

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas

**“Conocimientos, prácticas y actitudes sobre
salud
reproductiva en adolescentes”**

Municipio de Santa Catarina Pinula, Departamento de Guatemala

2006

Antonieta García Hernández

MÉDICA Y CIRUJANA

GUATEMALA, OCTUBRE DE 2006.

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas

**“Tuberculosis como diagnóstico secundario
intrahospitalario”**
Caracterización clínica

Departamento de Medicina Interna
Hospital Roosevelt

enero 2005 a julio 2006

Tesis

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

Por

Ana Concepción Morales Gramajo

Previo a conferírsele el Título de

Médica y Cirujana

Guatemala, octubre de 2006

CONTENIDO

	PAGINA
1. Resumen	1
2. Análisis del problema	3
Antecedentes del problema	3
Definición del problema	3
Delimitación del problema	4
Planteamiento del problema	5
3. Justificación	7
4. Marco Teórico y de referencia	9
Salud Reproductiva	9
Embarazo en la adolescencia	12
Enfermedades de transmisión sexual	14
Aborto	15
Adolescencia	15
Anticoncepción	16
Actitudes	19
Conocimiento	26
Práctica	27
5. Objetivos	
General	29
Específicos	29
6. Diseño del estudio	31
Tipo de estudio	31
Unidad de Análisis	31
Población	31
Muestra	31
Criterios de inclusión	31
Definición y operacionalización de variables	32
Técnica	32
Procedimiento	33
Aspectos éticos de la investigación	33
Plan de análisis	34
7. Presentación de resultados	35
8. Análisis, discusión e interpretación de resultados	43
9. Conclusiones	47
10. Recomendaciones	49
11. Referencias bibliográficas	51
12. Anexos	55

1. RESUMEN

El presente trabajo es de tipo descriptivo, el cual se realizó en 376 estudiantes adolescentes de ambos sexos, de 3 establecimientos educativos del nivel medio del municipio de Santa Catarina Pinula, departamento de Guatemala, durante los meses de junio y julio de 2006.

La idea de la investigación surgió, observando las actitudes de los adolescentes que aparentemente se encuentran o se sienten capacitados físicamente para relacionarse sexualmente y llevar a cabo la procreación. No obstante, a diferencia de las personas adultas, carecen de experiencia, equilibrio emocional y amplios conocimientos.

Los objetivos principales de la investigación fueron describir los conocimientos, prácticas y actitudes sobre salud reproductiva.

En referencia a los resultados de la investigación se puede describir que del total de estudiantes, predomina el sexo masculino al igual que en la información recibida sobre educación sexual. Es importante mencionar que un porcentaje reducido, tanto de hombres como mujeres señalan haber tenido relaciones sexuales, indicando haberse protegido con preservativos (condón) para evitar enfermedades de transmisión sexual, no así a un embarazo no deseado, de ocurrir lo contrario adujeron que no acudirían a un aborto sino adquirir una paternidad y maternidad responsable.

Es importante mencionar a los centros educativos e indicar el rol que juegan informando a los y las adolescentes sobre salud reproductiva por medio de maestros y maestras, estos últimos con gran responsabilidad, ya que los jóvenes no le tienen confianza a su propia familia.

El beneficio que persigue la investigación se verá reflejada a largo plazo, puesto que entre las recomendaciones emitidas, está el agregar al pensum de estudio, curso (s) que les enseñen las ventajas de tener una buen salud reproductiva.

2. ANÁLISIS DEL PROBLEMA

2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

El concepto de adolescencia es relativamente reciente en términos históricos, surgió a fines del siglo XIX e inicios del XX en los países occidentales y sirvió para designar a un grupo específico de la población joven perteneciente, por lo general, a un nivel socioeconómico elevado, quienes llevaban a cabo una preparación prolongada antes de asumir los papeles de adulto. Con el paso del tiempo, y a medida en que se fueron desarrollando los procesos de industrialización y urbanización, esta fase de preparación entre la niñez y la adultez se fue extendiendo en duración, a la vez que se conformaba la adolescencia como una edad particular de la vida, con identidad propia y necesidades específicas.

