad reproductiva, en particular entre los grupos vulnerables de población joven de los países en desarrollo.

De lo expuesto anteriormente, aunado a la observación obtenida en la práctica de pregrado intrahospitalaria y rural, surgió la pregunta de investigación ¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas de los estudiantes del ciclo básico del área rural de Chiantla, respecto a la salud sexual y reproductiva, y específicamente en las siguientes dimensiones: embarazo en adolescentes, mortalidad materna, planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual? Puesto que, a pesar de todas las intervenciones que se han dado principalmente por parte del MSPAS y el MINEDUC, esta región no ha logrado mejorar los indicadores de salud, por lo que surgió la necesidad de investigar el fenómeno utilizando una encuesta tipo cuestionario que evalúa estas cuatro dimensiones en las tres áreas (conocimientos, actitudes y prácticas), a fin de proveer información útil para las organizaciones encargadas de hacer las intervenciones pertinentes.

Los resultados evidenciaron que los estudiantes poseen un conocimiento intermedio en las cuatro dimensiones, con 77% en embarazo en adolescentes, 68% en mortalidad materna, 73% en planificación familiar y 45% en enfermedades de

transmisión sexual. Respecto a las actitudes, presentan actitudes positivas en embarazo en adolescentes (85%), mortalidad materna (46%) y en planificación familiar (77%); actitudes indiferentes en enfermedades de transmisión sexual (57%). El 8% de los estudiantes refirieron tener vida sexual activa, de los cuales presentaron prácticas inadecuadas en la dimensiones de embarazos en adolescentes (72%) y enfermedades de transmisión sexual (61%); prácticas adecuadas en mortalidad materna (61%) y planificación familiar (61%).

Por lo que se llegó a la conclusión que los estudiantes presentaron un conocimiento intermedio en las cuatro dimensiones evaluadas, actitudes positivas en las dimensiones de embarazo en adolescentes, mortalidad materna y planificación familiar; y actitudes indiferentes en enfermedades de transmisión sexual. Las prácticas de los estudiantes sexualmente activos fueron inadecuadas en las dimensiones de embarazos en adolescentes y enfermedades de transmisión sexual; y adecuadas en mortalidad materna y planificación familiar.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general:

Describir los conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual y reproductiva de los estudiantes que cursan el ciclo básico en el municipio de Chiantla departamento de Huehuetenango durante los meses de julio y agosto del ciclo lectivo 2015.

2.2. Objetivos específicos:

- 2.2.1 Identificar el grado de conocimiento de los estudiantes del ciclo básico sobre salud reproductiva según las dimensiones: Embarazo en adolescentes, mortalidad materna, planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual.
- 2.2.2. Identificar las actitudes de los estudiantes del ciclo básico sobre salud sexual y reproductiva según las dimensiones: Embarazo en adolescentes, mortalidad materna, planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual.
- 2.2.3. Reconocer las prácticas de los estudiantes del ciclo básico sobre salud sexual y reproductiva según las dimensiones: Embarazo en adolescentes, mortalidad materna, planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Marco legal de la salud sexual y reproductiva en Guatemala

El reconocimiento mundial de la salud sexual y reproductiva como un asunto de desarrollo humano inició particularmente a partir de la “Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo” (El Cairo, 1994); en donde además se hicieron evidentes las dificultades que experimenta la población adolescente y joven para ejercer y disfrutar su sexualidad sobre todo en los países en desarrollo donde paradójicamente la sexualidad y la reproducción se llevan a cabo en estas etapas de la vida. ⁽²⁾

Frente a esta realidad, se hizo necesario que los países contaran con legislaciones que garantizaran el cumplimiento de las políticas, planes, programas y protocolos de atención en salud. Estas legislaciones fueron elaboradas de conformidad con los instrumentos internacionales y regionales que protegen los derechos humanos y libertades básicas que afectan la salud sexual y reproductiva de los individuos. Los derechos sexuales y reproductivos se basan en la dignidad humana y la libertad de las personas para decidir acerca del ejercicio de su sexualidad y reproducción, por lo que se han establecido múltiples acuerdos internacionales que garantizan legalmente la salud sexual y reproductiva como un derecho humano. ^(Ver anexo 1)

El marco legal de la salud sexual y reproductiva en Guatemala se sustenta no solo en los decretos internacionales, sino además en leyes y acuerdos promulgados en el país a partir de políticas orientadas a la población adolescente, en un período relativamente reciente, teniendo como base la Constitución Política de la República de Guatemala, los Acuerdos de Paz, la Ley de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia, la Ley de Planificación Familiar, la Ley contra el Femicidio y otras formas de Violencia Contra la Mujer, la Ley Contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas, entre otras. ^(Ver anexo 2)

3.1.1. Intervenciones en salud sexual y reproductiva de los adolescentes guatemaltecos a través del Ministerio de Salud y Asistencia Social (MSPAS):

El MSPAS, a través del Programa Materno Infantil, inició distintas acciones a favor de los adolescentes a nivel central desde el año 1997 en respuesta a los Acuerdos de Paz. En la búsqueda de reducir brechas de inequidad de los servicios de salud, elaboró un plan nacional de adolescencia en donde visualizaba a esta población con acciones a corto, mediano y largo plazo, que surgió como producto de foros multisectoriales y con participación de adolescentes quienes hicieron manifiestas las necesidades de ser atendidos en forma integral y diferenciada.⁽⁷⁾

A partir de entonces se iniciaron acciones de sensibilización e involucramiento del personal del área de salud, responsables de la promoción en salud (trabajadoras sociales), y la cooperación externa realizando acciones puntuales a nivel técnico normativo (reproducción de materiales informativos y de abogacía). Se implementó una línea telefónica de atención “Cuenta Conmigo” la cual brindó orientación y consejería según demanda; en el año 2006 se fortaleció y trasladó este servicio a la municipalidad capitalina, centro metropolitano (antiguo edificio de correos) coordinado por el componente de adolescentes del “Programa Nacional de Salud Reproductiva” quienes monitorean los procesos y resultados, así como, brindan capacitación y actualización sistemáticamente a las psicólogas que brindan el servicio a los adolescentes para fortalecer el servicio y fomentar la referencia a la clínica de atención del adolescente del Hospital General San Juan de Dios.⁽⁷⁾

Posteriormente el MINEDUC, durante el año 2000, crea el “Programa Nacional de Salud Reproductiva”, el cual tenía como objetivo prioritario disminuir la tasa de mortalidad materna y neonatal, pero también tiene otros componentes como: paternidad y maternidad responsable, prevención de cáncer cérvico-uterino, adolescencia, vigilancia epidemiológica y planificación familiar, a través de los cuales realiza acciones a favor de la salud sexual y reproductiva a nivel nacional.⁽⁷⁾

En el año 2000 y 2001, surgen algunas iniciativas por parte del entonces “Programa de Salud Integral de la Mujer, Niñez y Adolescencia” (SIMNA), las cuales fueron apoyadas por la Oficina Panamericana de la Salud (OPS) y la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional (ASDI), intervenciones que fueron acompañadas y fortalecidas por la comisión intersectorial para adolescentes que estaba conformada por personas e instituciones voluntarias, quienes movidos por el interés de poner el tema de adolescentes en planes, acciones y programas del MSPAS, elaboraron un plan nacional en donde se definieron objetivos, estrategias y ejes temáticos que promovieran la salud integral de la población adolescente, grupo altamente vulnerable a los riesgos no solamente en salud, sino también a aquellos problemas sociales y psicológicos que evitan y limitan su óptimo crecimiento y desarrollo.⁽⁸⁾

Ese mismo año, se implementó el plan nacional de prevención y erradicación del trabajo infantil y adolescencia trabajadora, coordinado por el Ministerio de Trabajo y Previsión Social, donde el MSPAS es responsable de velar por los riesgos ocasionados por el trabajo infantil y en la adolescencia.⁽⁸⁾

En el año 2001 se inicia la descentralización de las acciones, a través de distintos proyectos (UNICEF, OPS, AID, Save The Children, SHARE y ASDI, UNFPA), así como por la decisión de algunos distritos que con apoyo del Programa Nacional de Salud Reproductiva y sus componentes de adolescentes, realizan acciones a favor de los adolescentes.⁽⁷⁾

En 2001, se organizó una comisión intersectorial y de adolescentes en el Hospital General “San Juan de Dios” donde se involucró al personal de trabajo social, psicología, odontología y pediatría con el fin de crear un área específica para la atención del adolescente, ya que era un espacio no cubierto y los adolescentes que acudían para atención médica, eran vistos conjuntamente con pacientes adultos o con los niños según su edad. Para tal fin la comisión consideró que el área más adecuada para la atención y creación de un modelo fuera en el área de pediatría, implementada a partir del 2003 en la consulta externa.⁽⁸⁾

Dentro de los ejes que cubre ésta clínica están: nutrición, inmunizaciones, enfermedades de transmisión sexual, salud mental, odontología, salud reproductiva, orientación y educación. Actualmente la clínica cuenta con un grupo multidisciplinario. Se ha coordinado además con establecimientos educativos públicos y privados a fin de promocionar la clínica de atención integral, y distribuir material en temas como ETS, VIH/SIDA, métodos de anticoncepción, maltrato, etc. ⁽⁷⁾

Así mismo la clínica de atención integral se ha constituido en el centro de capacitaciones a nivel institucional (MSPAS), desarrollando actividades con centros de salud del área metropolitana y hospitales de la red nacional, abordando temas de salud reproductiva, planificación familiar, violencia y género, explotación sexual comercial, VIH/SIDA, derechos de la niñez y adolescencia, entre otros. ⁽⁷⁾

Se ha desarrollado un vínculo importante con la Universidad San Carlos de Guatemala, promoviendo la capacitación de médicos residentes del postgrado de pediatría y estudiantes de pregrado de la carrera de ciencias médicas, apoyando y fortaleciendo los programas curriculares establecidos.

En el 2002, el proyecto “Atención Integral y Diferenciada a Adolescentes y Jóvenes con énfasis en Salud Reproductiva”, es aprobado para el período 2002-2006, siendo el gobierno de Canadá el donante a través del cual la UNICEF es nombrada como la instancia responsable de brindar al MSPAS el acompañamiento técnico y administrativo de dichos fondos. Siendo priorizados 13 municipios definidos con base a los bajos niveles de desarrollo alcanzados. ⁽⁸⁾

En 2004, el MSPAS, actualiza las “Normas de Atención” las cuales se enfocan por ciclo de vida, visualizándose las prioridades de atención hacia los adolescentes de los diferentes programas de atención. ⁽⁷⁾

En el año 2006 se capacita a 2300 proveedores de salud del II nivel de atención, en el tema de adolescentes a través del “Diplomado de Normas de

Atención en Salud” conducido y coordinado por el departamento de recursos humanos del MSPAS.⁽⁷⁾

En el año 2007 se implementó el centro de documentación virtual en el Hospital General San Juan de Dios, para adolescentes realizando visitas en coordinación con instituciones gubernamentales y no gubernamentales, centros de documentación, etc., solicitando material de información y/o educación en calidad de donación.⁽⁷⁾

En el año 2007 se inician las acciones interprogramáticas a favor de la adolescencia, sistematizándolo en un “Modelo de Atención Integral del Adolescentes”, para ser operativizado en la red de servicios de salud, esto con aval del vice ministerio técnico y la integración de un equipo multidisciplinario del MSPAS y de recursos financieros provenientes de organismos internacionales.⁽⁷⁾

En el 2008, el Congreso de la República convoca a los entes involucrados en educación, salud, defensores de los derechos humanos y universidades para la creación y planteamiento de estrategias del Observatorio en Salud Sexual y Reproductiva (OSAR), con el fin de contribuir a la reducción de la mortalidad materna e infantil, y la consecución de la equidad de salud; mediante la mejora del conocimiento de las causas y determinantes de la salud reproductiva, la cooperación con otras instituciones, la formación y la investigación. Con ello se inicia la observación del cumplimiento de los acuerdos establecidos internacionalmente sobre la salud reproductiva en el país.⁽⁵⁾

Las funciones de OSAR en relación a la salud reproductiva en Guatemala se fundamenta en obtener, difundir, promover, monitorear y colaborar con las instituciones y organizaciones públicas y privadas en relación a las causas y dimensiones de las brechas poblacionales, para que el Congreso evalúe el avance de la implementación del marco legal de salud sexual y reproductiva.⁽⁷⁾

Es de hacer mención que el MSPAS, está realizando acciones a favor de la adolescencia en muchos lugares con recursos propios y locales. Actualmente se está trabajando en 20 áreas de salud con distintas intervenciones dirigidas a adolescentes y jóvenes, tales como: espacios amigables, centros interactivos, organización juvenil, clínicas integrales y multidisciplinarias en dos hospitales nacionales, escuelas saludables, entre otros.⁽⁷⁾

Sin embargo, a nivel del departamento de Huehuetenango solamente se cuenta espacios amigables, centros interactivos, y módulos dentales en los municipios de San Juan Ixcoy, Todo Santos Cuchumatán, San Miguel Acatán, Santa Bárbara, Malacatancito y Cuilco.⁽⁸⁾

En el anexo 3 se encuentra el resumen cronológico de las intervenciones que se han desarrollado en el tema de salud sexual y reproductiva a nivel nacional.

3.2. Situación de la adolescencia en Guatemala: una análisis del embarazo en adolescentes

La situación de embarazos en adolescentes es un tema alarmante que ha tomado relevancia en varias esferas de la sociedad a nivel nacional e internacional; un ejemplo de ello es el reportaje realizado por la periodista del New York Times y ganadora del Premio Pulitzer, Stephanie Sinclair, en donde se relatan las historias de vida de muchas adolescentes embarazadas en Petén, poniendo en evidencia algunos casos de impunidad y el hecho inadmisible de que en Guatemala una adolescente no puede votar, comprar alguna bebida alcohólica o droga hasta los 18 años, pero se está permitiendo que se case a los 14 años, cuando aún es inmadura física y psicológicamente, hecho que atenta contra sus derechos humanos y los de sus hijos.⁽⁹⁾

Puesto que la salud sexual y reproductiva el resultado de múltiples factores interdependientes entre sí, los cuales intervienen en un contexto histórico, político, social y económico específicos, se hace necesario hacer un análisis de las

características de los adolescentes guatemaltecos a fin de comprender mejor las causas de ésta problemática, por lo que a continuación se hace un análisis del contexto actual de los adolescentes guatemaltecos.

En el contexto social y demográfico de Guatemala los adolescentes de 10 a 19 años son aproximadamente tres millones de personas, representando un buen porcentaje de la población general (23.6%). (7) Respecto a la distribución por nivel departamental la mayor proporción se encuentra en Huehuetenango, San Marcos, Petén y Jutiapa. Además ésta proporción va en aumento principalmente debido a los resultados de programas orientados a la población infantil, con lo cual se ha disminuido la mortalidad infantil. (3)

Respecto a la distribución de la población adolescente según área geográfica, el 57% de los adolescentes viven en el área rural, sin embargo al observar la distribución por departamento lugares como Huehuetenango, San Marcos y Alta Verapaz tienen cerca del 80% de ruralidad. (3)

En el país el 42.7% de los adolescentes declaran ser indígenas según el censo de 2002. La mayoría de la población adolescente que se auto identifica como indígena vive en los municipios del occidente del país. Se ha llegado a afirmar que la condición de indígena se asocia a la falta de oportunidades y menores índices de desarrollo humano, principalmente porque se relaciona con la ruralidad, el analfabetismo y la condición de ser mujer, lo que agrava la situación de pobreza. (3)

Las condiciones de pobreza y pobreza extrema que se viven en el país han obligado a que la mayoría de adolescentes trabajen a fin de contribuir a la economía familiar, lo que impide que continúen en la escuela, acarreando consecuencias serias sobre su salud y su desarrollo social. La “Encuesta Nacional de Condiciones de Vida 2011” (ENCOVI 2011) publicó que tres cuartas partes del total de la población ocupada de jóvenes entre 15 y 24 años, pertenecen al sector informal. De esta proporción de adolescentes, el 39% tiene educación primaria, 26.1% secundaria, y 1% superior. De cada cinco jóvenes con nivel educativo secundario, dos están incorporados en el mercado formal y tres en el informal, en situación de precariedad laboral. (8)

La tasa de fecundidad en adolescentes es de 98 nacimientos por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años de edad. La mitad de las mujeres jóvenes inician una unión formal o consensual antes de los 20 años. ⁽⁶⁾ Lo que constituye al embarazo en adolescentes en un problema de salud pública y de desarrollo social, debido al incremento del riesgo en la salud de las madres adolescentes y de sus recién nacidos.

El 44.7% de los adolescentes y jóvenes guatemaltecos (15-29 años) iniciaron su vida sexual activa a los 17 años en el caso de las mujeres y a los 16 años los hombres, según lo indicó la Encuesta de la Juventud 2011, sin embargo la edad de inicio sexual podría ser menor, debido a que se tiene reportes de muchos casos de embarazos en adolescentes menores de 14 años. ⁽⁸⁾

Se sabe que el 30% de las uniones o matrimonios ocurren en niñas y adolescentes menores de 20 años, en donde el 68% corresponde a adolescentes sin educación y 54% a mujeres adolescentes indígenas, aquí también es importante resaltar que muchos de estos embarazos se deben a casos de violencia sexual. La mayoría de las adolescentes de 15 a 19 años no desea tener un hijo en los dos años siguientes, sin embargo solamente un 18% utiliza algún método de planificación familiar. ⁽⁶⁾

Según la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) un 51% de adolescentes menores de 15 años no utilizó anticonceptivo en su primera relación sexual, debido a que no conocían ningún método, este mismo hecho se replica en el grupo de 15 a 17 años. Algo interesante es que en el grupo de mayor edad (18 a 19 años) se identificó que la razón principal de iniciar su vida sexual era tener un hijo (33%). ⁽⁶⁾ Lo que llama la atención es que el factor “inesperado” y el machismo figuraron como razones por las cuales no utilizar condón en la primera relación sexual, lo que representa no solamente un riesgo para el embarazo no deseado, sino además para contraer infecciones de transmisión sexual, aumentando con ello la epidemia del VIH/SIDA.

Este hecho también pone de manifiesto varios problemas como la falta de educación en salud sexual y reproductiva, la cual se debe al limitado acceso a los servicios de salud y falta de programas con pertinencia cultural; así como a la

pobreza y los tabús religiosos y culturales, situaciones que son determinantes en el embarazo en adolescentes.

El OSAR reporta datos de los embarazos en adolescentes que son alarmantes, ya que se relacionan con efectos como la mortalidad infantil y materna. Los departamentos más afectados son Huehuetenango, Quiché, Petén, Quetzaltenango y San Marcos. En el caso de Huehuetenango los municipios con mayor prevalencia son Chiantla, Santa Cruz Barillas y la cabecera departamental.

(5)

3.3 Contextualización del área de estudio

3.3.1 Dimensión biológica

- **Demografía:** La población aproximada actual de Chiantla es de 74,978; la población femenina es del 52.54% y la masculina es de 47.46%. La mayoría de la población se concentra en el área rural del municipio. El porcentaje de población rural es de 89.7% y de población urbana 10.3%.
(10)
- **Pirámide poblacional:** De acuerdo a las proyecciones del INE (2002), la tasa de crecimiento del municipio es de 4.0. ⁽¹⁰⁾ En donde la niñez y la juventud es la población mayoritaria como se refleja a nivel nacional. (ver anexo 4)
- **Población Económicamente Activa (PEA):** La mayor parte de PEA del municipio se dedica a la agricultura, al comercio y a la construcción (73%, 5.8% y 5.6% respectivamente). ⁽¹⁰⁾ El mayor número de los habitantes del municipio son trabajadores no calificados. (ver anexo 5)

A nivel departamental la tercera parte de los 32 municipios presentan porcentajes de pobreza superiores al 80%, siendo el coeficiente de GINI rural departamental de 0.23, presentando el mismo valor el municipio de Chiantla. ⁽¹¹⁾

- **Migración:** Tiene como causas la falta de empleo, bajos salarios en el mercado local y el minifundio. En el municipio existe migración temporal hacia municipios vecinos, fincas de la costa sur del país y de México y migración hacia los Estados Unidos. ⁽¹⁰⁾
- **Tasa de natalidad:** A nivel nacional, durante el 2013, el departamento de Huehuetenango reportó la tasa bruta de natalidad (TBN) más alta (31.4 nacimientos por cada mil habitantes), sin embargo no se cuentan con datos específicos de Chiantla. ⁽¹²⁾
- **Mortalidad materna:** la razón de mortalidad materna en Chiantla reportado en el 2013 fue de 168. ⁽¹³⁾

3.3.2 Dimensión estilos de vida

- **Educación:** En el municipio de Chiantla, la tasa neta de escolarización (TNE) durante el año 2014 a nivel del ciclo básico en mujeres fue de 14.9%, y en hombres de 18.9%. La tasa de promoción de tercero básico durante el mismo año, fue de 77.7% en mujeres y 74.0% en hombres. ^{(14) (12)}

Sin embargo, al comparar estos datos con los mostrados a nivel departamental en donde la TNE en mujeres fue de 23%, y en hombres de 28.4%, se puede observar que el municipio presenta porcentajes menores. Por otro lado, al comparar la tasa de promoción del ciclo básico durante 2014 con la tasa departamental, se observa una leve diferencia (78.9% en mujeres y 74.3% en hombres a nivel departamental). ⁽¹⁴⁾

Demostrando que la escolaridad promedio de Huehuetenango es de las más bajas a nivel nacional, lo cual es consistente con su bajo desarrollo humano.

Se registran cinco zonas diferenciadas con base a criterios de demanda educativa, oferta institucional y condiciones de acceso. En total, el

El municipio cuenta con 28 centros educativos, en donde 16 pertenecen al sector oficial y 11 al sector privado.⁽¹⁰⁾

- **Condiciones de vivienda:** El tipo de vivienda que predomina es de estructura de adobe y block, piso de tierra y techo de teja o lámina de zinc.⁽¹⁰⁾

3.3.3 Dimensión en salud

- **Cobertura:** En Chiantla la atención de salud está cubierta por:
 - ✓ **1 Centro de Salud:** En la cabecera municipal
 - ✓ **7 Puestos de Salud:** Localizados en Chichalum, Buenos Aires, Cinco Arroyos Chochal, Potrerillo, Paquix, La Capellanía y San José Las Flores
 - ✓ **3 Puestos Municipales de Salud:** Localizados en San Nicolás, Escaputzi y Mixlaj.
 - ✓ **16 Centros de Convergencia:** Atendidos por las prestadoras de servicios IMDI y KANIL en las comunidades de La Labor, el Rancho, el Pino, Agua Alegre, Manzanillo, Las Manzanas, San José Las Flores, Tunimá, Paquix, Huiton, Sanguijuela, Capellanía, La Quebradilla, Climentoro, Buena Vista San Isidro y Palogrande. El área de IMDI abarca 37 comunidades y de KANIL 33.⁽¹⁰⁾
- **Recurso humano:** El Centro de Salud cuenta con dos médicos, una enfermera profesional, once enfermeras auxiliares, tres técnicos en salud rural, un técnico de laboratorio, dos oficinistas, un piloto y un operativo de mantenimiento.⁽¹⁰⁾
- **Infraestructura de los servicios de salud:** El municipio cuenta con un Centro de Salud tipo B el cual está destinado para atender 10,000 habitantes, atiende todos los días de la semana, pero no cuenta con suficiente abastecimiento de medicamentos.⁽¹⁰⁾

3.4 Estudios tipo C.A.P. como herramienta de la investigación descriptiva en el campo de la salud sexual y reproductiva

El estudio de la salud sexual y reproductiva debe ser desde un abordaje biopsicosocial a fin de comprender cómo los individuos conciben y practican su sexualidad. Por tal razón, se planteó realizar ésta investigación utilizando la metodología inductiva de tipo descriptiva a fin de explorar el fenómeno concebido desde la experiencia de los actores. Para ello se utilizó como herramienta un cuestionario tipo C.A.P., el cual ha sido ampliamente utilizado en la investigación de las ciencias de la salud, debido a que provee un acercamiento al comportamiento humano más completo que cualquier otro método, ya que integra esa esfera biopsicosocial que es esencial para estudiar la salud sexual y reproductiva. Además tiene la ventaja que puede ser utilizada desde un enfoque cuantitativo, lo cual le confiere practicidad.⁽¹⁵⁾

Ésta herramienta puede ser utilizada tanto en la fase de diagnóstico sobre una problemática como en la de planificación de un proyecto comunitario. Su utilidad como herramienta en la investigación social, radican en lo siguiente:

- Permite analizar comportamientos que se “deberían” saber, actitudes que se “deberían” pensar y prácticas que se “deberían” realizar.
- Permite entender porqué la gente hace lo que hace.
- Permite evaluar la factibilidad del cambio de un comportamiento y si el comportamiento deseado ya existe sirve para mejorar el impacto de las medidas del proyecto, p.ej. en el desarrollo productivo, el desarrollo de capacidades, el desarrollo organizacional de la comunidad y debe ser por ello un eje transversal del proyecto.⁽¹⁵⁾

En las ciencias sociales se utiliza para analizar a profundidad un grupo a fin de elaborar campañas de beneficio comunitario que promueva la adaptación a nuevos comportamientos. La idea es incluir tanto a los grupos metas como a posibles aliados y multiplicadores en cuanto a su disponibilidad y posibilidad para hacer estos cambios.⁽¹⁵⁾

Es útil en el campo de las ciencias médicas en cuanto puede ofrecer reflexiones, críticas y opciones de solución, en relación con la atención y la formación de profesionales en los servicios de salud. Es de gran utilidad para evaluar programas de enseñanza y reflexionar en lo concerniente a las relaciones en el ámbito académico y asistencial.⁽¹⁵⁾

A continuación se plantean los componentes de esta herramienta, que vale resaltar se complementan unos a otros:

3.4.1. Conocimientos

Se define como “el conjunto de saberes de un individuo que le permiten lograr un buen desempeño o tarea, e indican su suficiencia o idoneidad para el citado desempeño”, el cual se obtiene a través de un proceso cognitivo de aprendizaje que implica una serie de actividades tales como la captación de información, la consideración, la reflexión, la interpretación, la evaluación, la integración en los modelos mentales y/o memoria, y su difusión e implementación.⁽¹⁶⁾

El proceso de aprendizaje comienza con la captación de la información, a continuación, el individuo la tiene en cuenta (consideración), la analiza y trata de relacionar con el conocimiento existente en sus modelos mentales, la procesa y la sintetiza (reflexión). Seguidamente y dentro de la fase de interpretación, el sujeto internaliza la nueva información ya reflexionada y la examina según sus conocimientos, valores y principios. Este proceso permite la asignación de uno o más significados y la formación de conocimiento.⁽¹⁶⁾

- **Evaluación de conocimientos:** Uno de los instrumentos más utilizados para evaluar el grado de conocimiento, es el cuestionario, que consiste en un conjunto de preguntas respecto a uno o más variables a medir.
 - ✓ **Escala de Estanones:** Esta es una escala que utiliza un valor mínimo y máximo, y en base a ello se establecen límites para

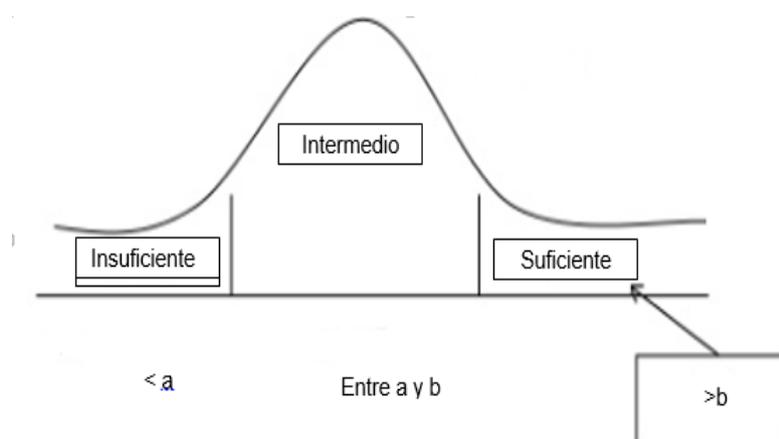
construir intervalos agrupándolos en tres categorías (suficiente, intermedio e insuficiente para éste estudio).

A partir del punto máximo “b” hacia la derecha indica un grado suficiente, del punto mínimo “a” hacia la izquierda, indica un grado insuficiente; y a entre el punto “a” y el “b”, indica un grado intermedio de conocimiento.

Para determinar la dirección de estos puntos, se obtiene la media aritmética y la desviación estándar de los puntajes obtenidos para cada dimensión, y se calcula a partir de la siguiente fórmula:

(17) (18)

$$a/b = \mu \pm 0.75 \sigma$$



- **Conocimientos sobre salud sexual y reproductiva implementados en el Currículo Nacional Base (CNB):** El MINEDUC integra aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva desde cuarto año de primaria hasta tercero básico, abordando múltiples temas incluidos en la guía temática para cada grado según el CNB.

A continuación se describen a grandes rasgo los diferentes conocimientos impartidos según el grado.

- ✓ **Cuarto año de primaria:** Identificación de la sexualidad y sus manifestaciones físicas y sociales. Introducción del concepto de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y enfermedad venérea, enumeración de las enfermedades existentes y su forma de transmisión. ⁽¹⁹⁾
- ✓ **Quinto año de primaria:** Estudio del ciclo de vida del ser humano, identificación de la función sexual humana y su impacto en las relaciones sociales y afectivas; caracterizando la sexualidad como parte del crecimiento y desarrollo humano, su relación con la reproducción y la interacción hormonal en las características físicas y comportamiento. Se pretende que el estudiante logre explicar el proceso de la reproducción y su relación con el embarazo y las causas y efectos de las enfermedades de transmisión sexual. ⁽²⁰⁾
- ✓ **Sexto año de primaria:** Descripción de la estructura y funcionamiento de los órganos sexuales, bases éticas sobre la sexualidad humana, prevención de ETS. ⁽²¹⁾
- ✓ **Primero básico:** Conocimiento sobre la gametogénesis (espermatogénesis y ovogénesis) y del ciclo menstrual femenino y sus fases, mostrando una postura de defensa al derecho a la vida desde su concepción, rechazando el aborto. Se comunica información sobre los cuidados pre y post natales de la mujer embarazada, así como de los riesgos que surgen durante esta etapa, se expone sobre la lactancia materna y sus beneficios durante el primer año de vida del niño. Confiere importancia a los riesgos de contagio del VIH en prácticas sexuales irresponsables o en el uso de agujas contaminadas, etc. Justifica el principio de una sexualidad responsable. Describe las prácticas que constituyen una sexualidad responsable, dando importancia a los riesgos que implica el embarazo en los y las adolescentes. Confiere importancia a los métodos naturales de planificación familiar, y asume una actitud crítica con relación a ellos. ⁽²²⁾
- ✓ **Segundo básico:** Descripción de la función biológica de la sexualidad humana y la responsabilidad que implica; descripción de procesos de reproducción humana, desde la gametogénesis hasta

el parto, y la importancia de la lactancia materna; ETS y las formas de prevención; métodos de planificación familiar, eficacia y desventajas de cada uno, donde se pueden adquirir, e importancia de una adecuada planificación familiar. ⁽²³⁾

- ✓ **Tercero Básico:** Relación de la función biológica de la sexualidad con la sexualidad responsable y la planificación familiar; impacto del VIH/SIDA, y de las ETS en la comunidad y región. ⁽²⁴⁾

Para mayor detalle sobre la temática implementado en el CNB consultar el anexo 6.

3.4.2 Actitudes

Una de las definiciones más conocidas sobre lo que son las actitudes fue dada por Allport G. en 1935, quien estableció que “una actitud es un estado mental y neurofisiológico de disponibilidad, organizado por la experiencia, que ejerce una influencia directiva sobre las reacciones del individuo hacia todos los objetos o todas las situaciones que se relacionan con ella”. ⁽²⁵⁾

Sin embargo esta definición relaciona fenómenos de naturaleza diferente, por lo que se debe concebir la actitud como una organización psicológica particular, es decir como entidad propia, de diferentes procesos psicológicos. De éste modo, se puede diferenciar tres dimensiones que organizan la actitud: cognitiva, afectiva, comportamental. ⁽²⁵⁾

El componente cognitivo incluye las creencias con respecto a un objeto; el componente afectivo se refiere al grado de agrado hacia el objeto y el componente comportamental “controla” el comportamiento del individuo hacia el objeto. ⁽²⁵⁾

En este contexto, surge la pregunta ¿cuál es el atributo de una actitud que es factible de medir con una escala? De los tres componentes de la actitud que se han señalado anteriormente, únicamente la dimensión afectiva es posible medir utilizando escalas. Medir, en este contexto es

hacer un ordenamiento de todos los individuos según sean más o menos favorables a un cierto objeto, o más generalmente, que presente en mayor o menor grado cierta tendencia. ⁽²⁵⁾

El supuesto teórico que respalda lo expuesto anteriormente, es que la actitud (su componente afectivo) es una variable unidimensional que se representa en un continuum psíquico, que tiene un origen y un término tales que se aceptan como suficientes. De modo que una escala de actitudes es algo hipotético, que por el tratamiento de conductas verbales permite formular una posición o dirección de los individuos sobre el continuum, sobre una línea que tiene un principio y un fin, excluyendo el análisis de la intensidad que reflejan esas conductas. ⁽²⁵⁾

- **Escala de actitud tipo Likert:**

La presentación de éste método de calificaciones sumadas para la medición de actitudes fue desarrollado por R. Likert en 1932, partiendo de una encuesta sobre relaciones internacionales, relaciones raciales, conflicto económico, conflicto político y religión, realizada entre 1929 y 1931 en diversas universidades de EEUU. ⁽²⁶⁾

La escala de Likert está confeccionada bajo un método sencillo por su confección y aplicación. Bajo la perspectiva de considerar las actitudes como un continuum que va de lo favorable a lo desfavorable, ésta técnica, además de situar a cada individuo en un punto determinado, lo que es rasgo común a otras escalas, tiene en cuenta la amplitud y la consistencia de las respuestas actitudinales. ⁽²⁶⁾

La escala utiliza enunciados o proposiciones, sobre las que se tiene que manifestar el individuo. A partir de la suma de respuestas, se obtiene un punto superior, medio e inferior, lo que nos permite decidir la posición que una persona ocupa en el hipotético continuum de la actitud. ⁽²⁶⁾

3.4.3 Prácticas

Son los conocimientos que enseñan el modo de hacer algo. Acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos. Es el ejercicio que se realiza de acuerdo a ciertas reglas que puede estar sujeto a la dirección de un maestro o profesional.⁽²⁷⁾ Las prácticas o los comportamientos son acciones observables de un individuo en respuesta a un estímulo; es decir que son el aspecto concreto, son la acción.

Las prácticas suelen ser resultado del contexto familiar, de los hábitos y las costumbres. Es el nivel más complejo que se estudia, porque implica conocer, tener voluntad y poseer el recurso para ejercitar el conocimiento.⁽²⁸⁾

Con respecto a la metodología a utilizar, existe las referencias de múltiples estudios C.A.P. en el campo de la salud; en todos los casos se precisa que los estudios C.A.P. se realizan con base en cuestionarios o entrevistas para los conocimientos y actitudes; las prácticas se evalúan basándose en la observación directa, salvo en estudios relacionados con conductas sexuales u otros donde la observación de la práctica es materialmente imposible.⁽²⁸⁾

4.4.4. Relación entre el conocimiento, las actitudes y las prácticas

En el ámbito de los estudio de salud sexual y reproductiva, las actitudes suelen estudiarse dentro del contexto de sus interrelaciones con el conocimiento y las prácticas de un individuo. Dentro de este esquema tridimensional, la actitud se concibe como algo que media e interviene entre los aspectos del ambiente externo (estímulos) y las reacciones de la persona, es decir, las respuestas evaluativas manifiestas.⁽²⁹⁾

Sin embargo, este es un proceso dinámico, en el cual cada uno de los elementos mencionados se encuentra determinados, y determinan a su vez a los otros dos componentes. Esta interacción se lleva a cabo en un contexto de formaciones socio históricas concretas.⁽²⁹⁾

3.5 Salud sexual y reproductiva, un problema en la adolescencia:

3.6.1 La adolescencia

El concepto más utilizado y ampliamente aceptado sobre adolescencia es el de la OMS que considera que la adolescencia se inicia con los cambios biofisiológicos que experimentan los individuos, luego de la niñez y finaliza con la madurez sexual y reproductiva, período que abarca entre los 10 y los 19 años. ⁽³⁾

Sin embargo en Guatemala se ha establecido la definición de adolescente según la Ley de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia, decreto 27-2003 del Congreso de la República, como aquella persona desde los 13 años hasta los 18 años de edad. ⁽³⁾ Esta definición no toma en cuenta los cambios biológicos ni psicosociales, sino que se basa en la cosmovisión de los pueblos mayas, donde se reconoce la edad de dejar la infancia, a los 12 años. En el presente estudio se tomó en cuenta la definición de la OMS.