La dificultad de definir de manera universal el concepto de adolescencia estriba en que por sí mismo el fenómeno representa una construcción cultural sujeta a la variación de ambientes y contextos. Se reconoce que las características y duración de esta etapa dependen de la clase social, el entorno sociocultural, el género, la etnia, etc. Aún así, se admite la necesidad práctica de establecer una convención que permita identificar y analizar la especificidad el comportamiento de los individuos que se encuentren transitando de la niñez a la edad adulta.

El criterio operacional más utilizado y ampliamente aceptado es el de la Organización Mundial de la Salud (OMS), ya que considera al adolescente entre los 10 y 19 años, en donde hay cambios biofisiológicos. En la adolescencia, a la vez que se presenta un crecimiento notable en ideales y en la capacidad de iniciar planes de vida, se sufre un cierto asincronismo entre el desarrollo biológico y el desarrollo psicosocial. Esto genera problemas de ajuste emocional y social en una etapa en que los y las adolescentes deben afirmar su identidad sexual, aceptando sus cambios corporales y avanzando en su independencia psicológica hacia la adopción de estilos de vida adulta y de su propia identidad. Así la salud reproductiva adolescente representa una prioridad en atención. Esta se entiende como “el estado de completo bienestar físico y mental y social de los y las jóvenes de 10 a 19 años, con ausencia de enfermedades o afecciones relacionadas con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Es un estado dentro del cual los y las adolescentes pueden cumplir su sexualidad y sus funciones reproductivas libres de riesgo, escogiendo de manera libre, orientada y oportuna el inicio de sus relaciones sexuales. La forma de relacionarse con la pareja, el número y espaciamiento de hijos.

2.2 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La salud reproductiva es un valor fundamental en los adolescentes y las adolescentes. Actualmente el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, así como el Ministerio de Educación están creando, programas, leyes y políticas para llevar la información necesaria a los establecimientos educativos y así fomentar actitudes responsables para que asuma su sexualidad de una manera autónoma, consciente y sin riesgos. (14)

Se define la salud reproductiva como el estado general de bienestar físico, mental y social, y no de ausencia de enfermedad o dolencia en todo lo relacionado con el sistema reproductivo, funciones y procesos. (18,23) Por tanto, la salud reproductiva implica una vida sexual satisfactoria y segura.

La Organización Mundial de la Salud, define al grupo de adolescente como la población comprendida entre los 10 a los 19 años de edad y como jóvenes entre 15 a 24 años, lo que constituye en América Latina aproximadamente un 30 % de la población. (30), además define este tipo, como el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad de reproducirse, el paso de niño (a) a la adultez y consolida su independencia económica. (26).

La adolescencia tiene procesos como: la búsqueda de identidad, independencia, capacidad creadora, necesidad de autoestima, juicio crítico, proyecto de vida, sexualidad, proceso educativo, desarrollo moral y espiritual. Y a eso agregamos curiosidad, interés hacia lo prohibido, rebeldía y la emoción de correr riesgos lo cual conduce a conductas que ponen en peligro su salud. (42).

Los riesgos que corren al no tener una salud reproductiva segura las y los adolescentes, son los siguientes: embarazos no deseados, enfermedades infecto contagiosas, abortos, VIH/SIDA, problemas psicológicos, problemas físicos, abuso de drogas, tabaquismo, alcoholismo. Depresión suicidio, trastornos del sueño, del apetito, maltrato, violaciones, en la educación (deserción escolar, repitencia). (16)

Considerando lo anterior, se realizará una evaluación acerca de los conocimientos, actitudes, practicas y creencias sobre salud reproductiva en la población de adolescentes del nivel medio en establecimientos educativos públicos y privados del municipio de Santa Catarina Pinula.

2.3 DELIMITACION DEL PROBLEMA

La investigación se realizó en tres establecimientos educativos, en donde se entrevistaron a estudiantes del nivel medio, tanto hombres como mujeres en la etapa de la adolescencia, se les indicó que tenían libertad de contestar o no la encuesta y tienen el tiempo libre. Se estudiaron

los conocimientos, las actitudes y practicas de los adolescentes en el área rural del municipio antes mencionado.

Como todo ser humano, el adolescente tiene también sus propias convicciones de lo que es la vida. Se debe de enseñar y guiar a ambos sexos a tener una vida plena, así como una buena salud reproductiva, porque ellos son parte importante para el desarrollo de nuestro país. Se debe establecer una empatía entre el maestro, padres de familia con los adolescentes.