Esta etapa de la vida se puede subdividir, para poder comprender mejor los cambios que se van suscitando, como se define a continuación:

- **Adolescencia joven (10 a 14 años de edad):** Se encuentran más cerca de la niñez, los individuos inician a formar su identidad, la cual depende de las influencias internas y externas. Comienzan a aparecer los cambios de maduración física, con lo que toman conciencia de su sexualidad e inician a experimentar con el sexo.
- **Adolescencia media (15 a 16 años de edad):** En esta etapa los adolescentes inician a desarrollar ideales y adquieren roles dentro de la sociedad, los pares son muy importantes y se ven fuertemente influenciados por ellos.
- **Adolescencia mayor (17 a 19 años de edad):** Actúan como mayores, pero aún no han alcanzado la madurez cognitiva, emocional y de

comportamiento; toman decisiones de forma independiente, pero necesitan del modelo adulto, así como de estructuras familiares y sociales que los ayuden a completar la transición hacia la adultez. ⁽³⁰⁾

3.6.2 El embarazo normal

El embarazo, también llamado gestación o periodo de gravidez, es el estado en el que se desarrolla un feto dentro del útero. Es el periodo comprendido desde que el espermatozoide fecunda al óvulo, hasta el momento del parto. Comprende procesos físicos de división, diferenciación, desarrollo y crecimiento. ⁽³¹⁾

3.6.3 El embarazo en adolescentes

El embarazo en adolescentes se considera el nacimiento en mujeres de 15 a 19 años de edad. ⁽³¹⁾ Así como, el estado gravídico en mujeres menores de 19 años de edad. ⁽³²⁾

Con respecto a los factores de riesgo asociados al embarazo adolescente, se ha logrado identificar una gran variedad que es posible agrupar en 3 categorías:

- Factores de riesgo individuales: Menarquía precoz, bajo nivel de aspiraciones académicas, impulsividad, ideas de omnipotencia y adhesión a creencias y tabúes que condenan la regulación de la fecundidad y la poca habilidad de planificación familiar.
- Factores de riesgo familiares: Disfunción familiar, antecedentes de madre o hermana embarazada en la adolescencia, pérdida de figuras significativas y baja escolaridad de los padres.
- Factores de riesgo sociales: Bajo nivel socioeconómico, hacinamiento, estrés, delincuencia, alcoholismo, trabajo no calificado, vivir en un área

rural, ingreso precoz a la fuerza de trabajo, mitos y tabúes sobre sexualidad, marginación social y predominio del “amor romántico” en las relaciones sentimentales de los adolescentes. ⁽³³⁾

El embarazo durante ésta etapa de vida ocasiona grandes consecuencias, las cuales se pueden agrupar en:

- **Complicaciones somáticas**

- ✓ **Para la madre:**

Con respecto a la morbilidad materno-fetal, la desnutrición materna es un factor importante que influye en el resultado de un neonato de bajo peso, aunque para algunos es sólo un factor influyente, lo que cobra fuerza cuando se asocia a otros riesgos, como una ganancia de peso insuficiente durante el embarazo. La anemia y el síndrome hipertensivo del embarazo han sido encontradas, por muchos autores, como complicaciones comunes entre las gestantes adolescentes. Las edades extremas constituyen un factor de riesgo conocido para la preeclampsia. La anemia se distingue como una de las complicaciones más frecuentes en el embarazo y es más común en mujeres con una dieta inadecuada. ⁽³⁴⁾

- ✓ **Para el hijo:**

El recién nacido de madre adolescente no tiene diferencias significativas respecto a las mujeres adultas, aunque si existen diferencias si la madre es menor a 15 años, ya que se han presentado una mayor incidencia de malformaciones especialmente las del cierre del tubo neural. El hecho de que las adolescentes se embaracen con un intervalo de tiempo menor de 5 años entre la menarquía y el parto es considerado un factor de riesgo para que se presenten resultados perinatales desfavorables. ⁽³⁵⁾

- **Complicaciones psicosociales**

Uno de los principales problemas para las madres adolescentes es la deserción escolar. La baja escolaridad que alcanzan y la dificultad para reinsertarse al sistema escolar, tiene un efecto negativo en la formación del capital humano y la superación de la pobreza a nivel social. El rendimiento escolar de estas adolescentes, durante su permanencia en el sistema es deficiente.⁽³⁶⁾

Por lo descrito anteriormente, se recomienda abordar esta problemática desde la perspectiva médica sin dejar de lado los aspectos psicológicos y sociales, por tanto:

- ✓ Se debe de considerar el embarazo de la adolescente como de alto riesgo.
- ✓ Iniciar la administración de ácido fólico (contribuye a la prevención de los defectos del tubo neural),
- ✓ Enviar a la adolescente para manejo integral a un centro especializado.
- ✓ Proporcionar apoyo y orientación psicológica; abrir espacios para que las adolescentes puedan hablar sobre sus interrogantes e inquietudes.
- ✓ Buscar incorporar al padre en la experiencia que genera la nueva situación.
- ✓ Propiciar intercambio con los familiares y allegados para que se asegure un ambiente de comprensión de la situación.
- ✓ Después del nacimiento, vigilar crecimiento y desarrollo del niño y cumplimiento de programa de vacunación, estar alerta sobre accidentes frecuentes o dificultad para ganar peso y talla.
- ✓ Vigilar el estado de ánimo de la madre adolescente sobre todo en el periodo del postparto.⁽³²⁾

3.6.4 Planificación familiar

La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad. ⁽³⁰⁾

3.6.4.1 Métodos naturales

La planificación familiar natural (conocido a veces como la fertilidad o el método del ritmo) es un método de control de la natalidad que algunas parejas utilizan para predecir cuándo ocurrirá estos días fértiles.

A continuación se presenta un resumen esquematizado de los métodos de planificación familiar naturales.

- **Lactancia materna o MELA**

- ✓ **Mecanismo de acción:** Retrasa el retorno de la ovulación, a través de dar lactancia.
- ✓ **Posibles efectos secundarios:** No se asegura el descanso que la madre pueda necesitar.
- ✓ **Ventajas:** Es la manera de la naturaleza de espaciar los embarazos. Ayuda a que el sangrado posparto sea más corto, menos profuso y disminuye el riesgo de infección puerperal. Protege a la madre contra el cáncer de mama, ovario y endometrio. El amamantamiento reafirma el vínculo madre-hijo. ⁽³¹⁾

- **Temperatura**

- ✓ **Mecanismo de acción:** La temperatura de la mujer ordinariamente sube luego de la ovulación. Se debe tomar diariamente la temperatura al despertar, antes de levantarse, sin realizar ningún tipo de actividad, para lograr notar el cambio.
- ✓ **Posibles efectos secundarios:** No indica al periodo de tiempo infértil que precede a la ovulación ni el comienzo del período fértil.
- ✓ **Ventajas:** Fácil de interpretar. ⁽³¹⁾

- **Método de la ovulación (BILLINGS)**

- ✓ **Mecanismo de acción:** Se basa en la observación de los cambios del moco cervical. Durante los días fértiles aumenta la cantidad, elasticidad y viscosidad del moco, además de ser más transparente. Estas propiedades se pierden durante los días no fértiles, observándose un flujo más blanquecino y menos abundante.
- ✓ **Posibles efectos secundarios:** El moco puede tener algunas alteraciones cuando existe algún tipo de infección o enfermedad sexual.
- ✓ **Ventajas:** Se puede usar para concebir o posponer el embarazo. Es reversible en cualquier momento. Evita el uso de medicamentos y aparatos. ⁽³¹⁾

3.6.4.2 Anticonceptivos hormonales

- **Parche**

- ✓ **Mecanismo de acción:** Método hormonal combinado: espesa el moco cervical, inhibe la ovulación, inhibe la capacidad del espermatozoide para fertilizar el óvulo, ralentiza la movilidad por la trompa, interrumpe el transporte del óvulo, induce atrofia del endometrio.
- ✓ **Posibles efectos secundarios:** Hemorragia profusa, náuseas, cefaleas, dolor mamario, reacción cutánea localizada, menos eficaz si la paciente pesa más de 90 Kg.
- ✓ **Ventajas:** Similar a los ACO pero dosis menos frecuente. ⁽³⁰⁾

- **Combinación de anticonceptivos orales (PILDORA)**

- ✓ **Mecanismo de acción:** Método hormonal combinado: espesa el moco cervical, inhibe la ovulación, inhibe la capacidad del espermatozoide para fertilizar el óvulo, ralentiza la movilidad por la trompa, interrumpe el transporte del óvulo, induce atrofia del endometrio.
- ✓ **Posibles efectos secundarios:** Hemorragia profusa, náuseas, cefaleas, dolor mamario.

- ✓ **Ventajas:** Disminución del riesgo de EPI, embarazo ectópico, pérdida menstrual, dismenorrea, acné. ⁽³⁰⁾
- **Sólo progestágenos**
 - ✓ **Mecanismo de acción:** Método hormonal solo con progestágenos: inhibe la ovulación, espesa y disminuye la producción de moco cervical, atrofia el endometrio.
 - ✓ **Posibles efectos secundarios:** Hemorragias irregulares, dolor mamario, depresión.
 - ✓ **Ventajas:** Ausencia de estrógenos. ⁽³⁰⁾
- **Inyecciones de anticonceptivos, solo de progestágenos**
 - ✓ **Mecanismo de acción:** Método hormonal solo con progestágenos: inhibe la ovulación, espesa y disminuye la producción de moco cervical, atrofia el endometrio.
 - ✓ **Posibles efectos secundarios:** Hemorragias irregulares o amenorrea, aumento de peso, dolor mamario, acné, depresión, posible disminución de la densidad ósea.
 - ✓ **Ventajas:** Hemorragias irregulares o amenorrea, aumento de peso, dolor mamario, acné, depresión, posible disminución de la densidad ósea. ⁽³¹⁾
- **Dispositivo Intra Uterino (DIU) con liberación de progestágenos**
 - ✓ **Mecanismo de acción:** Efecto hormonal de los progestágenos y efecto del DIU que impide que los espermatozoides fertilicen el óvulo.
 - ✓ **Posibles efectos secundarios:** Hemorragia profusa los primeros 3-6 meses, después hipomenorrea o amenorrea.
 - ✓ **Ventajas:** Ausencia de estrógenos, uso fácil, acción larga, disminución de las pérdidas menstruales, de la dismenorrea y del riesgo de EPI. ⁽³⁰⁾
- **Anillo vaginal**
 - ✓ **Mecanismo de acción:** Método hormonal combinado: espesa el moco cervical, inhibe la ovulación, inhibe la capacidad del espermatozoide para fertilizar el óvulo, ralentiza la movilidad por la

trompa, interrumpe el transporte del óvulo, induce atrofia del endometrio.

- ✓ **Posibles efectos secundarios:** Irritación vaginal, secreción vaginal, cefalea.
- ✓ **Ventajas:** Similar a los ACO pero posología menos frecuente. ⁽³⁰⁾

- **Implante**

- ✓ **Mecanismo de acción:** Supresión de la ovulación; espesamiento del moco cervical.
- ✓ **Posibles efectos secundarios:** Escasas complicaciones de la inserción, posible ganancia de peso, cambios de la hemorragia uterina.
- ✓ **Ventajas:** Eficacia elevada, discreción, alivio de la dismenorrea, menor riesgo de embarazo ectópico, reversibilidad, aceptabilidad y tasas de continuación elevadas. ⁽³¹⁾

3.6.4.3 Anticonceptivos no hormonales

- **Preservativo masculino**

- ✓ **Mecanismo de acción:** Método de barrera: bloquea el paso del semen.
- ✓ **Posibles efectos secundarios:** Alergia al látex.
- ✓ **Ventajas:** Uso recomendado además de otro método anticonceptivo; único método que disminuye el riesgo de ETS y VIH. ⁽³¹⁾

- **Preservativo femenino**

- ✓ **Mecanismo de acción:** Método de barrera: recubre la vagina completamente y el periné parcialmente.
- ✓ **Posibles efectos secundarios:** Malestar vaginal, irritación del pene de la pareja.
- ✓ **Ventajas:** Aporta algo de protección frente a ETS y VIH. ⁽³¹⁾

- **DIU que contiene cobre**
 - ✓ **Mecanismo de acción:** DIU: impiden que los espermatozoides fertilicen al óvulo.
 - ✓ **Posibles efectos secundarios:** Menstruaciones más profusas.
 - ✓ **Ventajas:** Uso fácil, acción larga, no hormonal.⁽³¹⁾

- **Espermicidas**
 - ✓ **Mecanismo de acción:** Elimina los espermatozoides al destruir su membrana celular.
 - ✓ **Posibles efectos secundarios:** Alergia o sensibilidad a los compuestos, infecciones urinarias más recurrentes.
 - ✓ **Ventajas:** Uso recomendado junto a otra barrera anticonceptiva.⁽³¹⁾

3.6.5 Enfermedades de Trasmisión Sexual (ETS)

Las enfermedades de transmisión sexual, también llamadas infecciones venéreas, son frecuentes durante el embarazo. Hay que recordar que los estudios de detección sistemática, el tratamiento y la prevención son componentes esenciales de la atención prenatal. Las ETS que afectan a las embarazadas y que pueden afectar al feto son sífilis, gonorrea, tricomoniasis, infección por Clamidia, Hepatitis B, Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Virus del Herpes Simple 1 y 2 (VHS-1 y -2), e infecciones por el virus del Papiloma Humano (HPV).⁽³¹⁾

3.6.5.1 Sífilis

Es producida por el *Treponema pallidum*, un espiroqueta que se transmite por vía sexual en la mayoría de los casos.

Se clasifica en primaria, secundaria, terciaria o neurosífilis y congénita.

El diagnóstico depende de la observación de la espiroqueta con el microscopio de campo oscuro. Tras desaparecer el chancro, el diagnóstico se hace por pruebas serológicas del VDRL o RPR, que se confirma con una prueba treponémica que detecta anticuerpos contra la espiroqueta.

Toda embarazada debe de someterse a un análisis de sífilis durante la primera visita de control prenatal. En cualquier trimestre puede resultar en infección fetal por vía transplacentaria y con mayor riesgo para el feto en la primaria o secundaria, incluso da complicaciones más severas para el feto que la terciaria.⁽³¹⁾

3.6.5.2 Gonorrea

Es una infección ano-genital por *Neisseria gonorrhoeae*, un organismo que se transmite por contacto sexual. En la mayoría de los casos es asintomática. Sin embargo, puede tener diferentes manifestaciones clínicas. El sitio principal de infección en mujeres es en el conducto endocervical. La mayoría desarrollan síntomas como leucorrea o uretritis, dentro de los primeros 10 días. En muchas los síntomas se resuelven sin tratamiento, pero en algunas puede causar complicaciones como cervicitis mucopurulenta, abscesos de las glándulas de Bartolino, enfermedad inflamatoria pélvica, y gonococcemia generalizada.⁽³¹⁾

3.6.5.3 Clamidia

La *Clamidia trachomatis* es una especie de microorganismo patogénico intracelular obligatorio que causa infecciones oculares, pulmonares y del sistema reproductivo. Necesitan infectar células con mitocondrias para poderse multiplicar.

La infección genital con *clamidia trachomatis* es la infección bacteriana de transmisión sexual de mayor prevalencia.

Las complicaciones más serias en mujeres no embarazadas incluyen la salpingitis, el síndrome uretral agudo, bartolinitis, proctitis, infertilidad tubárica, embarazo ectópico y dolor pélvico crónico. Durante el embarazo, son la endometritis puerperal, postaborto y la transmisión de infección al recién nacido, parto prematuro, restricción del crecimiento intrauterino y ruptura prematura de bolsa amniótica.⁽³¹⁾

3.6.5.4 Virus del herpes simple (VHS)

Es miembro del grupo de virus con núcleo de ADN. El VHS es muy contagioso y se transmite por contacto sexual íntimo de tejido mucoso.

Hay dos virotipos de VHS. VHS-1 ocurre generalmente en la región nasolabial. La VHS-2 ocurre en el área genital.

Los síntomas de infección aparecen entre 3 y 7 días tras la contaminación inicial. Comienza con fatiga y una sensación de parestesias y ardor alrededor del área afectada antes de que aparezcan las vesículas y úlceras dolorosas características.

Hay muchos casos de infección asintomática. Ya que muchos individuos con anticuerpos contra herpes no informan haber tenido lesiones ni síntomas. La infección sintomática se caracteriza por periodos de latencia. Puede ser primaria cuando ocurre en forma inicial o recurrente cuando se reactiva.

Los individuos con infección primaria sintomática tienen fiebre, linfadenopatias y malestar general. La primera manifestación es la aparición de vesículas pequeñas y úlceras muy dolorosas sobre los labios mayores y menores de la vulva, el periné y el vestíbulo. Casi siempre hay una reacción eritematosa alrededor. Si no se trata, las úlceras desaparecen espontáneamente entre 7 y 10 días.

El virus en su forma latente reside en ganglios sensores del tejido nervioso, debido a ello no se ha encontrado cura hasta el momento.

Las pacientes con infección primaria en el embarazo tienen un mayor riesgo de complicaciones fetales y neonatales. Los casos severos en la primera mitad del embarazo pueden acabar en aborto, muerte fetal o restricción del crecimiento intrauterino. Los del tercer trimestre corren mayor riesgo de infección activa durante el parto vaginal.

Las infecciones fetales y neonatales son raras cuando hay infecciones recurrentes. Si no hay lesiones durante el trabajo de parto, la infección neonatal ocurre en menor grado. ^{(31) (30)}

3.6.5.5 Virus del papiloma humano (VPH)

El virus del papiloma humano el agente causante del condiloma acuminado y del carcinoma del cuello uterino.

Se conocen más de 100 virotipos, algunos de los cuales como VPH 16 y 18, son oncogénicos, y otros como VPH 6 y 11 causan condilomas. Se transmiten por vía sexual.

Por motivos desconocidos, las verrugas genitales aumentan de número y de tamaño durante el embarazo. La aceleración de la replicación vírica por los cambios fisiológicos del embarazo podría explicar el crecimiento de las lesiones perineales y la evolución de alguna neoplasia cérvico-uterina. Estas lesiones a veces aumentan de tamaño y llenan la vagina o cubren el perineo por lo que es difícil el parto vaginal o la episiotomía.

Puesto que la infección puede ser leve y multifocal, la mayoría de las mujeres con lesiones vulvares también tienen una infección cervicouterina, y viceversa. ^{(31) (30)}

3.6.5.6 Vaginitis

Las embarazadas suelen presentar un incremento de la secreción vaginal, que en muchos casos no es patológica. Sin embargo, a veces la leucorrea problemática es resultado de infecciones vulvovaginales que comprenden:

- Vaginosis bacteriana

No es una infección en el sentido ordinario; es una mala distribución de la microflora vaginal normal, donde se reduce la cantidad de lactobacilos y se desarrollan especies bacterianas anaerobias como

Gardenerella vaginalis, *Mobiluncus*, entre otras. Durante el embarazo, puede predisponer a un parto prematuro. El tratamiento se reserva para las mujeres sintomáticas, que por lo general refieren una secreción con olor a pescado. ^{(30) (31)}

- Tricomoniasis

Es causada por *Tricomona vaginalis* puede identificarse durante la exploración prenatal. Los síntomas son: leucorrea maloliente que causa irritación vulvovaginal, de color verde amarillenta o gris que típicamente tiene burbujas. Hay riesgo de ruptura prematura de membranas y parto pretérmino. ^{(30) (31)}

- Candidiasis

Las especies comúnmente asociadas a la infección vaginal por *Candida* son *C. albicans*, *C. glabrata*, *C. tropicalis*, *C. krusei* y *C. guilliermondii*.

Los factores usualmente identificados como asociados a la infección de la vagina por hongos son el uso de antibióticos de amplio espectro, embarazo, uso de anticonceptivos orales o incluso en algunos trabajos se menciona al uso de dispositivos intrauterinos como factor asociado. Asimismo, la diabetes y las infecciones por VIH deben de ser consideradas dentro de este grupo.

Los síntomas típicos de la candidiasis vulvovaginal consisten en prurito vulvar acompañado de secreción vaginal que se parece, por sus características, al requesón. Sin embargo, la secreción puede variar entre acuosa y densa, de manera homogénea. Puede haber dolor vaginal, dispareunia, ardor vulvar e irritación. Puede ocurrir disuria externa, cuando la micción produce exposición del epitelio vulvar y vestibular inflamado a la orina. El examen revela eritema y edema de los labios y la piel vulvar.

Puede encontrarse lesiones pústulopapulosas periféricas definidas. Quizás la vagina se encuentre eritematosa y con una secreción blanquecina adherente. El pH vaginal suele ser normal. La 'prueba de olor' o de Whiff es negativa. ⁽³⁰⁾⁽³¹⁾

3.6.5.7 Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

El virus de inmunodeficiencia humana, es un retrovirus con núcleo de ARN que contiene transcriptasa inversa. Se transmite a través de células infectadas por vía hematológica o sexual, para luego replicarse en linfocitos con marcador CD4. Usa su transcriptasa inversa para crear copias de ADN que se introducen en el genoma de la persona infectada.

La infección perinatal ocurre de tres formas:

- Infección fetal por vía tras placentaria.
- Contaminación con sangre materna o secreciones vaginales durante el parto.
- Ingestión de leche materna contaminada con el virus.

Se ha comprobado que embarazadas infectadas con el VIH pueden transmitir la infección al feto, especialmente si tienen una carga viral elevada. Pero la infección neonatal resulta en la mayoría de los casos durante el parto.

Afortunadamente, debido a las drogas antirretrovirales, a los métodos de medición y control de la carga viral y concentración de linfocitos CD4, la transmisión de infección al feto y neonato se pueden prevenir en más del 99% de los casos. ⁽³¹⁾⁽³⁰⁾

4. POBLACIÓN Y MÉTODOS

4.1 Tipo y diseño del estudio:

Estudio que fue descriptivo, transversal y prospectivo.

4.2 Unidad de análisis:

4.2.1. Unidad de análisis: Información sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual y reproductiva, recolectada a través de un cuestionario.

4.2.2. Unidad de información: Estudiantes de ambos sexos que asisten a los establecimientos de educación básica que pertenecen al sector oficial de ambas jornadas del plan diario y monolingüe, ubicados dentro del área rural del municipio de Chiantla.

4.3 Población y muestra:

4.3.1 Población o universo: Todos los estudiantes, de ambos sexos legalmente inscritos en el ciclo básico de educación según el MINEDUC en institutos del sector oficial de ambas jornadas (matutina y vespertina) en plan regular del área rural del municipio de Chiantla del departamento de Huehuetenango durante 2015.

4.3.2 Muestra: Para éste estudio no se tomó muestra, sino que se tomaron en cuenta la totalidad de los estudiantes de ambos sexos, legalmente inscritos según el MINEDUC en los tres grados del ciclo básico de los siete institutos del sector oficial de ambas jornadas que no recibieron intervenciones en temas de salud sexual y reproductiva ajena a la implementada por el MINEDUC.

**Establecimientos oficiales del área rural del municipio de Chiantla,
Huehuetenango**

No.	ESTABLECIMIENTO	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
1	NUCLEO FAMILIAR EDUCATIVO PARA EL DESARROLLO NUFEDALDEA EL POTRERILLO	16	14	30
2	INEB DE TELESECUNDARIACANTÓN SAN PABLO CUMBRE ALDEA SIBILÁ	13	9	22
3	INEB DE TELESECUNDARIACANTON LOS POZOS, ALDEA CHANCOL	21	14	35
4	INEB DE TELESECUNDARIACANTON SAN JOSE, ALDEA LAS GUAYABITAS	24	18	42
5	INEB CANTON LOS PLANES DEL CORDERO, ALDEA CAPELLANIA	41	12	53
6	INEB CANTON NUEVA ESPERANZA, ALDEA RIO ESCONDIDO	17	9	26
7	NUCLEO FAMILIAR EDUCATIVO PARA EL DESARROLLO NUFEDCANTON LA PLAZA ALDEA SAN NICOLAS	22	9	31
	TOTAL	154	85	239

Fuente: Dirección Departamental de Educación de Huehuetenango, MINEDUC 2015.

4.4 Criterios de selección de los sujetos de estudio

- Estudiantes legalmente inscritos en el ciclo lectivo 2015 en los establecimientos de educación básica del municipio de Chiantla escogidos para tal efecto.
- Estudiantes quienes presentaron el consentimiento informado firmado por el padre, madre o tutor encargado si eran menores de edad ^(ver anexo 7)
- Haber aceptado participar en el estudio de manera voluntaria a través de un asentimiento informado. ^(ver anexo 8)
- Estudiantes que no estén comprendidos entre los 10 y los 19 años de edad (según la definición de adolescencia de la OMS).

4.5 Medición de variables

Macro variable	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Criterios de clasificación
CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD REPRODUCTIVA	Embarazo en adolescentes	Conocimientos que se posee sobre el estado gravídico en mujeres menores de 19 años de edad. ⁽³²⁾	Se obtuvo información a través del cuestionario tipo C.A.P. sobre conocimientos de embarazo en adolescentes, de acuerdo a los temas: <ul style="list-style-type: none"> • Salud reproductiva • Ciclo menstrual • Embarazo 	Cuantitativa	Razón	Se construyó una escala (con base en Estaciones) en donde se asignó una ponderación a cada ítem, clasificando el conocimiento en las siguientes categorías: <ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento suficiente con 8 puntos o más. • Conocimiento intermedio de 2 a 7 puntos. • Conocimiento insuficiente con 1 punto o menos.
	Mortalidad materna	Conocimientos adquiridos sobre la muerte de una mujer durante su embarazo o en los 42 días posteriores al fin del mismo, por cualquier causa relacionada, por el mismo o su manejo, pero no de causas accidentales o incidentales. ⁽³¹⁾	Se obtuvo información a través del cuestionario tipo C.A.P. sobre conocimientos de mortalidad materna, de acuerdo a los temas: <ul style="list-style-type: none"> • Aborto • Complicaciones del embarazo. • Control prenatal 	Cuantitativa	Razón	Se construyó una escala (con base en Estaciones) en donde se asignó una ponderación a cada ítem, clasificando el conocimiento en las siguientes categorías: <ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento suficiente con 6 puntos o más. • Conocimiento intermedio de 2 a 5 puntos. • Conocimiento insuficiente con 1 punto o menos.

	<p>Planificación Familiar</p>	<p>Conocimientos que posee una persona sobre prácticas que ayudan a individuos o a parejas a evitar los nacimientos no deseados, favorecer los nacimientos deseados, regular el intervalo entre embarazos, adaptar el orden cronológico de los nacimientos a las edades de los padres y determinar el número de niños que constituirá la familia. ⁽³¹⁾</p>	<p>Se obtuvo información a través del cuestionario tipo C.A.P. sobre conocimientos de planificación familiar, de acuerdo a los temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipos y métodos anticonceptivos. 	<p>Cuantitativa</p>	<p>Razón</p>	<p>Se construyó una escala (con base en Estanones) en donde se asignó una ponderación a cada ítem, clasificando el conocimiento en las siguientes categorías:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento suficiente con 14 puntos o más. • Conocimiento intermedio de 6 a 13 puntos. • Conocimiento insuficiente con 5 puntos o menos.
<p>Enfermedades de transmisión sexual</p>	<p>Conocimiento sobre el conjunto de enfermedades producidas principalmente por bacterias, virus y hongos, que tienen en común la transmisión por vía sexual. Es decir, son</p>	<p>Se obtuvo información a través del cuestionario tipo C.A.P. sobre conocimientos de planificación familiar, de acuerdo a los temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipos de ETS. • Transmisión, 	<p>Cuantitativa</p>	<p>Razón</p>	<p>Se construyó una escala (con base en Estanones) en donde se asignó una ponderación a cada ítem, clasificando el conocimiento en las siguientes categorías:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento suficiente con 12 puntos o más. • Conocimiento intermedio de 5 a 11 puntos. 	

		transmitidas desde una persona a otra, durante las relaciones sexuales (vaginales, anales y orales). ⁽³⁰⁾	prevención y repercusiones de las ETS.			<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento insuficiente con 4 puntos o menos.
ACTITUDES SOBRE SALUD REPRODUCTIVA	Embarazo en adolescentes	Actitudes que adopta una persona con respecto al estado gravídico en mujeres menores de 19 años de edad. ⁽³⁰⁾	Se obtuvo información a través del cuestionario tipo C.A.P. sobre actitudes para prevenir el embarazo en adolescentes, de acuerdo a lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Actividad sexual. • Ciclo menstrual. • Paternidad y maternidad responsable. 	Cuantitativa	Razón	Se construyó una escala (con base en Likert) en donde se asignó una ponderación a cada ítem, el valor total obtenido se clasificó así: <ul style="list-style-type: none"> • Actitudes Positiva 15 a 21 puntos • Actitudes Indiferentes 8 a 14 puntos • Actitudes Negativas 1 a 7 puntos
	Mortalidad materna	Postura que presenta una persona frente a la muerte de una mujer durante su embarazo o en los 42 días posteriores al fin del mismo, por cualquier causa relacionada, por el mismo o su manejo,	Se obtuvo información a través del cuestionario tipo C.A.P. sobre actitudes adquiridas para la prevención de la mortalidad materna, de acuerdo a lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Atención del embarazo, parto y puerperio. 	Cuantitativa	Razón	Se construyó una escala (con base en Likert) en donde se asignó una ponderación a cada ítem, el valor total obtenido se clasificó así: <ul style="list-style-type: none"> • Actitudes Positiva 5 a 6 puntos • Actitudes Indiferente 3 a 4 puntos • Actitudes Negativas 1 a 2 puntos

	pero no de causas accidentales o incidentales. ⁽³⁰⁾	<ul style="list-style-type: none"> • Aborto. • Mortalidad materna como problema en la comunidad. 			
Planificación Familiar	Actitudes que adquiere una persona sobre las prácticas que ayudan a individuos o a parejas a evitar los nacimientos no deseados, favorecer los nacimientos deseados, regular el intervalo entre embarazos, adaptar el orden cronológico de los nacimientos a las edades de los padres y determinar el número de niños que constituirá la familia. ⁽¹⁷⁾	Se obtuvo información a través del cuestionario tipo C.A.P. sobre actitudes en planificación familiar, de acuerdo a lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> • Uso de métodos de planificación familiar. 	Cuantitativa	Razón	Se construyó una escala (con base en Likert) en donde se asignó una ponderación a cada ítem, el valor total obtenido se clasificó así: <ul style="list-style-type: none"> • Actitudes Positiva 15 a 21 puntos • Actitudes Indiferente 8 a 14 puntos • Actitudes Negativas 1 a 7 puntos
	Reacción de una persona frente al conjunto de enfermedades	Se obtuvo información a través del cuestionario tipo C.A.P. sobre actitudes para			Se construyó una escala (con base en Likert) en donde se asignó una ponderación a cada ítem, el valor total

	<p>Enfermedades de transmisión sexual</p>	<p>producidas principalmente por bacterias, virus y hongos, que tienen en común la transmisión por vía sexual. Es decir, son transmitidas desde una persona a otra, durante las relaciones sexuales (vaginales, anales y orales).⁽¹⁷⁾</p>	<p>prevención de las ITS, de acuerdo lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formas de trasmisión de ETS. • Prevención de ETS. 	<p>Cuantitativa</p>	<p>Razón</p>	<p>obtenido se clasificó así:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actitudes Positiva 9 a 12 puntos • Actitudes Indiferentes 9 a 12 puntos • Actitudes Negativas 1 a 4 puntos
<p>PRÁCTICAS SOBRE SALUD REPRODUCTIVA</p>	<p>Embarazo en adolescentes</p>	<p>Acciones que toma una persona con respecto al estado gravídico en mujeres menores de 19 años de edad.⁽²⁾</p>	<p>Se obtuvo información a través del cuestionario tipo C.A.P. sobre prácticas para prevenir el embarazo en adolescentes, de acuerdo a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sexualidad • Vida Sexual Activa. • Embarazo de adolescentes en la comunidad. 	<p>Cuantitativa</p>	<p>Razón</p>	<p>Se construyó una escala (con base en las medias aritméticas obtenidas al sumar los punteos en cada dimensión), obteniendo las siguientes categorías:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Práctica Adecuada 16 puntos o más • Práctica Inadecuada 15 puntos o menos

<p>Mortalidad materna</p>	<p>Acciones de una persona sobre la muerte de una mujer durante su embarazo o en los 42 días posteriores al fin del mismo, por cualquier causa relacionada, por el mismo o su manejo, pero no de causas accidentales o incidentales.⁽³¹⁾</p>	<p>Se obtuvo información a través del cuestionario tipo C.A.P. sobre prácticas en prevención de mortalidad materna, de acuerdo a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Complicaciones durante el embarazo. • Mortalidad materna en la comunidad. 	<p>Cuantitativa</p>	<p>Razón</p>	<p>Se construyó una escala (con base en las medias aritméticas obtenidas al sumar los punteos en cada dimensión), obteniendo las siguientes categorías:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Práctica Adecuada 6 puntos o más • Práctica Inadecuada 5 puntos o menos
----------------------------------	---	---	---------------------	--------------	---

<p>Planificación Familiar</p>	<p>Acciones de una persona sobre formas para la planificación de la familia que se funda en actividades que ayudan a individuos o a parejas a evitar los nacimientos no deseados, favorecer los nacimientos deseados, regular el intervalo entre embarazos, adaptar el orden cronológico de los nacimientos a las edades de los padres y determinar el número de niños que constituirá la familia. ^{(17) (30)}</p>	<p>Se obtuvo información a través del cuestionario tipo C.A.P. sobre prácticas para la planificación familiar, de acuerdo a lo siguiente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Uso de métodos anticonceptivos. 	<p>Cuantitativa</p>	<p>Razón</p>	<p>Se construyó una escala (con base en las medias aritméticas obtenidas al sumar los punteos en cada dimensión), obteniendo las siguientes categorías:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Práctica Adecuada 6 puntos o más • Práctica Inadecuada 5 puntos o menos
--------------------------------------	---	---	---------------------	--------------	---

<p>Enfermedades de transmisión sexual</p>	<p>Acciones que tiene una persona para evitar el conjunto de enfermedades producidas principalmente por bacterias, virus y hongos, que tienen en común la transmisión por vía sexual. Es decir, son transmitidas desde una persona a otra, durante las relaciones sexuales (vaginales, anales y orales). ⁽¹⁷⁾ ⁽³⁰⁾</p>	<p>Se obtuvo información a través del cuestionario tipo C.A.P. sobre prácticas de prevención de las ITS, de acuerdo a lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Signos y síntomas de ETS. • Detección de ETS y C.A. cervicouterino. • Promiscuidad sexual 	<p>Cuantitativa</p>	<p>Razón</p>	<p>Se construyó una escala (con base en las medias aritméticas obtenidas al sumar los punteos en cada dimensión), obteniendo las siguientes categorías:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Práctica Adecuada 11 puntos o más • Práctica Inadecuada 10 puntos o menos
--	--	---	---------------------	--------------	---

4.6 Técnicas, procesamiento e instrumentos utilizados en la recolección de datos:

4.6.1 Técnica: para la recolección de los datos se utilizó un cuestionario tipo cuestionario.

4.6.2 Procesamiento:

- Al tener la aprobación del protocolo de investigación por parte de la Coordinación de Trabajos de Graduación, se procedió a validar el instrumento mediante la realización de tres pruebas piloto en áreas con características similares a la población de estudio. Con lo cual se realizaron modificaciones a los instrumentos con el apoyo y supervisión de los asesores.
- Dos semanas previas a la realización del trabajo de campo, se contactó vía telefónica a los directores de cada establecimiento con quienes se coordinó la logística para la realización de la actividad, solicitando la convocatoria de los padres de familia o encargados con el propósito de obtener el consentimiento informado para la participación de los menores de edad.
- Al llegar a Chiantla, se hizo entrega de la carta de presentación y aprobación del trabajo de graduación a la Coordinadora Técnico Administrativa (CTA), con quien se coordinó el itinerario.
- En cada establecimiento las investigadoras se presentaron con el director(a) y los maestros, en donde se entregó una carta de presentación y se adjuntó una copia de la aprobación del estudio por parte de la Coordinación de Trabajos de Graduación de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- Se procedió a informar a los padres de familia o encargados sobre el estudio, dando a conocer los objetivos y la metodología del mismo, se resolvieron las dudas y se recibieron algunos comentarios. Todos los

padres de familia convocados estuvieron de acuerdo y firmaron el consentimiento informado, dando lugar al inicio de la actividad. ^(ver anexo 7)

- Se hizo lectura del encabezado del instrumento de recolección de datos, así como del asentimiento informado para los participantes. ^(ver anexo 8) Se resolvieron dudas, haciendo énfasis en el anonimato y la participación voluntaria, así como la importancia de honestidad en las respuestas; dando un tiempo prudente para que los estudiantes firmaran el asentimiento. Solamente una estudiante se negó a participar en el estudio.
- Se procedió a dar instrucciones para la resolución de cada una de las series del cuestionario resolviendo las dudas que surgían.
- Los estudiantes procedieron a contestar el cuestionario, retirándose del salón según finalizaban. Se agradeció la participación de los participantes.

4.6.3 Instrumento:

- **Encuesta tipo cuestionario:** El instrumento de recolección de datos fue un cuestionario, que se validó a través de tres pruebas piloto. Se elaboraron tres escalas que midieron conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva. Cada una de estas escalas formó una dimensión analítica, asignando una ponderación a cada ítem. ^(ver anexo 9) El cuestionario estaba conformado por los siguientes apartados:
 - ✓ **Datos generales:** Incluyó edad, sexo, etnia, tipo de familia, datos del establecimiento, grado que cursaba el estudiante e indicaba que persona de su entorno le había hablado más sobre sexo.
 - ✓ **Conocimientos:** Se evaluaban en la primera serie que constaba de 19 preguntas de opción múltiple.

- ✓ **Actitudes:** Fueron evaluadas en la tercera serie la cual constaba de 20 preguntas, en donde las opciones de respuestas eran de acuerdo, indiferente y en desacuerdo.
- ✓ **Prácticas:** Las prácticas de los estudiantes se valoraron en la segunda serie, que contenía 20 preguntas con las opciones de respuestas sí o no, y solo fueron tomados en cuenta las de las personas que refirieran ser sexualmente activas.

Las preguntas fueron distribuidas de la siguiente forma, según las dimensiones a evaluar.

Dimensión evaluada	Número de pregunta en el cuestionario		
	Conocimientos (serie I)	Actitudes (serie III)	Prácticas (serie II)
Embarazo en adolescentes	1,2,3,4	1,2,3,4,5,6,7	1,2,3,5,6,8,9,10
Mortalidad materna	5,6,7	8,9	7,11,12
Planificación familiar	8,9,10,11,12,13	10,11,12,13,14,15,16	13,14,17
Enfermedades de transmisión sexual	14,15,16,17,18,19	17,18,19,20	4,15,16,18,19,20

4.7 Procesamiento y análisis de datos:

4.7.1 Procesamiento de datos:

Tras obtener los datos a través del cuestionario, se creó una base de datos en Epi Info 7 que se exportó a una hoja de Excel, en donde fue posible el análisis de frecuencias relativas, absolutas, cálculo de medidas de tendencia central y elaboración de gráfica de pie. Con los cálculos obtenidos fue posible crear las tres escalas para cada área (conocimientos, actitudes y prácticas), según las 4 dimensiones evaluadas.