2.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El problema de investigación es "Conocimiento, actitudes y practicas de salud reproductiva en adolescentes". Para el abordaje del problema, se busca responder, como se lleva a cabo, lo que las y los adolescentes hacen con respecto a salud reproductiva, mediante las siguientes interrogantes.

¿Los y las adolescentes tienen conocimientos sobre salud reproductiva?

¿Qué prácticas han tenido con respecto a su actividad sexual?

¿Cuáles son las actitudes que tendrían las adolescentes con respecto al embarazo?

¿Cuáles son las decisiones que tomarían los y las adolescentes sobre el aborto?

¿Cómo manejarían ellos los anticonceptivos?

¿Qué conocimientos tienen sobre las enfermedades de transmisión sexual?

3. JUSTIFICACIÓN

Guatemala es un país en vía de desarrollo, cuenta con un grupo de población adolescente de 2.613.986 (dos millones seiscientos trece mil novecientos ochenta y seis). lo que constituye el 27 % de la población total, de las cuales, 49 % son mujeres. (20)

Por lo que es preocupante la educación sexual, ya que es muy importante en todo ser humano y su mala orientación, formación e información, trae severas consecuencias físicas, mentales, sociales, educacionales, por ello es conveniente determinar, los conocimientos, actitudes, prácticas y creencias que posee el adolescente, y así conocer las causas de la práctica de conductas sexuales riesgosas entre las que destacan: Inició cada vez más precoz de la vida sexual, poco reconocimiento de los riesgos.

Las relaciones sexuales son imprevistas y ocurren en lugares y situaciones inapropiadas, promiscuidad, poco conocimiento de sexualidad, no planean juntos el control del embarazo, insuficiente conocimiento sobre enfermedades de transmisión sexual y su prevención. Por lo anterior las y los adolescentes tienen un elevado riesgo reproductivo. (26)

Todo lo anterior se da por factores como presión de grupos de compañeros, hogares desintegrados, no tienen apoyo, violencia intra-familiar, falta de recursos económicos, desconocimiento de salud reproductiva afectando a los y las adolescentes, formando hogares, desintegrados, madres solteras, daño Psicológico y físico, deserción escolar, abortos, enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA, maternidad y paternidad irresponsable, sentimiento de culpa.

Se realizará este estudio para fortalecer los programas de educación sexual del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y en los establecimientos del nivel medio de Santa Catarina Pinula, tomando en cuenta la participación de los y las adolescentes como un elemento clave para la promoción de salud y para el progreso social, económico y político.

4. MARCO TEORICO Y DE REFERENCIA

4.1 SALUD REPRODUCTIVA

4.1.2 Definición:

La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, psíquico, personal y social en todos los aspectos relacionados con la sexualidad humana, con las funciones y procesos del sistema reproductivo, con una vida sexual coherente con la propia dignidad personal y las propias opciones de vida que conduzcan a disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, así como la libertad de procrear o no y de decidir cuando y con qué frecuencia de una manera responsable. (23)

4.1.3 Identidad sexual

Para comprender que es la sexualidad, debemos saber que muchas personas confunden el significado de sexo y sexualidad.

El sexo: es el conjunto de características anatómicas (huesos, músculos, pelo, órganos genitales, etc.) y fisiológicas (funcionamiento de los órganos genitales y producción de hormonas) que distinguen a los individuos masculinos y femeninos. (35)

La sexualidad: es una parte natural de nuestras vidas: es la manera de sentir gozo, de expresar amor, y contar con las hijas o hijos que se desean. Es también dar y recibir formas muy distintas de placer, "la sexualidad es una celebración de la vida". No tenemos que sentir vergüenza al hablar del tema, pero sí debe existir respeto entre la pareja, cariño, amor y buena comunicación. (14,35)

La sexualidad también incluye:

- Desarrollo de la identidad genérica.
- Desarrollo del rol sexual.
- Desarrollo de las actitudes y valores.
- Desarrollo de la orientación sexual.
- Desarrollo del comportamiento sexual.
- Desarrollo de la identidad sexual.
- Desarrollo del conocimiento sexual.
- Desarrollo de las habilidades sexuales.