- **Conocimientos:** Se dio una valoración de 3 puntos a cada respuesta correcta y 0 puntos a cada respuesta incorrecta. Se obtuvieron los rangos correspondientes para cada dimensión, descritos a continuación:

Dimensión evaluada	Ponderación del instrumento		
	Suficiente	Intermedio	Insuficiente
Embarazo en adolescentes	8 puntos o más	2 a 7 puntos	1 punto o menos
Mortalidad materna	5 puntos o más	2 a 4 puntos	1 punto o menos
Planificación familiar	13 puntos o más	6 a 12 puntos	5 puntos o menos
Enfermedades de transmisión sexual	11 puntos o más	4 a 10 puntos	3 puntos o menos

- **Actitudes:** Se crearon los rangos para cada dimensión en base a la escala de Likert, dándole un valor de 3 puntos a la respuesta correcta, 2 puntos a indiferente y 1 punto a la respuesta incorrecta. Se obtuvieron los rangos siguientes:

Dimensión evaluada	Ponderación del instrumento		
	Positivas	Indiferentes	Negativas
Embarazo en adolescentes	15 a 21 puntos	8 a 14 puntos	1 a 7 puntos
Mortalidad materna	5 a 6 puntos	3 a 4 puntos	1 a 2 puntos
Planificación familiar	15 a 21 puntos	8 a 14 puntos	1 a 7 puntos
Enfermedades de transmisión sexual	9 a 12 puntos	9 a 12 puntos	1 a 4 puntos

- **Prácticas:** En esta serie se tomaron en cuenta únicamente a los 18 estudiantes que contestaron haber iniciado su vida sexual. Se creó una escala, dando una valoración de 3 puntos a la respuesta correcta y 0 puntos a la respuesta incorrecta. Obteniéndose los siguientes rangos:

Dimensión evaluada	Ponderación del instrumento	
	Adecuadas	Inadecuadas
Embarazo en adolescentes	16 puntos o más	15 puntos o menos
Mortalidad materna	6 puntos o más	5 puntos o menos
Planificación familiar	6 puntos o más	5 puntos o menos
Enfermedades de transmisión sexual	11 puntos o más	10 puntos o menos

4.7.2 Análisis de datos: Se realizó un análisis univariado categorizando cada una de las 3 áreas de estudio, las que a su vez se componía de 4 dimensiones, a través de tres escalas de medición distintas.

4.8 Límites de la investigación

4.8.1 Obstáculos (riesgos y dificultades):

- Debido a que el tema de salud reproductiva continúa siendo controversial dentro del área rural del país, en especial cuando se trata de adolescentes, algunos padres inicialmente pusieron resistencia al conocer el tema.

Sin embargo, tras escuchar la forma en que se realizaría el estudio y de resolver algunas dudas, accedieron. Lo cual fue de suma importancia ya que era indispensable para realizar el estudio, debido a que el grupo etario aún no era mayor de edad. Posteriormente, solo se presentó una estudiante que no accedió a participar.

- El acceso de infraestructura vial fue deficiente en algunas aldeas del municipio. La carencia de señalización para llegar a los lugares fue uno de los mayores problemas.

4.8.2 Alcances:

- Fue el primer estudio descriptivo transversal implementado en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala que exploró los conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual y reproductiva, a través de un cuestionario dirigido a los estudiantes de los establecimientos oficiales de educación básica del área rural, en uno de los municipios de mayor prevalencia de embarazos en adolescentes del departamento de Huehuetenango.

4.9 Aspectos éticos de la investigación

- Este fue un estudio tipo I, sin riesgos, ya que no se realizó ninguna intervención en variables fisiológicas, psicológicas o sociales en las personas que participaron en las mismas.

- A las autoridades educativas, a los padres de familia y a los estudiantes se les dio a conocer la naturaleza del estudio y los objetivos a alcanzar.
- Cada adolescente accedió a participar de forma voluntaria.
- El instrumento que avaló la participación voluntaria de los adolescentes se respaldó con un consentimiento informado firmado por los padres o encargados, y un asentimiento firmado por los estudiantes.
- Para la publicación de resultados, se asignó una inicial a cada establecimiento, por lo que en ningún momento se expresó públicamente qué establecimiento obtuvo mejor o peor resultado en ninguna de las etapas de la investigación.

5. RESULTADOS

Los conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual y reproductiva se obtuvieron por medio de un cuestionario, donde se evaluaron los temas de embarazo en adolescentes, mortalidad materna, planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual, que respondieron 238 alumnos del ciclo básico de establecimientos oficiales del área rural del municipio de Chiantla, departamento de Huehuetenango que cumplieron con todos los criterios de selección. En la siguiente tabla se encuentra la tabla 1, que resume las características de la población estudiada.

Tabla1

Distribución según datos generales de los estudiantes del ciclo básico, de establecimientos oficiales de educación básica, del área rural del municipio de Chiantla, departamento de Huehuetenango, julio y agosto 2015

Característica	TOTAL (n= 238)		
	No	%	
Sexo	Femenino	84	35
	Masculino	154	65
Edad (años)	12 a 13	41	17
	14 a 15	135	57
	16 a 17	61	26
	18 a 19	1	1
Etnia	Ladino	205	86
	Indígena	33	14
Estado civil	Soltero	238	100
	Unido	0	0
	Casado	0	0
Tipo de familia	Integrada	170	72
	Desintegrada	34	14
	Extendida	34	14
Grado	1	96	40
	2	70	29
	3	73	31
Fuente de información sobre salud sexual y reproductiva	Padre	18	8
	Madre	57	24
	Hermanos	10	4
	Amigos	29	12
	Centro educativo	87	37
	Centro de Salud	17	7
	Otros	20	8

Tabla 2

Distribución de las respuestas de los estudiantes según grado de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva, en establecimientos oficiales de educación básica, del área rural del municipio de Chiantla, departamento de Huehuetenango, julio y agosto 2015

Conocimientos (N=238)	Dimensión			
	Embarazo en adolescentes	Mortalidad materna	Planificación familiar	Enfermedades de transmisión sexual
	No (%)	No (%)	No (%)	No (%)
Suficiente	22 (9)	13 (5)	31 (13)	58 (24)
Intermedio	184 (77)	162 (68)	173 (73)	107 (45)
Insuficiente	32 (14)	63 (27)	34 (14)	73 (31)
Total	238 (100)	238 (100)	238 (100)	238 (100)

Tabla 3

Distribución de las respuestas de los estudiantes según actitudes sobre salud sexual y reproductiva, en establecimientos oficiales del ciclo básico, del área rural del municipio de Chiantla, departamento de Huehuetenango, julio y agosto 2015

Actitudes (N=238)	Dimensión			
	Embarazo en adolescentes	Mortalidad materna	Planificación familiar	Enfermedades de transmisión sexual
	No (%)	No (%)	No (%)	No (%)
Positivas	202 (85)	110 (46)	183 (77)	97 (41)
Indiferente	34 (14)	107 (45)	55 (23)	137 (57)
Negativas	2 (1)	21 (9)	0 (0)	4 (2)
Total	238 (100)	238 (100)	238 (100)	238 (100)

Tabla 4

Distribución de las respuestas de los estudiantes según prácticas sobre salud sexual y reproductiva, en establecimientos oficiales de educación básica, del área rural del municipio de Chiantla, departamento de Huehuetenango.

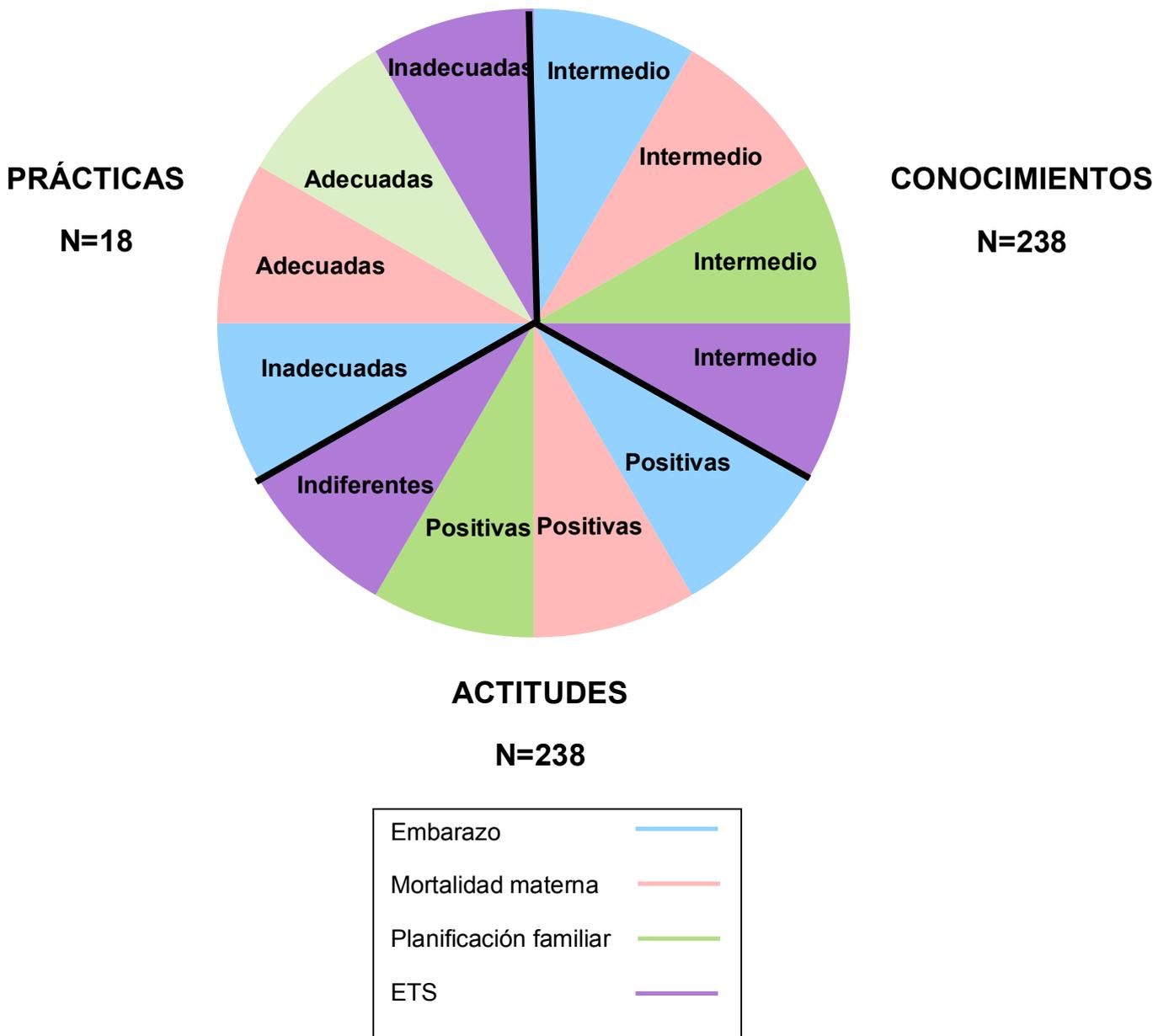
Julio y agosto 2015 *

Prácticas (N=18)	Dimensión			
	Embarazo en adolescentes	Mortalidad materna	Planificación familiar	Enfermedades de transmisión sexual
	No (%)	No (%)	No (%)	No (%)
Adecuada	5 (28)	11 (61)	11 (61)	7 (39)
Inadecuada	13 (72)	7 (39)	7 (39)	11 (61)
Total	18 (100)	18 (100)	18 (100)	18 (100)

* Para la evaluación de las prácticas se tomaron en cuenta únicamente a los 18 estudiantes que refirieron una vida sexual activa.

Gráfica 1

Representación de la distribución de los conocimientos, actitudes y prácticas sobre salud sexual y reproductiva de estudiantes de establecimientos oficiales de educación básica del área rural del municipio de Chiantla, Huehuetenango. Julio y agosto 2015.



La gráfica anterior representa las tres áreas evaluadas (conocimientos, actitudes y prácticas, subdivididas en cuatro dimensiones (embarazo en adolescentes, mortalidad materna, planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual), las que a su vez se categorizan para poder ser evaluadas.

En el área de conocimientos (evaluada en los 238 estudiantes), se observa que en las cuatro dimensiones los estudiantes presentaron un conocimiento intermedio.

En el área de actitudes (evaluada en los 238 estudiantes), se reportaron positivas en tres dimensiones (embarazo, mortalidad materna y planificación familiar), y negativas en una dimensión (ETS).

En el área de prácticas (evaluada en los 18 estudiantes sexualmente activos), se reportaron prácticas adecuadas en dos dimensiones (mortalidad materna y planificación familiar), e inadecuadas en dos dimensiones (embarazo y ETS).

6. DISCUSIÓN

6.1 Datos generales

En los datos generales de los adolescentes entrevistados, se observa que el 65% del total de adolescentes corresponden al sexo masculino. El 57% (135 estudiantes) se encuentran en las edades de 14 a 15 años. De la población estudiada, el 86% pertenecen a la etnia ladina. El 100% de los estudiantes son solteros. Con respecto al tipo de familia a la que pertenece cada adolescente, el 72% vive en una familia integrada, el 14% en una familia desintegrada y el otro 14% en familia extendida. Sobre el grado de escolaridad se observa que el 40% cursan primero básico, el 29% segundo básico y el 31% tercero básico. Un 24% refirió que recibe mayor orientación de las madres. Es de resaltar que el 7% han recibido alguna orientación por parte del centro de salud, lo que representa a 17 estudiantes. Así como, el 4% ha recibido información de algún hermano.

6.2 Conocimientos sobre salud sexual y reproductiva:

Según los resultados obtenidos, la mayoría presentó un conocimiento intermedio en las cuatro dimensiones evaluadas. En un estudio similar en donde se evaluaron los conocimientos, actitudes y prácticas sobre ETS, en adolescentes escolarizados de la región de Boca Costa del departamento de Sololá, el 16% de los estudiantes presentaron conocimientos adecuados respecto al tema (37), lo cual también se vio reflejado en el presente estudio, y pone de manifiesto que el porcentaje de estudiantes con conocimiento adecuado respecto a salud sexual y reproductiva es muy bajo, influyendo de forma directa en la alta incidencia de embarazos en adolescentes en estas regiones del país, que son también las que presentan mayores tasas de natalidad y fecundidad.

Al comparar el grado de conocimiento sobre salud sexual y reproductiva entre poblaciones escolarizadas del área urbana y rural, se observa una brecha muy amplia, como lo confirma un estudio realizado en la Facultad de Ciencias Médicas de la USAC, en 1994. Los resultados de ese estudio demostraron que el conocimiento fue satisfactorio en el 19% de los estudiantes del establecimiento

privado, a diferencia del 5% que presentaron los estudiantes del establecimiento público. (38) A pesar que estos porcentajes podrían haber mejorar en ambas poblaciones, es un hecho que los conocimientos impartidos son heterogéneos, puesto que cada establecimiento se guía de diferente forma para impartir los temas sobre salud sexual y reproductiva, pese a tener establecidos los temas en el CNB.

Es probable que esto ocurra por múltiples factores que pudieron ser constatados en el trabajo de campo, como por ejemplo la carencia de personal docente, (se observó en promedio 3 catedráticos por establecimiento) quienes tienen que impartir más de dos materias para cada grado, en condiciones precarias. Así como el tipo de establecimiento, tal es el caso de los NUFED (núcleo familiar educativo para el desarrollo), los cuales tiene como característica particular una formación general según el contexto socio cultural de los adolescentes, por lo que no se imparten todas las materias incluidas en el CNB. Estas características, más la falta de capacitación de los catedráticos en el tema, el desconocimiento del contenido del CNB y del marco legal de la salud sexual y reproductiva, provoca que la educación sea deficiente.

6.3 Actitudes sobre salud sexual y reproductiva:

En cuanto a las actitudes, la mayoría de los estudiantes reportaron actitudes positivas, en donde las dimensiones que obtuvieron mayor puntaje fueron, planificación familiar y mortalidad materna. Según lo observado en el trabajo de campo, esto se explicaría debido a que, los estudiantes principalmente reciben orientación sobre prevención de embarazos en adolescentes y por ende en planificación familiar. Se pudo notar que la mayoría tienen planes a futuro, respecto a su grado académico, por lo que aplazarán la formación de una familia, lo cual se traduce en actitudes positivas con respecto a planificación familiar.

Relacionando los datos obtenidos en este estudio con el realizado en la región de Boca Costa de Sololá, en donde el 82% de los estudiantes presentaron actitudes inadecuadas respecto al tema. (37) se observa un comportamiento distinto lo que

demuestra que la percepción ante estos temas, puede variar de una región a otra, principalmente por las diferencias étnicas y culturales.

Por otro lado, en quienes presentaron actitudes indiferentes (35%) o negativas (3%), es importante resaltar las dimensiones con mayor puntaje (enfermedades de transmisión sexual y mortalidad materna), ya que se debe hacer énfasis en estos temas, a fin de cambiar de la actitud indiferente hacia una actitud positiva.

Todas las actitudes humanas, como se describió en el marco teórico, tienen un componente cognitivo, afectivo y de comportamiento influenciado por la experiencia social de cada individuo, por lo que se puede pensar que en general, la población estudiada está siendo influenciada por un medio social favorable que le permite generar actitudes positivas respecto al tema de salud sexual y reproductiva.

6.4 Prácticas sobre salud sexual y reproductiva:

Evaluar las prácticas de un grupo poblacional es muy difícil, sin embargo se formularon preguntas en el instrumento de recolección de datos que evaluaban indirectamente las prácticas sexuales del grupo en estudio, tomando en consideración solamente aquellos estudiantes que refirieron haber iniciado su vida sexual, en donde la totalidad de ellos pertenecía al sexo masculino y representaba el 8% del total de la población (18 estudiantes de sexo masculino).

De estos estudiantes, menos de la mitad realizaron prácticas adecuadas (47%), pero es importante resaltar que los puntajes más altos fueron obtenidos en las dimensiones de mortalidad materna y planificación familiar, lo cual revela que este grupo de activos sexualmente tomó las medidas adecuadas para planificación familiar y de prevención de mortalidad materna. Si se comparan las prácticas adecuadas de esta población rural con una urbana, como en el caso del estudio comparativo en establecimientos urbano y rural, que se citó en las secciones anteriores (38), se observa que en el área urbana de la capital el 75% de los estudiantes de un establecimiento privado utilizaron condón durante la primera relación sexual, mientras que en el establecimiento público de la misma área fue el 27%, poniendo nuevamente en evidencia la gran desigualdad en ambos grupos.

En cuanto a los que se encuentran en la dimensiones de prácticas inadecuadas, el puntaje más alto lo obtuvieron en la dimensiones embarazos y ETS, y lo puntajes más bajos en las dimensiones de mortalidad materna y planificación.

Si se compara la edad de estos estudiantes que se auto identifican como sexualmente activos, con los datos que OSAR publicó en donde el 44.7% de los adolescentes iniciaron su vida sexual desde los 16 años. Estos datos son preocupantes, debido a que en la ENSMI 2008-2009 también se reportó que el factor “inesperado” y el machismo figuraron como razones por las cuales los jóvenes no utilizan condón en la primera relación sexual, contribuyendo así a la expansión de VIH/SIDA. (8)

En cuanto a éste último apartado, a pesar que no se tiene ningún registro de VIH/SIDA en el municipio de Chiantla (es probable que exista subregistro), a nivel departamental, cada día son reportadas más casos de contagios, principalmente en edades jóvenes de 25 a 39 años.(8) Si se analiza la historia natural de la enfermedad, se puede concluir que el contagio por VIH de estos individuos se debió a un contacto sexual sin protección a edades tan tempranas como las que presentan la población de estudio, provocando aún más preocupación al respecto.

Los resultados presentados ponen en evidencia que en la población adolescente estudiada, se pueden obtener buenos resultados si se refuerzan los contenidos impartidos en esta materia, así como la implementación de programas con pertinencia social orientados a la prevención del inicio de la vida sexual prematura, embarazos en adolescentes y prevención de enfermedades de transmisión sexual. Aún queda mucho por hacer, pero éste es un acercamiento a la problemática que puede contribuir para hacer las intervenciones pertinentes orientadas a este grupo de población.

7 CONCLUSIONES

- 7.1 Entre las características de los estudiantes, se pudo observar que la mayoría son de sexo masculino, de 14 a 15 años, ladinos, viven en una familia integrada y la principal fuente de información sobre salud sexual y reproductiva fue el centro educativo seguida por las madres.
- 7.2 Los estudiantes presentan un conocimiento intermedio en las cuatro dimensiones evaluadas (embarazos en adolescentes, mortalidad materna, planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual).
- 7.3 Las actitudes de los estudiantes son positivas en las dimensiones de embarazo en adolescentes, mortalidad materna y planificación familiar; no así, en el área de enfermedades de transmisión sexual, donde presentan actitudes indiferentes.
- 7.4 Las prácticas de los estudiantes sexualmente activos son inadecuadas en las dimensiones de embarazo en adolescentes y enfermedades de transmisión sexual; pero en las áreas de mortalidad materna y planificación familiar, son adecuadas.

8 RECOMENDACIONES

8.1 Al Ministerio de Educación de Guatemala

- 8.1.1 Evaluar el cumplimiento de enseñanza del currículo nacional base sobre salud sexual y reproductiva.
- 8.1.2 Implementar programas de capacitación a los directores y maestros de ésta área para que el tema sea abordado correctamente.
- 8.1.3 Implementar programas de capacitación a los padres de familia y encargados en los que se den a conocer información pertinente sobre salud sexual y reproductiva, para que colaboren en la orientación desde edades más tempranas.

8.2 Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

- 8.2.1 Promover en conjunto con el Ministerio de Educación programas orientados a los jóvenes de ésta población a fin de fortalecer los conocimientos adquiridos sobre salud sexual y reproductiva.
- 8.2.2 Velar porque los programas destinados a dar atención a los adolescentes lleguen a áreas prioritarias como el departamento de Huehuetenango, invirtiendo en la capacitación del personal en salud sobre metodologías contextualizadas para impartir educación sexual y reproductiva en este grupo de edad.

8.3 A la Universidad de San Carlos de Guatemala

- 8.3.1 Continuar con la realización de estudios exploratorios en áreas rurales prioritarias, con el fin de promover la salud sexual y reproductiva, teniendo como objetivo principalmente a la población de adolescentes no escolarizada, así como a los estratos más bajos de la educación.
- 8.3.2 Continuar con los programas de educación en salud sexual y reproductiva, implementados por médicos del ejercicio profesional supervisado, y dirigidos a adolescentes, extendiéndolos a todo el personal de salud, con el propósito de contribuir con la formación del personal de salud.

9. APORTES

8.4 Al Ministerio de Educación

9.1.1 Con los resultados obtenidos en el presente estudio se generó un diagnóstico de los estudiantes del ciclo básico sobre salud sexual y reproductiva, lo cual debería ser tomado en cuenta para la implementación de estrategias educativas a fin de mejorar los conocimientos sobre el tema.

9.2 Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

9.2.1 Los datos obtenidos pueden ser utilizados por el Centro de Salud de Chiantla como un estudio de línea base para la implementación de estrategias referentes al tema, en la población de adolescentes escolarizados.

9.3 A la población rural del municipio de Chiantla

9.3.1 Durante el desarrollo del trabajo de campo se resolvieron dudas referentes al tema que presentaron los estudiantes, y al finalizar con la actividad, se brindó una plática sobre los temas que se consideraron de mayor impacto para los estudiantes.

9 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guatemala. Congreso de la República. Decreto número 90-97 del Congreso de la República, Código de Salud, Artículo 9 [en línea] Guatemala: El Congreso; 2015. [citado 16 Jun 2015] Disponible en: <http://www.mspas.gob.gt/index.php/en/marco-legal.html>
2. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna [en línea] Ginebra: OMS; 2014. [citado 4 Mar 2015] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>
3. United Nations International Children's Emergency. Salud reproductiva en adolescentes de Guatemala: un análisis cuantitativo y cualitativo [en línea] Guatemala: UNICEF; 2005. [citado 3 Mar 2015] Disponible en: http://www.unicef.org.gt/1_recursos_unicefgua/publicaciones.htm
4. Asociación de Investigación, Desarrollo y Educación Integral. Informe nacional situación de los derechos sexuales y reproductivos desde el enfoque cultural de la adolescencia [en línea] Guatemala: UNICEF; 2013. [citado 5 Mar 2015] Disponible en: <http://www.asociaciondei.org/spanish/documentos/publicaciones/libros-de-sistematizacion/INFORME-FINAL-DIAGNOSTICOS-2013-3.pdf>
5. Guatemala. Observatorio en Salud Reproductiva. Todos y todas tienen derecho a tomar parte del Gobierno de su país [en línea] Guatemala: OSAR; 2015. [citado 3 Mar 2015] Disponible en: <http://osarguatemala.org/>
6. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta nacional de salud materno infantil 2008-2009 [en línea] Guatemala: INE; 2015. [citado 6 Mar 2015] Disponible en: http://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2014/01/22/LYk4A1kGJAO7lvfS0Aq6tez_cUa9tQh35.pdf
7. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Modelo de atención integral y diferenciada para los y las adolescentes [en línea] Guatemala: MSPAS; 2008. [citado 6 Mar 2015] Disponible en: http://www.mspas.gob.gt/files/Descargas/ProtecciondeSalud/ComponenteAdolescentes/Modelo_Atencion_Integral%20de%20las%20y%20los%20adolescentes.pdf
8. Guatemala. Observatorio en Salud Reproductiva. Plan nacional para la prevención del embarazo en adolescentes [en línea] Guatemala: OSAR; 2013. [actualizado 26 Sep 2013; citado 8 Mar 2015] Disponible en: <http://osarguatemala.org/sites/all/pres%20y%20multimedia/PLANEA.pdf>

9. Sinclair S. Child, bride, mother. The New York Times [en línea] Feb 2015 [citado 3 Mar 2015]; Opinión: [aprox. 2 pant.] Disponible en: http://www.nytimes.com/interactive/2015/02/08/opinion/sunday/exposures-child-bride-mother-stephanie-sinclair.html?_r=0
10. Secretaría de Planificación y Programación de la Presidencia. Plan de desarrollo municipal [en línea] Guatemala: SEGEPLAN; 2010. [citado 8 Mar 2015] Disponible en: file:///C:/Users/Silvia%20Solorzano/Downloads/PDM_1302.pdf
11. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. Mapas de pobreza rural en Guatemala 2011 [en línea] Guatemala: INE; 2011. [citado 28 Sep 2015] Disponible en: <http://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2015/09/28/V3KUhMhfgLJ81djtDdf6H2d7eNm0sWDD.pdf>
12. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. República de Guatemala: estadísticas vitales 2013 [en línea] Guatemala: INE; 2014. [citado 2 Mar 2015] Disponible en: <http://osarguatemala.org/sites/all/informa%20y%20datos/Resumen%20ejecutivo.pdf>
13. Guatemala. Observatorio Nacional de Salud Reproductiva. Situación de salud materno neonatal departamento de Huehuetenango 2014 [en línea] Guatemala: OSAR; 2015. Disponible en: <http://www.osarguatemala.org/userfiles/ANALISIS%20DE%20SITUACION%20DE%20SALUD%20MATERNO%20INFANTIL%20REGION%20NORTE%20HUEHUE TENANGO.pdf>
14. Guatemala. Ministerio de Educación. Dirección de Planificación. Indicadores de eficiencia interna [en línea] Guatemala: MINEDUC; 2015. [citado 5 Mayo 2015] Disponible en: <http://estadistica.mineduc.gob.gt/SNIE/eficiencia.html>
15. Asociación Cubana de Técnicos Agrícolas y Forestales. Estudios C.A.P en investigación. [en línea] Cuba: ACTAF; 2015. [citado 12 Mar 2015] Disponible en: http://www.actaf.co.cu/index.php?option=com_mtree&task=att_download&link_id=352&cf_id=24
16. Martínez León I, Ruiz Mercader J. Diseño de una escala para medir el aprendizaje de los individuos en las organizaciones [en línea] Cartagena: UPCT; 2015. [citado 26 Mayo 2015] Disponible en: <http://www.upct.es/~economia/PUBLICINO/DISENO%20DE%20UNA%20ESCALA%20PARA%20MEDIR%20EL%20APRENDIZAJE%20DE%20LOS%20INDIVIDUOS%20EN%20LAS%20ORGANIZACIONES.pdf>
17. García Sesam PB, Romero Estrada JS. Conocimientos actitudes y prácticas sobre contracepción e infecciones de transmisión sexual: estudio descriptivo transversal

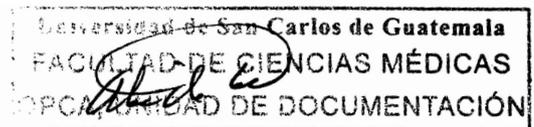
realizado en estudiantes de primer ingreso inscritos en el ciclo lectivo 2011 de diez facultades de la Universidad de San Carlos de Guatemala [tesis Médico y Cirujano]Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2011.

18. Romero de la Cruz C. Factores de riesgo de osteoporosis y calidad de vida en mujeres mayores de 60 años del centro del adulto mayor de 60 años del centro del adulto mayor ICA [tesis Licenciatura en Enfermería] Perú:Universidad Privada San Juan Bautista, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Enfermería; 2011.
19. Guatemala. Ministerio de Educación. Currículo nacional base. Área de ciencias naturales y tecnología. Nivel primario: cuarto grado [en línea] Guatemala: MINEDUC; 2015. [actualizado 15 Abr 2015; citado 6 Mar 2015] Disponible en: http://cnbguatemala.org/index.php?title=Dosificaci%C3%B3n_de_los_aprendizajes_-_rea_de_Ciencias_Naturales_y_Tecnolog%C3%ADa_-_Cuarto_Grado
20. Guatemala. Ministerio de Educación. Currículo nacional base. Área de Ciencias naturales y tecnología. Nivel primario: quinto grado [en línea] Guatemala: MINEDUC; 2015. [actualizado 15 Abr 2015; citado 6 Mar 2015] Disponible en: http://cnbguatemala.org/index.php?title=Dosificaci%C3%B3n_de_los_aprendizajes_-_rea_de_Ciencias_Naturales_y_Tecnolog%C3%ADa_-_Quinto_Grado
21. Guatemala. Ministerio de Educación. Currículo nacional base. Área de ciencias naturales y tecnología. Nivel primario: sexto grado [en línea] Guatemala: MINEDUC; 2015.[actualizado 15 Abr 2015; citado 6 Mar 2015] Disponible en:http://cnbguatemala.org/index.php?title=Dosificaci%C3%B3n_de_los_aprendizajes_-_rea_de_Ciencias_Naturales_y_Tecnolog%C3%ADa_-_Sexto_Grado
22. Guatemala. Ministerio de Educación. Currículo nacional base. Área de ciencias naturales y tecnología. Nivel básico: primer grado [en línea] Guatemala: MINEDUC; 2015.[actualizado 15 Abr 2015; citado 6 Mar 2015] Disponible en:http://cnbguatemala.org/index.php?title=Malla_curricular_de_Ciencias_Naturales_-_Primer_Grado
23. Guatemala. Ministerio de Educación. Currículo nacional base. Área de ciencias naturales y tecnología. Nivel básico: segundo grado [en línea] Guatemala: MINEDUC; 2015. [actualizado 15 Abr 2015; citado 6 Mar 2015] Disponible en:http://cnbguatemala.org/index.php?title=Malla_curricular_de_Ciencias_Naturales_-_Segundo_Grado
24. Guatemala. Ministerio de Educación. Currículo nacional base. Área de ciencias naturales y tecnología. Nivel básico: tercer grado [en línea] Guatemala: MINEDUC; 2015. [actualizado 15 Abr 2015; citado 6 Mar 2015] Disponible

en:http://cnbguatemala.org/index.php?title=Malla_curricular_de_Ciencias_Naturales_-_Tercer_Grado

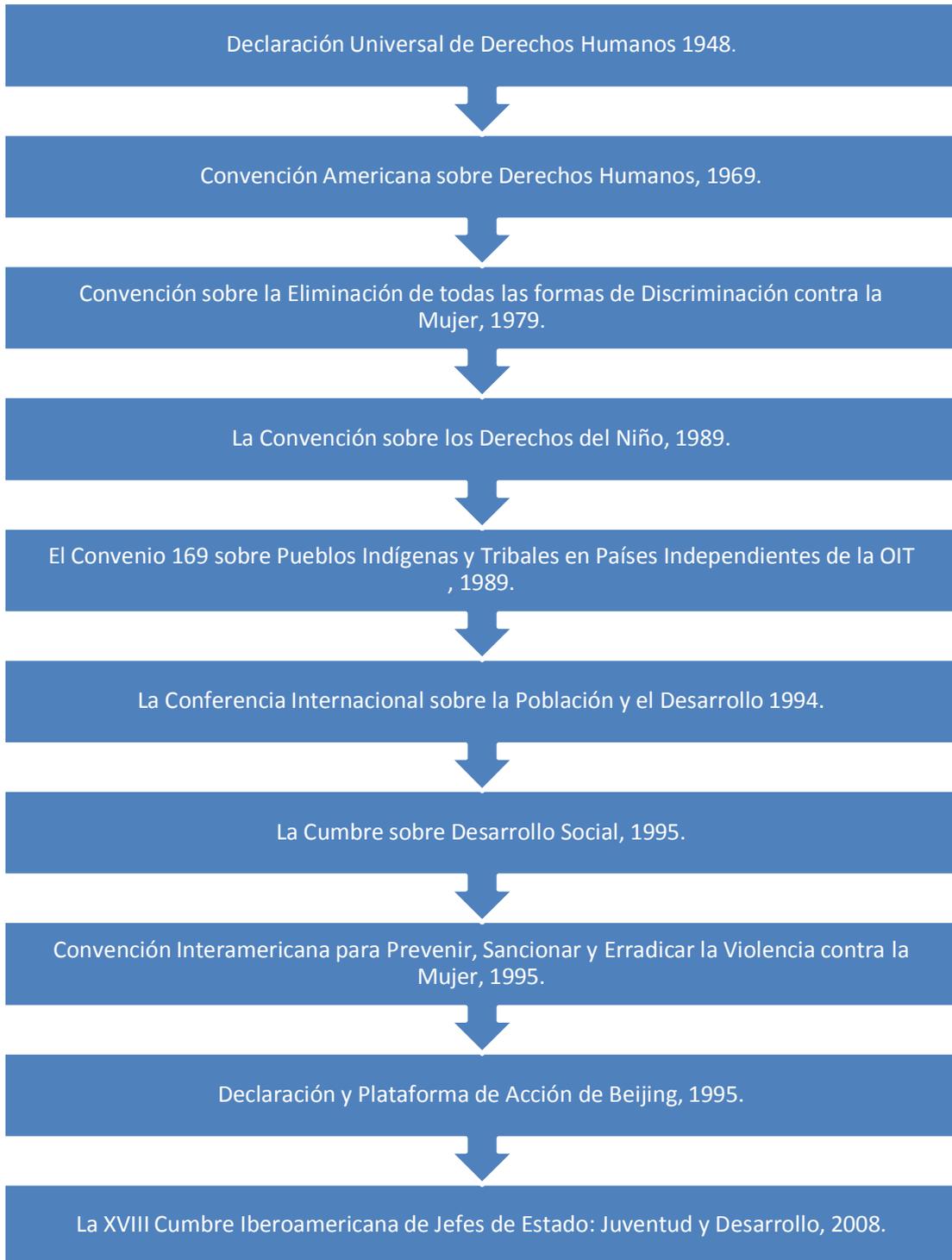
25. Allport G. Attitudes in handbook of social psychology. Massachusetts: Clark University, Murchison C; 1935.
26. The method of constructing an attitude scale. En: Likert R. A technique for measurement attitudes[en línea]New York:Woodworth; 1932.[citado 13 Mayo 2015]p. 44-53. Disponible en:http://www.voteview.com/pdf/Likert_1932.pdf
27. Real Academia Española [en línea] España: RAE; 2015. [citado 15 Mayo 2015] Disponible en: <http://www.rae.es/recursos/diccionarios/drae>.
28. Rivera Delgado R. Intervención educativa y estudios CAP. Rev.perú.med.exp.salud publica [en línea] 2005 [citado 26 Mayo 2015]; 22 (4): 325-326. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36322413>
29. Alas Flamenco SM. Estudio de conocimientos, actitudes y prácticas sobre las formas de infección y prevención por VIH-SIDA para jóvenes escolarizados y docentes de tercer ciclo de enseñanza básica y bachillerato de El Salvador. New York: PNUD; 2010. [citado 26 Mayo 2015]Disponible en: [file:///E:/Documents%20and%20Settings/Administrador/Mis%20documentos/Downloads/estudio_cap_vih_jovenes_escolarizados_2010_pnud%20\(2\).pdf](file:///E:/Documents%20and%20Settings/Administrador/Mis%20documentos/Downloads/estudio_cap_vih_jovenes_escolarizados_2010_pnud%20(2).pdf)
30. Kliegman R, Behrman R. Nelson tratado de pediatría.19 ed. España:Elsevier; 2012.
31. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap III L, Wenstrom KD. Obstetricia de Williams. 23 ed .México: Mc Graw – Hill; 2011.
32. Morán JO, Arceo JL. Diagnóstico y tratamiento en pediatría. México: Manual Modemo; 2008.
33. Ahued-Ahued JR, Lira- Plascencia J, Simón- Pereira LA. La adolescente embarazada. Un problema de salud pública. CirCiruj[en línea] 2001. [citado 2 Abr 2015]; 69: 300-303. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2001/cc016h.pdf>
34. Saenz V. Morbilidad de la madre adolescente. Rev Cubana ObstetGinecol [en línea] 2005 [citado 1 Abr 2015]; 31 (2): [aprox. 11 pant]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v31n2/gin03205.pdf>
35. Ulanowicz MG, Parra KE, Wendler GE, Monzón LT. Riesgos en el embarazo adolescente. Rev Posgrado Vía. Cátedra Med [en línea] 2006 [citado 12 Abr 2015]; (4):p 13–17. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista153/4_153.pdf

36. Molina M, Ferrada C, Pérez R, Cid L, Casanueva V, García A. Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar[en línea] RevMédChile; 2004 [citado 12 Mar 2015]; 132: p 65-70. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/mc/v132n1/art10.pdf>
37. Alonzo Cordón A L. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre infecciones de transmisión sexual en adolescentes, Boca Costa, Sololá, Guatemala 2013 [tesis Médica y Cirujana] Universidad Rafael Landívar, Facultad de Ciencias de la Salud; 2013.
38. Albizures García J C. Actitudes, conocimientos y prácticas sobre enfermedades de transmisión sexual en estudiantes de educación media. Estudio descriptivo y comparativo en estudiantes de educación media: 150 alumnos de la Institución pública mixta y 150 alumnos de institución privada mixta, abril 1994, ciudad Guatemala. [tesis Médico y Cirujano]Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 1994.