El desarrollo de la identidad sexual es un componente importante de los adolescentes.

La sexualidad, no comienza en la adolescencia, sino que es una continuación de fenómenos que se manifiestan desde la niñez, es en la adolescencia en donde los cambios hormonales que ocurren en esta etapa (la sexualidad), adquiere una nueva dimensión y comienza a ser parte fundamental. (19)

La salud sexual es parte de la vida, siendo la reproducción humana o procreación un proceso biológico que se basa y fundamenta en la sexualidad. Para tener salud sexual la mujer y el hombre necesitan comprender y aceptar lo siguiente:

- a) Las mujeres y hombres tiene derecho a manifestar sus decisiones.
- b) Es importante expresar el amor o el deseo que sienten por su pareja.
- c) El hombre y la mujer deben decidir y estar de acuerdo cuándo y cuántos hijos desean tener.
- d) Deben tener la libertad de escoger a su pareja.

Las relaciones sexuales pueden ser una parte importante y positiva de la vida, pero también pueden acarrear problemas como embarazos no deseados que amenazan la salud de la mujer, enfermedades de transmisión sexual, y/ o daños físicos y emocionales causados por el sexo forzado. (35)

4.1.4. Pilares de la sexualidad

- a) Primer pilar: la reproducción humana

Es la capacidad del cuerpo para engendrar a los hijos (as). Incluye los órganos de la reproducción, las hormonas, los nervios que transmiten placer físico.

- b) Segundo pilar: el placer

Es sentirse bien con los demás y con nosotros mismos. Las ideas positivas o negativas, las emociones, lo que vivimos y las experiencias que hemos tenido en nuestra sexualidad.

- c) Tercer pilar: la relación

La relación que se da entre los hombres y las mujeres, es diferente según nuestra cultura. Comprende la autoestima, el amor, respeto e igualdad. La identidad de género determina su comportamiento como niña (o), mujer u hombre.

Estos tres pilares son características con las que nacemos (biológicas), pensamos (mentales) y nos relacionamos (sociales). Todo esto nos permite comprender el mundo donde vivimos a través de nuestro ser como mujer y hombre. Si quitamos un pilar de la sexualidad no es completa, ni satisfactoria. (35)

4.1.5. Objetivos de la salud reproductiva

- a) El objetivo principal es la promoción de los derechos en las políticas y programas de salud reproductiva, incluidas la salud sexual y la planificación familiar.
- b) Proporcionar servicios de salud que sean aceptables, cómodos y accesibles para todos los usuarios.
- c) Disminuir la morbi - mortalidad materna que, a través de servicios que presten una salud materna en la que se le brinde toda ayuda antes durante y después del embarazo para disminuir con ello el riesgo que la maternidad posee, ayudándoles a tener una planificación familiar adecuada, así también fomentar la nutrición materna, la educación y la prevención de enfermedades de transmisión sexual y SIDA.
- d) Reducir la morbi-mortalidad materna por abortos.
- e) Propiciar y proteger el derecho de las y los adolescentes a tener acceso a información y servicios de salud reproductiva.
- f) Estimular actitudes que favorezcan una conducta responsable en materia sexual y reproductiva. (6, 18)

4.1.6. Derechos reproductivos

Los derechos reproductivos forman parte de los derechos humanos universales y básicamente son:

- El derecho de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos (as) que desean tener, el espaciamiento de los nacimientos y a disponer de la información y de los medios para ello.
- El derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva.
- El derecho a tomar decisiones sexuales y reproductivas sin sufrir discriminación, coacción, ni violencia.

Estos derechos suponen la capacidad de decisión de hombres y mujeres sobre sus relaciones de pareja, las posibilidades de ejercer la sexualidad y la procreación de forma libre y sana. Las personas tienen derecho a conocer su cuerpo, sus funciones, potencialidades y la posibilidad de decidir libremente sobre su vida y sus relaciones. Son sanas todas las prácticas sexuales o reproductivas que no lesionan la integridad física y psicológica de las personas que contribuyen a mejorar calidad de vida. (6,7,35)

4.1.7. Factores que contribuyen para lograr los objetivos de salud reproductiva.

Para hacer valer y proporcionar los derechos de la salud reproductiva debe considerarse los siguientes programas:

- a) Asesoramiento, información educación y comunicación de planificación familiar.
- b) Atención prenatal, parto y puerperio a demás promover la lactancia materna.
- c) Prevención y tratamiento de la infertilidad, de las enfermedades de transmisión sexual y SIDA, así como tamizaje preventivo de cáncer de cervix y de mama.
- d) Servicios de salud reproductiva en centros educativos, empresas privadas y públicas.
- e) Prevenir embarazo no planificado y el aborto provocado.
- f) Prevención del embarazo en la adolescencia y atención a la embarazada adolescente.
- g) Promocionar y favorecer las condiciones de prevenir la violencia de género.
- h) disminuir la morbilidad y mortalidad materna. (14)

4.1.8. Riesgos y consecuencias

- Embarazo no deseado
- Maternidad precoz
- Enfermedades de transmisión sexual
- Aborto

4.2. Embarazo en la adolescencia

Definición: Gestación que tiene lugar durante la etapa de la adolescencia, o aquella que ocurre en la mujer desde la menarquia hasta los 19 años de edad, con independencia de la edad ginecológica.

Para Tomas Silber es aquella gestación que ocurre durante los dos primeros años de edad ginecológica de la mujer y/ o cuando la adolescente mantiene una independencia económica total. (26)

4.2.1. Factores de riesgo:

Algunos factores de riesgo que en la adolescencia favorecen el embarazo precoz son:

a) Individuales:

- Abandono escolar
- Dificultad para planear proyectos en la vida a largo plazo
- Personalidad inestable
- Baja autoestima
- Poca confianza
- Falta de actitud preventiva
- Menarquia precoz
- Conducta antisocial
- Abuso de sustancias
- Sentimiento de desesperanza
- Ignorancia de su propia fisiología y del uso correcto de métodos anticonceptivos.
- Bajo nivel educativo.

b) Familiares:

- Familia disfuncional y en crisis
- Perdida de un familiar
- Enfermedad crónica de un familiar
- Madre con embarazo en la adolescencia
- Hermana adolescente embarazada
- Madre aislada y emocionalmente poco accesible
- Vínculo más estrecho con el padre
- Padre ausente, vínculo más estrecho con la madre pero ambivalente.

c) Sociales:

- Condición económica desfavorable
- Migración reciente
- Trabajo no calificado

- Vivir en el área rural
- Ingreso precoz a la fuerza de trabajo
- Mitos y tabúes a cerca de la sexualidad
- Marginación social
- Presión por parte de sus padres
- Mensajes contradictorios con respecto a la sexualidad, en la familia, en la sociedad y en los medios de comunicación.
- Violencia y abuso
- Machismo como valor cultural. (25)

4.2.2 Maternidad o paternidad precoz

Tanto el hombre como la mujer en la edad de la adolescencia no tienen la capacidad económica, social, cultural, y la educación necesaria. La mujer que inicia actividad sexual a temprana edad y que son madres, se exponen a mayores riesgos y complicaciones en el embarazo, parto y puerperio que una mujer en edad ideal de tener hijos. Las muertes relacionadas con embarazo son la primera causa de mortalidad en mujeres adolescentes, en cualquier parte del mundo. (42)

La paternidad responsable es el cumplimiento de los deberes y obligaciones que tienen los padres para con los hijos (as). Es el desarrollo de una actitud consciente y responsable de la pareja para poder cumplir con la misión sublime de procrear hijos (as) sanos física, psicológica y socialmente. (35)

4.3 Enfermedades de transmisión sexual

Son el conjunto de enfermedades que pueden transmitirse de una persona a otra por medio del contacto sexual entre parejas heterosexuales o bisexuales. Actualmente se ha substituido el término de enfermedades venéreas por el de enfermedades de transmisión sexual o enfermedades sexualmente transmisibles (ETS). Estas enfermedades se transmiten de una persona a otra durante la actividad sexual, y no se adquieren por sentarse en una taza de baño, o nadar en piscina, dar la mano ni por medio de la ropa. (22)

Las enfermedades de transmisión sexual que más se presentan en nuestro medio son las siguientes:

- Sífilis
- Gonorrea
- Herpes genital

- Clamidia
- Verrugas Genitales
- Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)
- Condiolomatosis
- Trichomoniasis
- Candidiasis
- Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)
- Hepatitis B