11. ANEXOS

ANEXO 1.
MARCO LEGAL INTERNACIONAL SOBRE SALUD REPRODUCTIVA



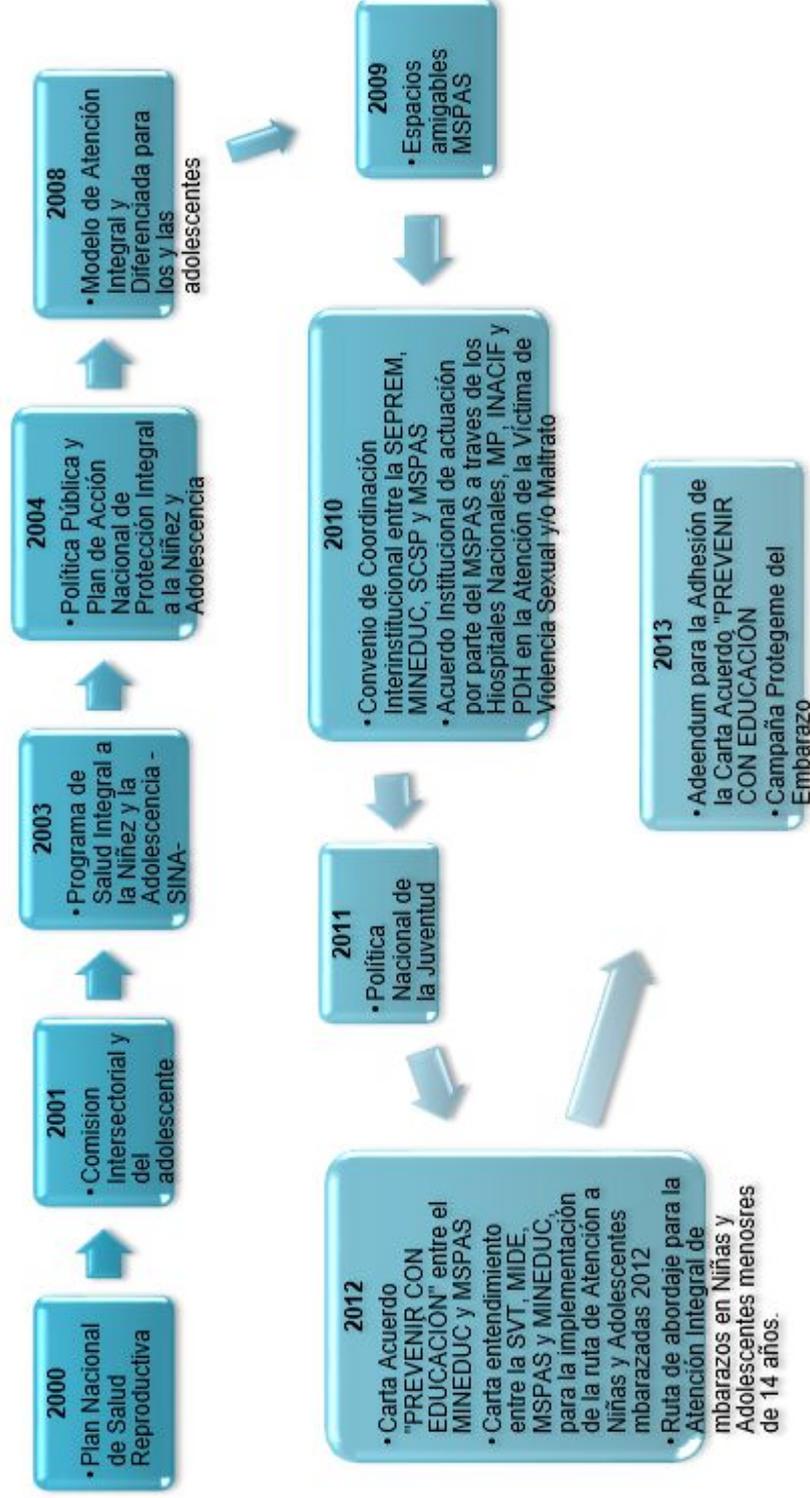
FUENTE: Construcción propia con base en el documento “Plan Nacional para la Prevención de embarazos en Adolescentes en Guatemala.

ANEXO 2. MARCO LEGAL NACIONAL SOBRE SALUD REPRODUCTIVA

Constitución Política de la República de Guatemala.	<ul style="list-style-type: none"> • Artículo 2: El Estado se compromete a proteger a la persona y a la familia, garantizándoles la vida, la libertad, la seguridad, la paz y el desarrollo integral. • Artículo 4: Reconoce que todos los seres humanos son libres e iguales en dignidad y derechos.
Los Acuerdos de Paz (1996)	<ul style="list-style-type: none"> • Acuerdo Global de Derechos Humanos. • Acuerdo sobre Identidad y Derechos de los Pueblos Indígenas. • Acuerdo sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria. • Acuerdo sobre el Fortalecimiento de la sociedad civil y función del ejército en una Sociedad Democrática.
Ley de Protección Integral de la Niñez y la Adolescencia (LEY PINA), 2003.	<ul style="list-style-type: none"> • Garantiza la protección integral de niños y adolescentes hasta los 18 años. • Considera a la niñez y adolescencia en situación de vulnerabilidad y como uno de los sectores de especial atención, para que sean considerados dentro de sus políticas relacionadas a la salud y educación. • Crea el Programa de salud reproductiva, cuyas disposiciones contempla la planificación familiar, atención a adolescentes y maternidad saludable.
Ley del Impuesto sobre Distribución de Bebidas Alcohólicas, Destiladas, Cervezas y Otras Bebidas Fermentadas, 2004.	<ul style="list-style-type: none"> • Garantiza el 15 % de los recursos del MSPAS para programas de salud sexual y reproductiva, planificación familiar y alcoholismo.
Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva 2005.	<ul style="list-style-type: none"> • Garantiza la prevención de embarazos. • Crea la Comisión Nacional de Aseguramiento de Anticonceptivos (CNNA) • Mandata que el MINEDUC, el MSPAS y el IGSS, en coordinación con organizaciones públicas y privadas diseñen una estrategia especial para adolescentes que asegure la provisión de servicios integrales y diferenciados para los y las adolescentes. • MSPAS y el MINEDUC, junto a otras organizaciones públicas y privadas sectoriales deben incluir en el currículum de formación contenido sobre derechos y responsabilidades para la promoción y autocuidado de la salud, sexualidad y el embarazo precoz y no deseado, como factores de riesgo que contribuyen y afectan la morbilidad materno infantil. • Considera la decisión libre e informada, sobre esta base las usuarias y usuarios de métodos tradicionales y modernos de planificación familiar.
Ley de Desarrollo Social, 2001.	
Ley contra el Femicidio y otras formas de Violencia contra la Mujer, 2008.	<ul style="list-style-type: none"> • Define la violencia sexual como aquella que incluye la negación de servicios de Planificación Familiar y medidas de prevención para el VIH y SIDA.
Reforma al Código Civil, respecto a la Admisión de Prueba Biológica de ADN. decreto 39-2008.	<ul style="list-style-type: none"> • Admite como única prueba para establecer paternidad, la prueba molecular genética de Acido Desoxirribonucleico (ADN).
Ley contra la Violencia Sexual Explotación y Trata de Personas, 2009.	<ul style="list-style-type: none"> • Artículo 173 Violación y Agresión Sexual.
Ley de Maternidad Saludable, 2010.	<ul style="list-style-type: none"> • El Estado tiene la obligación de proteger el proceso reproductivo, reconociendo que todo embarazo está en riesgo, y que es necesario garantizar a todas las mujeres el acceso a los servicios de salud de calidad con calidez y pertinencia cultural, tomando en cuenta la diversidad etaria y ubicación geográfica.

FUENTE: Construcción propia con base en el documento “Plan Nacional para la Prevención de embarazos en Adolescentes en Guatemala.

ANEXO 3.
RESUMEN CRONOLÓGICO DE LAS INTERVENCIONES EN SALUD REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES EN GUATEMALA

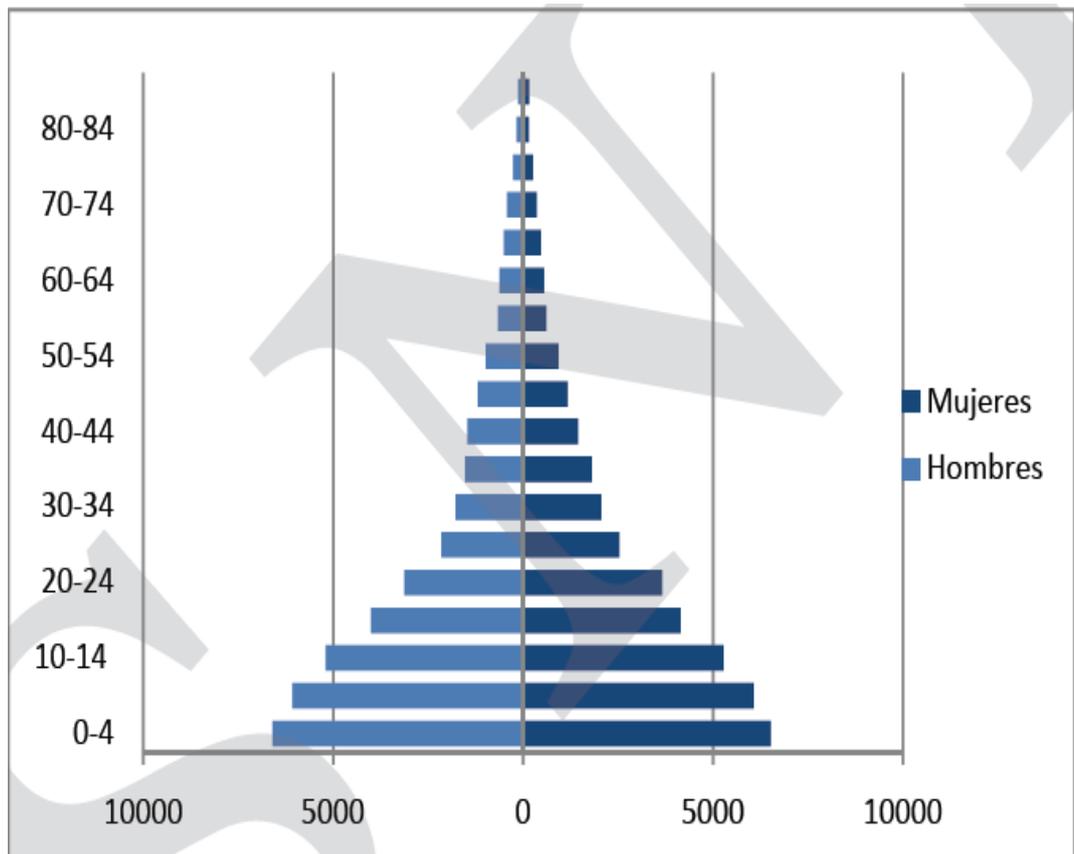


FUENTE: construcción propia con base en el documento "Plan Nacional para la Prevención de embarazos en Adolescentes en Guatemala."

ANEXO 4.

Gráfica 1

Pirámide poblacional de Chiantla, Huehuetenango.



FUENTE: Plan de Desarrollo SEGEPLAN 2011-2015 con base en datos del Censo 2002.

ANEXO 6.
COMPETENCIAS SOBRE SALUD REPRODUCTIVA INCLUIDOS EN EL CURRÍCULUM NACIONAL BASE DIRIGIDO AL CICLO
BÁSICO DE EDUCACIÓN NACIONAL

PRIMERO BÁSICO:

Competencia	Indicador de logro	Contenidos declarativos	Contenidos procedimentales	Contenidos actitudinales
1. Describe los procesos de reproducción y herencia como funciones vitales del ser humano	Describe los cambios que suceden en el ciclo de vida del ser humano.	<p>Ciclo de vida del ser humano</p> <p>Estructura de los sistemas reproductor masculino y femenino</p> <p>Procesos de formación De gametos: espermatogénesis y ovogénesis.</p> <p>Etapas del desarrollo del ser humano: la infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez.</p>	<p>Esquematación del ciclo de vida del ser humano con indicación de cada una de sus etapas</p> <p>Representación gráfica de los elementos del sistema reproductor masculino y reproductor femenino humanos, así como de los procesos de espermatogénesis y ovogénesis.</p> <p>Comparación de las características y necesidades del ser humano en las distintas etapas de su desarrollo</p>	<p>Expresa voluntariamente su opinión con relación a la importancia de aprovechar las etapas del ciclo de vida del ser humano.</p> <p>Propone voluntariamente formas para el cuidado del sistema reproductor.</p> <p>Se adhiere voluntariamente al criterio de vivir a su tiempo las etapas de desarrollo del ser humano.</p>

			Reproducción humana: el ciclo menstrual	Descripción de las fases del ciclo menstrual	Apreciación del ciclo menstrual como proceso natural de la vida.
			Reproducción humana: fertilización, embarazo y parto	Argumentación documentada con respecto al proceso de formación del cigoto, embrión, feto y nacimiento,	Asume una postura de defensa al derecho a la vida desde su concepción.
			Cuidados prenatales y postnatales (dieta, ejercicio, control médico y lactancia materna.	Descripción de los principales cuidados pre y post natales. Argumentación documentada con respecto a los riesgos a los que se expone la madre al no tomar en cuenta las medidas adecuadas para conservar la salud antes, durante y después del parto.	Toma de conciencia de los riesgos que implica la falta de cuidados pre y post natales. Actitudes positivas hacia los cuidados prenatales, y postnatales, y hacia la lactancia materna.
	Comunica información sobre los cuidados prenatales, postnatales		Lactancia materna	Argumentación sobre los beneficios de la lactancia materna para la madre y el niño o niña recién nacido.	Participa voluntariamente en campañas que promueven la lactancia materna como principal alimento del niño y la niña durante el primer año de vida.
	Describe la riqueza genética de su entorno a partir de los		Herencia genes y transmisión del ADN	Diferenciación entre: cromosomas, gen y alelo; cromátida y cromosoma; información genética y	Apreciación de variabilidad de

principios básicos de la herencia.	Genotipo y fenotipo.	código genético; carácter dominante y recesivo	caracteres en su familia como una riqueza genética.
	Términos básicos de genética.	Identificación de características físicas heredadas por generaciones anteriores.	
Describe las formas de prevención de infecciones de transmisión sexual, VIH y SIDA con el bienestar familiar y social.	Infecciones de transmisión sexual y su prevención-	Descripción de las infecciones de transmisión sexual más comunes, sus causas, síntomas, consecuencias y tratamientos y formas de prevención.	Confiere importancia y promueve las medidas de prevención de infecciones de transmisión sexual.
	EI VIH y SIDA.	Diferenciación entre VIH y SIDA.	Rechazo de cualquier forma de discriminación de personas infectadas con el VIH y SIDA.
Describe la función biológica de la sexualidad humana y la responsabilidad que implica.	Sexualidad como función biológica.	Descripción de las formas de transmisión de la enfermedad y sus formas de prevención. Investigación sobre tópicos relacionados con la sexualidad.	Confiere importancia a los riesgos de contagio del VIH en prácticas sexuales irresponsables o en el uso de agujas contaminadas, otras.
	Sexualidad responsable.	Descripción de las prácticas que constituyen una sexualidad responsable.	Justicia el principio de una sexualidad responsable a partir de su cosmovisión.
		Exposición con relación a los riesgos del embarazo en edades tempranas de la adolescencia.	Confiere importancia a los riesgos que implica

				el embarazo en los y las adolescentes. Asumen una actitud crítica con relación a los métodos de PF desde su cosmovisión.
				confiere importancia a los métodos naturales de planificación familiar promovidos desde su cultura
			Comparación de los métodos de planificación familiar y su efectividad.	
	Métodos de planificación familiar		Argumentación documentada sobre las ventajas y desventajas de los diferentes métodos de PF.	
	El aborto		Investigación con relación al aborto.	Asume una postura crítica con relación al tema del aborto, desde su cosmovisión.

Fuente: MINEDUC 2015.