4.4 Aborto

Es la interrupción del embarazo de forma espontánea o provocada antes de que el feto pueda tener vida extrauterina. (24,27)

El aborto en adolescentes supone además un riesgo creciente, ya que este grupo presenta un grado mayor de vulnerabilidad por el miedo, la ignorancia, la falta de recursos y la dificultad de acceso a una atención especializada. Comparadas con las mujeres adultas, las adolescentes tienden a ser atendidas más tardíamente por médicos y en condiciones menos favorables. A esto hay que agregar el costo que implica la realización de un aborto en condiciones relativamente seguras.

La mayor parte de la sociedad, incluyendo a los y las adolescentes, relacionan el aborto con el pecado, por lo que las adolescentes que se someten a éste se sienten avergonzadas, culpables y con miedo al reproche de la sociedad. Esto agrega un efecto psicológico en las mujeres jóvenes que pueden tener repercusiones de diferente índole en su vida futura.

4.5 Adolescencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS). Define adolescencia como la segunda década de la vida, etapa que transcurre entre los 10 y 19 años y 11 meses de edad.
(19)

Dina Krauskopf define la adolescencia como el periodo crucial del ciclo vital en que los individuos toman una nueva dirección en su desarrollo, alcanzan su madurez sexual, se apoyan en los recursos psicológicos y sociales que obtuvieron en su crecimiento previo, asumen para si las funciones que les permiten elaborar su identidad y plantearse un proyecto de vida propio. (19)

El inicio de la adolescencia se caracteriza biológicamente con el conocimiento del proceso de maduración sexual (pubertad), en tanto que la definición de la finalización de la misma es sociológica. (19)

Para comprender mejor las diferencias, la adolescencia se ha dividido en tres etapas:

- Adolescencia temprana (10 – 13 años)
- Adolescencia media (14 – 16 años)
- Adolescencia tardía (17 – 19 años)

En la adolescencia temprana, se inician los grandes cambios físicos o biológicos. Por esta razón también se le llama pubertad, pero hay diferencias entre mujeres y varones.

Tanto el hombre como la mujer desarrollan una actitud o búsqueda de su propia identidad o deseo de que se le tome en cuenta. Lo que puede manifestarse en rebeldía hacia los padres, les gusta tener un grupo de amigos de su mismo sexo y andar juntos siempre. Exigen mucho la privacidad sobre todo en su casa. Les preocupa su apariencia física, pierden el interés de salir con sus padres, aparecen los primeros enamoramientos. Noviazgo pero siempre acompañados del grupo. (19)

Adolescencia media, es el periodo en que hay mayor apego a su grupo de amigos o pares, junto a estos, se sienten muy seguros. Comparten travesuras de todo tipo, que son generadores de riesgos, (alcohol, drogas, cigarrillos, pleitos, pandillas, relaciones sexo-genitales sin protección, etc). En esta época también se dedican a los deportes, cultura y estudios y muchos sobresalen en éstos. En esta etapa sienten que a ellos nada les va a pasar sin importar lo que hagan, esto se conoce como sentimiento de invulnerabilidad. Influyen más los amigos que los padres, son muy variables, les gusta pertenecer a grupos de estudios, comunitarios, religiosos, a clubes culturales y deportivos, aumenta su capacidad de razonar y su juicio crítico, por lo que se vuelven muy cuestionadores de la sociedad y de los adultos. Aumenta el interés sexual, la masturbación y se pueden producir las primeras relaciones sexo-genitales. (19)

Adolescencia tardía, en esta etapa los órganos reproductores están completamente desarrollados. Estarán terminando su maduración y tienen un comportamiento más tranquilo y estable. El grupo de amigos ya es menos importante. Porque sienten la necesidad de estar solos con la persona que les agrada o atrae. Mayor capacidad de compromiso y la relación con sus padres y su familia vuelve a ser importante y menos crítica. Tienen una mayor capacidad para la intimidad y el afecto, por eso las relaciones de noviazgo o íntimas son muy significativas. A esta relación le dedican mucho tiempo y atención, dejan de ser rebeldes comprenden mejor las reglas y los valores de su familia.

4.6. Anticoncepción

La anticoncepción se define como un proceso o técnica utilizado para evitar el embarazo por métodos que alteran o bloquean uno o más de los procesos reproductivos, de manera que la unión sexual no tenga como consecuencia la fecundación. Cualquier acción, instrumento o medicación dirigido a evitar la concepción o el embarazo viable se define como método anticonceptivo. (28,13)

La anticoncepción reversible, o prevención temporal de la fecundidad, incluye todos los métodos anticonceptivos excepto la esterilización. Esta última debe considerarse permanente, no obstante cualquier posibilidad de reversión quirúrgica. Cada método anticonceptivo plantea ventajas y desventajas, a continuación se describe cada uno de ellos. (13)

4.6.1. Métodos Naturales

La utilización de métodos naturales depende únicamente del conocimiento, observación y control por parte de la mujer acerca de sus ciclos sexuales. Planifica la abstinencia sexual de acuerdo a criterios derivados de la observación o de la experimentación científica:

- Método Ogino – Knaus
- Temperatura basal
- Billings
- Coito interrumpido

Y otros aprovechan fenómenos que se dan de forma natural en el organismo como:

- La lactancia prolongada.

Los métodos naturales más que ofrecer garantías de eficacia contraceptiva casi perfectas, hay que entenderlos como procedimientos complementarios a otros. Cabe señalar que son los únicos métodos de planificación familiar que acepta la iglesia (sin tomar en cuenta el coito interrumpido). (28)

4.6.2. Métodos de Barrera

La utilización de barreras físicas para impedir los embarazos es una de las prácticas más antiguas tanto por hombres como mujeres. Las complicaciones de las barreras físicas, como la inserción de bolas de papel anudado en la vagina o las fundas para el pene de piel de oveja, lino o seda, hojas de árboles, eran más frecuentes que las ventajas, ya que no eran muy eficaces para evitar embarazos y sí para producir

infecciones vaginales y de útero. Es con látex que surgen auténticas barreras que posibilitan una función profiláctica y anticonceptiva, con escasa o nula interferencia en el juego sexual.

Los métodos de barrera son:

- Preservativo masculino
- Preservativo femenino
- Diafragma
- Capuchón cervical
- Cremas, espumas y jaleas (23)

4.6.3. Métodos Hormonales

Para 1956, los investigadores Rock, Pincus y García demostraron que el Noretinodrel, compuesto hormonal fabricado en laboratorio, inhibía la ovulación. Entonces, la ovulación se podía interrumpir con sustancias químicas y así evitar los embarazos. (29)

Los métodos hormonales son:

- Anticonceptivos orales de estrógenos y progesterona, (hormonas femeninas)
- Minipíldora o PPS contiene solo progestágeno.
- Inyectables: mensual de estrógenos y progestágenos
de progestágenos

Se diferencian en su duración porque una inyección es trimestral y la otra bimestral.

- Implantes subdérmicos
- Otras innovaciones: Anillo vaginal
Vacuna anti HRH (hombres)

4.6.4 Métodos Quirúrgicos

Los métodos quirúrgicos son procedimientos de esterilización voluntaria. Consiste en asegurarla imposibilidad de reproducción permanente, a través de procedimientos de cirugía menor.

Los métodos quirúrgicos son:

- Vasectomía

- Ligadura de trompas
- Dispositivos intrauterinos (DIU)

4.7. ACTITUDES

4.7.1. CONCEPTO

Allport define la actitud como “estado mental y neural de disposición para responder, organizado por la experiencia, directiva o dinámica, sobre la conducta respecto a todos los objetos y situaciones con los que se relaciona”. Esta definición relata que la actitud no es un comportamiento actual, sino una disposición previa preparatoria de las respuestas conductuales ante estímulos sociales. (2)

A grandes rasgos, las definiciones de actitud podrían agruparse en tres bloques:

a) Definiciones de carácter social.

Las actitudes son el reflejo a nivel individual de los valores sociales de su grupo ; las actitudes se reflejan en patrones conductuales propios de los miembros de un grupo y que regulan las interacciones entre ellos. (5, 6)

b) Definiciones conductuales.