SEGUNDO BÁSICO

Competencia	Indicador de Logro	Contenidos Declarativos	Contenidos Procedimentales	Contenidos Actitudinales
<p>Establece relaciones entre funcionamiento e interacciones de los sistemas del cuerpo humano en los procesos de digestión, respiración, reproducción, circulación, excreción, locomoción, protección del organismo y herencia.</p>	<p>Describe los procesos de reproducción humana. Estructura y funciones de los sistemas circulatorio, urinario, reproductor, músculo esquelético, linfático e inmune.</p>	<p>Ovulación y espermatogénesis.</p> <p>Fecundación. Desarrollo del cigoto, del embrión y del feto.</p>	<p>Representación de los procesos de reproducción humana, de ovulación y de espermatogénesis.</p> <p>Descripción del proceso del desarrollo humano desde la fecundación hasta el momento del nacimiento.</p>	<p>Apreciación de la complejidad del proceso de reproducción humana.</p>
	<p>Organiza campañas de promoción de la lactancia materna.</p>	<p>El parto: parto normal y por cesárea. Cuidado médico, función de la comadrona certificada y efectos psicológicos de los cambios hormonales.</p> <p>Lactancia materna y nutrición.</p>	<p>Descripción de parto normal y por cesárea y los cuidados correspondientes.</p>	<p>Apreciación del parto como una etapa natural del ciclo de vida humana y de su significado cultural.</p> <p>Valoración de la lactancia materna como alimento primordial de la niña o niño recién nacido.</p>

<p>Describe los cambios biológicos que suceden durante la adolescencia.</p>	<p>Etapas del desarrollo del ser humano: cambios biológicos en los y las adolescentes.</p>	<p>Comparación de los cambios biológicos que ocurren durante la adolescencia en hombres y mujeres.</p>	<p>Manifestación de interés por la búsqueda de información biológica sobre cambios en la adolescencia.</p>
<p>Contraata los hábitos de su familia y de su comunidad con las prácticas que contribuyen a la preservación y el mejoramiento de la salud.</p>	<p>Describe las causas y características de diferentes enfermedades, así como sus formas de prevención.</p>	<p>Herencia: transmisión de caracteres hereditarios.</p> <p>Discapacidades congénitas.</p> <p>Leyes de Mendel. Monohibridismo.</p>	<p>Descripción del proceso de transmisión de ADN.</p> <p>Observación de caracteres heredados en individuos.</p> <p>Análisis de las causas y características de las discapacidades congénitas.</p> <p>Resolución de problemas de monohibridismo, uso de cuadros de Punnet.</p> <p>Rechazo de cualquier forma de discriminación hacia personas con discapacidades congénitas.</p> <p>Toma de conciencia sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual.</p>
<p>Resuelve problemas de monohibridismo por medio de cuadros de Punnet y de los conceptos básicos de la herencia.</p>	<p>Herencia: transmisión de caracteres hereditarios.</p> <p>Discapacidades congénitas.</p> <p>Leyes de Mendel. Monohibridismo.</p>	<p>Descripción del proceso de transmisión de ADN.</p> <p>Observación de caracteres heredados en individuos.</p> <p>Análisis de las causas y características de las discapacidades congénitas.</p> <p>Resolución de problemas de monohibridismo, uso de cuadros de Punnet.</p>	<p>Rechazo de cualquier forma de discriminación hacia personas con discapacidades congénitas.</p>

	<p>El VIH y SIDA</p>	<p>Argumentación documentada en relación con las prácticas que representan riesgos de contagio de infecciones de transmisión sexual.</p>	<p>Actitud abierta y respetuosa en discusiones.</p>
		<p>Promoción de la divulgación de información sobre el VIH y SIDA, sus formas de contagio, prevención y tratamiento.</p>	<p>Rechazo de cualquier forma de discriminación de personas VIH positivas.</p>
<p>Describe la función biológica de la sexualidad humana y la responsabilidad que implica.</p>	<p>Sexualidad como función biológica. Sexualidad responsable.</p>	<p>Debate sobre tópicos relacionados con la sexualidad. Debate sobre prácticas que constituyen una sexualidad responsable.</p>	<p>Actitud de respeto y apertura en discusiones. Toma de conciencia de los riesgos que implica la práctica de la sexualidad sin responsabilidad.</p>
	<p>Métodos de planificación familiar.</p>	<p>Investigación sobre métodos de planificación familiar en centros de APROFAM y centros de salud.</p>	<p>Confiere importancia a la planificación familiar.</p>
		<p>Comparación de los distintos métodos de planificación familiar según su efectividad y otras características.</p>	

	El aborto.	Emisión de juicio sobre el tema del aborto con base en documentación.	
<p>Analiza las interacciones de los diferentes factores de los ecosistemas, su organización, características, evolución y las diversas causas de su deterioro.</p>	<p>Establece interacciones entre los factores bióticos y abióticos de los ecosistemas.</p>	<p>Crecimiento de poblaciones y su regulación. Natalidad y mortalidad.</p>	<p>Cálculos sencillos del crecimiento en poblaciones. Análisis de gráficas de la relación entre natalidad y mortalidad.</p>
			<p>Toma conciencia de las relaciones entre natalidad, mortalidad y la disponibilidad de recursos y condiciones ambientales en la regulación de las poblaciones.</p>

FUENTE: MINEDUC 2015

TERCERO BÁSICO

Competencia	Indicador de Logro	Contenidos Declarativos	Contenidos Procedimentales	Contenidos Actitudinales
Interpreta los procesos de respuesta a estímulos internos y externos, la transmisión de caracteres hereditarios, como resultados de funciones biológicas en el organismo y la evolución biológica como mecanismo para el desarrollo y conservación de las especies.	Explica los procesos de la herencia biológica.	Genotipo y fenotipo. Genes y transmisión de ADN. Flujo de información genética desde el núcleo hasta el citoplasma. Mutaciones en el ADN.	Diferenciación entre genotipo y fenotipo. Descripción de las características de los genes, la transmisión de ADN, el flujo de la información genética y las mutaciones.	Asigna importancia a material hereditario, a partir del cual se explica la herencia biológica.
		Transmisión de caracteres hereditarios.	Representación gráfica sobre la transmisión de caracteres hereditarios. Resolución de problemas de monohibridismo y dihibridismo utilizando cuadros de Punnett.	
Promueve prácticas de vida saludable en la comunidad, tomando en cuenta las estadísticas de salud, los recursos disponibles y la diversidad cultural.	Fomenta la práctica de hábitos adecuados para el mantenimiento de la salud a nivel individual, familiar y colectivo.	Lactancia materna y su relación con el desarrollo físico e inmunológico.	Promoción en su comunidad, de los beneficios de la lactancia materna.	Asigna importancia a la lactancia materna como alimento primordial del recién nacido.
		Indicadores de salud.	Análisis comparativo de los indicadores de salud en Guatemala.	Reflexiona con relación al derecho a la salud.

		Enfermedades de infección sexual (ITS), El VIH y SIDA.	Análisis de estadísticas relacionadas con el VIH y SIDA. Comparación de las ITS más comunes, con el VIH y SIDA.	Reflexiona con relación al impacto de VIH y SIDA, y de las ETS en la comunidad y región.
Relaciona la función biológica de la sexualidad con la sexualidad responsable y la planificación familiar.	Sexualidad como función biológica. Sexualidad responsable.	Argumentación documentada sobre la sexualidad responsable en el desarrollo individual y colectivo.	Toma de conciencia respecto a la sexualidad responsable.	
	Factores que intervienen en la sexualidad humana (edad, religión, cultura, medios de comunicación, etc.)	Análisis de los factores que intervienen en la sexualidad humana.		
	Métodos de planificación familiar, la maternidad y paternidad responsables.	Argumentación documentada sobre los métodos de planificación familiar, maternidad y paternidad responsable.	Toma de conciencia sobre el papel de la planificación familiar y de la maternidad y paternidad responsables.	
Describe las características, funciones y procesos que ocurren en los ecosistemas, sus	Crecimiento de poblaciones y su regulación: Natalidad y mortalidad; recursos y ambiente; competencia y depredación;	Interpretación de gráficas de crecimiento poblacional de distintas especies.	Reflexiona con relación a la importancia de espaciar el número de	
Compara características, estructuras y procesos que conforman los niveles de organización de la vida, para				

<p>explicar cómo funcionan, su importancia, las causas de su deterioro y sus formas de conservación y protección.</p>	<p>interrelaciones</p>	<p>enfermedades y migración.</p>	<p>Descripción de la influencia de las enfermedades y la migración sobre el crecimiento poblacional.</p> <p>Relación del aumento poblacional, la tasa de mortalidad y la esperanza de vida al nacer, con el agotamiento de los recursos naturales del país y la región.</p>	<p>nacimientos como medida para procurar el equilibrio en la naturaleza.</p>
---	------------------------	----------------------------------	---	--

FUENTE: MINEDUC 2015



ANEXO 7.
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES DE
FAMILIA



Nosotras somos estudiantes de la carrera de medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala y estamos investigando sobre lo que conocen, lo que creen y lo que hacen los adolescentes sobre temas de salud sexual y reproductiva como: embarazo a muy temprana edad, y cómo prevenirlos, qué enfermedades se pueden transmitir a través de las relaciones sexuales y cómo prevenirlas.

¿Por qué estamos realizando esta investigación? La razón de ello es porque actualmente el municipio en donde usted vive es uno de los que presenta muchos casos de embarazos en mujeres adolescentes, esto es muy peligroso porque el cuerpo de ésta joven todavía no está suficientemente desarrollado para soportar un embarazo, además mentalmente es inmadura para ser madre, esto provoca que la vida de la adolescente y del bebé esté en riesgo y hasta puede producirles la muerte.

¿Qué se quiere lograr con este estudio? Se quiere identificar si el conocimiento sobre salud reproductiva de los estudiantes del ciclo básico de este municipio es suficiente o insuficiente; si sus actitudes son adecuadas o inadecuadas, y si sus comportamientos son positivos o negativos.

¿Cómo se va a realizar éste estudio? En caso de que usted autorice la participación de su hijo(a), y él o ella también acepten, se le pasará un cuestionario con una serie de preguntas que durará unos 20 minutos. Posteriormente nosotras analizaremos las respuestas para obtener una calificación.

ACLARACIONES: a su hijo(a) se le está invitando a participar de forma voluntaria siempre y cuando usted lo autorice (en caso de ser menor de edad). Eso significa que usted puede negarse a que su hijo(a) participe y eso no tendrá ninguna consecuencia ni para usted ni para su hijo(a). Su hijo(a) no recibirá ningún pago económico por participar, ni puntos en sus calificaciones. El cuestionario que su hijo conteste no llevará su nombre, por lo que nadie sabrá cuál es el cuestionario que su hijo(a) contestó, con eso se guarda su privacidad. Pero los resultados numéricos del total de los estudiantes que participen si se publicarán en la Universidad de San Carlos de Guatemala y en las instituciones que lo ameriten porque pueden servir para elaborar programas de atención en salud que ayuden a los adolescentes de su municipio.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de la participación de su hijo (a), puede, si así lo desea, firmar la siguiente autorización:

Yo, _____, autorizo voluntariamente que mi hijo(a) _____, participe en esta investigación. He sido informado(a) de la razón de ésta investigación y cuáles son los objetivos de la misma.

Me han indicado también en qué consiste la investigación y que los resultados se publicarán con fines científicos, pero nadie sabrá la información que mi hijo(a) contestó. He sido informado (a) de que puedo hacer preguntas sobre el estudio en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona o mi hijo (a). Por lo que dejo como constancia mi firma y/o la impresión de mi huella digital

**Firma o huella del padre,
madre o encargado**

Firma del investigador



ANEXO 8.
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
FORMULARIO DE ASENTIMIENTO INFORMADO PARA
PARTICIPANTES



Se te está invitando a participar en este estudio de investigación médica de forma voluntaria, no estás en la obligación de hacerlo y no tendrás ningún beneficio o castigo por participar o no hacerlo.

Tu participación consistirá en contestar una serie de preguntas sobre salud sexual y reproductiva, en un cuestionario.

Tus respuestas serán **CONFIDENCIALES y ANONIMAS**, no se dará a conocer tu nombre en ningún documento. Te agradecemos que contestes con la mayor **SINCERIDAD** posible.

Si tienes alguna duda puedes preguntarle a cualquiera de las investigadoras.

He leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. Estoy de acuerdo en participar en este estudio de investigación contestando sinceramente a las preguntas de este cuestionario.

Si consideras que no hay dudas ni preguntas acerca de tu participación, puedes si así lo deseas, firmar a continuación.

Firma del participante

Firma del investigador

No. _____



ANEXO 9.
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS
SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ESTUDIANTES DEL
CICLO BÁSICO



DATOS GENERALES: Llena cada pregunta con tus datos generales.

1. SEXO:

a) Hombre _____ b) Mujer _____

2. EDAD:

a) _____ años

3. ETNIA:

a) Indígena _____ b) Ladino _____

4. ESTADO CIVIL:

Soltero(a) _____ b) Casado(a) _____ c) Unido(a) _____

5. ¿CON QUIENES VIVES EN CASA?

a) Mamá _____ d) Tíos _____
b) Papá _____ e) Abuelos _____
c) Hermanos _____ f) Primos _____

6. GRADO DEL CICLO BÁSICO

a) Primero _____ b) Segundo _____ c) Tercero _____

7. ESTABLECIMIENTO AL QUE PERTENECES

a) La Plaza, San Nicolás _____ e) Planes del Cordero, La Capellanía _____
b) Nueva Esperanza, Río Escondido _____ f) San José, Las Guayabitas _____
c) San Pablo Cumbre, Sibilá _____ g) El Potrerillo _____
d) Los Pozos, Chancol _____

8. ¿QUIÉN TE HA HABLADO MÁS SOBRE SEXO (INTIMIDAD)?

a) Padre _____ e) Centro Educativo _____
b) Madre _____ f) Centro de Salud _____
c) Hermanos _____ g) Otros _____
d) Amigos _____

SERIE I.

A continuación encontrarás una serie de preguntas con respuestas de opción múltiple y respuesta única. Subraya sólo la respuesta que consideras apropiada correcta.

1. ¿Qué es la menstruación (regla)?
 - a) Es lo mismo que decir "Ciclo Menstrual".
 - b) Es el tiempo del ciclo menstrual donde la mujer sangra por la vagina.
 - c) Es el tiempo donde la mujer puede quedar embarazada.
 - d) No sabes.

2. ¿Cuántos días dura normalmente el ciclo menstrual en una mujer?
 - a) Menos de 20 días
 - b) De 28 a 32 días.
 - c) Más de 35 días.
 - d) No sabes.

3. ¿En qué días del ciclo menstrual una mujer tiene más posibilidades de quedar embarazada?
 - a) Al inicio del periodo menstrual
 - b) A mitad del periodo menstrual
 - c) Al final de la menstruación.
 - d) Durante la menstruación.
 - e) No sabes.

4. ¿Cuál es la razón por la que una adolescente no debe tener un bebé?
 - a) Porque no está madura física ni mentalmente.
 - b) Porque es muy pequeña.
 - c) Porque no trabaja ni gana dinero.
 - d) No sabes.

5. Escribe 3 complicaciones para la salud de una adolescente que resulta **embarazada**:
 - a) _____
 - b) _____
 - c) _____

6. Escribe 3 complicaciones para la salud de una adolescente durante el **parto**
 - a) _____
 - b) _____
 - c) _____

7. ¿Por qué las embarazadas adolescentes deben ir a controles con un personal de salud durante su embarazo (control prenatal)?
 - a) Para evitar complicaciones en la mamá y el bebé durante el embarazo y el parto.
 - b) Para que les den vitaminas.
 - c) Para saber el sexo del bebé.
 - d) No sabes.

8. ¿Cuál crees que sería una forma de evitar el embarazo?
- a) Utilizando condón durante la relación sexual.
 - b) Bañarse después de haber tenido una relación sexual.
 - c) El aborto.
 - d) No sabes.
9. ¿Qué es Planificación Familiar?
- a) Es la forma en la que una pareja decide cuántos hijos quiere tener y cuándo.
 - b) Es nunca volver a tener hijos.
 - c) Baja el deseo sexual de la pareja.
 - d) No sabes.
10. ¿Qué sabes sobre la pastilla de Planificación Familiar?
- a) El hombre es quien debe tomarla.
 - b) La mujer es quien debe tomarla todos los días.
 - c) Se debe tomar solo el día en que se tiene la relación sexual.
 - d) No sabes.
11. Menciona 4 formas para evitar el embarazo y planificar la familia, que conoces:
- a) _____
 - b) _____
 - c) _____
12. ¿Durante una relación sexual, cuándo debe colocarse el condón?
- a) Con el pene erecto (parado) desde que inicia la relación sexual.
 - b) Antes de la eyaculación (acabar).
 - c) Nunca debe colocarse
 - d) No sabes.
13. ¿Cuál es el la única forma de evitar el embarazo 100% efectiva?
- a) Usando Condón.
 - b) Usando la T de cobre.
 - c) Practicando la abstinencia sexual (no tener relaciones sexuales).
 - d) No sabes.
14. ¿Cómo se contagian las enfermedades de transmisión sexual?
- a) Por contacto con semen, fluidos de órganos genitales, y sangre.
 - b) Por abrazos.
 - c) Por meterse en las piscinas.
 - d) Por ir a baños públicos.
 - e) No sabes.

15. ¿Cuál es la forma más efectiva para prevenir el embarazo, las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA?
- a) La pastilla. c) La inyección.
 b) El condón. d) No sabe
16. Menciona 4 enfermedades de transmisión sexual que conoces
- a) _____
 b) _____
 c) _____
17. ¿Cuándo una persona se puede infectar con el VIH/SIDA?
- a) Por una sola relación sexual sin protección.
 b) Por una relación sexual con protección.
 c) Por besos y caricias
 d) No sabes.
18. ¿En qué momento una madre puede transmitir el VIH a su bebé? Puedes contestar más de una respuesta.
- a) El parto d) Al acariciarlo
 b) La lactancia materna. e) No sabes.
 c) La cesárea.
19. ¿Cuál de las infecciones, pueden provocar cáncer en la mujer?
- a) VIH. c) Virus del papiloma humano.
 b) Hepatitis B. d) No sabes.

SERIE II.

A continuación encontrarás una serie de enunciados que debes marcar con una X en la columna SI o NO según sea tu práctica habitual. Únicamente deberás marcar una respuesta.

	SI	NO
1. ¿Se habla de sexualidad en tu familia?		
2. ¿Hablas libremente de tu sexualidad con otras personas?		
3. ¿Has criticado o atacado a alguien por ser virgen?		
4. ¿Alguna vez te has hecho la prueba del VIH?		
5. ¿Aconsejarías a un amigo o amiga iniciar su vida sexual?		
6. ¿Has escuchado de alguna adolescente que haya estado embarazada?		
7. ¿Has escuchado de alguna adolescente que haya muerto durante el parto?		
8. ¿Ya has tenido tu primera relación sexual?		
9. ¿Tienes relaciones sexuales seguidas?		

	SI	NO
10. Has estado embarazada o has embarazado a tu pareja.		
11. ¿Fuiste o llevaste a tu pareja al centro de salud cuando supiste que estabas embarazada?		
12. ¿Tuviste o tu pareja tuvo complicaciones durante el embarazo o parto?		
13. ¿Has usado algún método de planificación familiar?		
14. ¿Prefieres que tu pareja sea quien utilice algún medio para evitar el embarazo?		
15. ¿Revisas tus genitales para detectar cambios o anomalías?		
16. ¿Has padecido de alguna infección de transmisión sexual?		
17. ¿Has utilizado condón en alguna relación sexual?		
18. ¿Has practicado relaciones sexuales sin protección?		
19. ¿Has tenido relaciones sexuales con personas desconocidas?		
20. ¿Te has hecho un Papanicolaou?		

SERIE III.

A continuación encontrarás una serie de enunciados para los cuales debes marcar con una X en la columna de la respuesta con la que te sientas más identificado(a). Únicamente deberás marcar una respuesta.

	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo
1. Recibir educación sexual hace que los jóvenes se apresuren a tener relaciones sexuales.			
2. Un adolescente debe tener relaciones sexuales.			
3. Consideras que sentir deseo sexual es un pecado.			
4. Un embarazo es solo responsabilidad de la mujer.			
5. Una adolescente menor de 18 años debe casarse.			
6. La menstruación es una enfermedad en las mujeres.			
7. A tu edad te gustaría quedar embarazada o embarazar a alguien.			
8. La muerte de una mujer que se encuentra embarazada es un problema que afecta al país.			
9. Aconsejarías llevar a una mujer embarazada que presenta sangrado con un personal de salud.			

	Deacuerdo	Indiferente	En desacuerdo
10. Utilizar métodos de planificación familiar es pecado.			
11. Es recomendable que todas las parejas utilicen planificación familiar.			
12. Utilizarías alguna forma de planificar la familia con tu pareja.			
13. Piensas que al usar condón, la sensación no es igual.			
14. Crees que la Planificación Familiar va en contra de la vida.			
15. Crees que una mujer que se opera para ya no tener familia es menos mujer.			
16. Opinas que cuando un hombre que se opera para ya no tener familia disminuye su deseo sexual.			
17. Si tuvieras una enfermedad de transmisión sexual acudirías al Centro de Salud de tu comunidad			
18. Es mejor no tener ninguna clase de contacto con una persona infectada con el VIH/SIDA.			
19. Si se conoces bien a la pareja no es necesario usar el condón.			
20. Considerarías realizarte un Papanicolaou en el futuro.			

¡MUCHAS GRACIAS POR TU TIEMPO Y PARTICIPACIÓN!