Para los autores conductuales la actitud es la predisposición a actuar o responder de una forma determinada ante un estímulo u objeto actitudinal. Dentro de la perspectiva conductista destaca Bem, el cual define la actitud como “estilo particular de respuesta verbal en la cual el sujeto no describe su ambiente privado interno, sino su respuesta pública habitual, accesible a observadores externos”. (5)

c) Definiciones cognitivas.

Rokeach define la actitud como “un conjunto de predisposiciones para la acción (creencias, valores, modos de percepción) que está organizado y relacionado en torno a un objeto o situación” (41)

Haciendo una revisión del término actitud desde un punto de vista diacrónico, podríamos encontrar las siguientes definiciones:

- Una tendencia a la acción según Thomas y Znaniecki.

- La suma de las inclinaciones, sentimientos, prejuicios, sesgos, ideas preconcebidas, miedos, amenazas y convicciones de determinado asunto siguiendo a Thustone.
- Una respuesta implícita, capaz de producir tensión, considerada socialmente significativa en el entorno social del individuo, según Doob. (8,31)

4.7.2. Tendencias conductuales

Comprenden las inclinaciones a obrar de determinada manera ante el objeto , por ejemplo: acercarse al, rehuírlo. Sew ven afectadas por la influencia social, la cual consiste en las acciones realizadas por una o varias apersonas con el fin de cambiar actitudes, comportamientos o tendencias de uno o más individuos lo cual fue definido por Baron y Byrne en 1981.

4.7.3. Estructura de las actitudes

Pese a la diversidad de las definiciones a las que hacíamos referencia en el apartado anterior, nos encontramos que entre todas ellas existen dos importantes conceptualizaciones o modelos de actitud:

a) Modelo Unidimensional

El Modelo Unidimensional consiste en enfatizar el componente evaluativo de la actitud, utilizando el término para referirse “a un sentimiento general, permanentemente positivo o negativo, hacia alguna persona, objeto o problema” (41).

Dentro de este modelo es importante diferenciar el concepto de actitud del concepto de creencia y de intención conductual. Así la actitud representa las emociones relacionadas con el objeto de actitud, es decir, su evaluación positiva o negativa. Las creencias se reservan para las opiniones que el sujeto tiene acerca del objeto de actitud, la información, conocimiento o pensamientos que alguien tiene sobre el objeto de actitud. La actitud conductual hace referencia a la disposición a comportarse de alguna forma necesariamente que la conducta sea de hecho ejecutada (41).

b) Modelo Multidimensional.

Con respecto al Modelo Multidimensional (o de los tres componentes) la actitud se entiende como “una predisposición a responder a alguna clase de estímulos con cierta clase de respuestas”. Beckler intentó operacionalizar el modelo multifactorial de la

actitud. Mantiene que existe un triple componente en toda actitud, y esos tres componentes se relacionan entre sí. Los tres componentes serán (41).

- Componente Afectivo. Se ha considerado siempre como el componente fundamental de la actitud. Así conocido un objeto es posible y probable que se asocien con sentimientos de agrado y desagrado a tal conocimiento, especialmente si los referentes son de alguna importancia (interés, valor) para el sujeto. Una de las formas más usualmente consideradas, por la que los objetos adquieren carga afectiva, es el condicionamiento (experiencia), pero también la reflexión puede serlo.
- Componente cognitivo. Podría ser la introducción al fundamento principal de la actitud. Podrán ser más o menos erróneos, o muy parciales, los conocimientos que una persona tiene de un objeto, pero por sí mismos son suficientes para fundamentar una actitud.
- Componente conativo o conductual. Hacen referencia a intenciones conductuales o tendencias de acción en relación a una actitud. Es el aspecto dinamizador de la actitud. Se trata de una consecuencia de la conjunción de los dos componentes anteriormente citados. Así un ejemplo, sobre la actitud hacia relaciones ver, después y por último, el componente conductual se basa en el comportamiento que se realiza el sujeto como consecuencia de los componentes anteriores, en este caso será dejar de (41).

Aun existen otras dimensiones, como las normas sociales y subjetivas respecto a la conducta, o la intención conductual que determinan si tal componente conductual se hará o no efectivo (41).

Aunque los modelos Unidimensionales y el de los tres componentes son los que han recibido mayor atención, vamos a exponer brevemente el Modelo Expectativa-Valor de las actitudes, desarrollado por Fishbein. Describe que existe una relación entre actitud y conducta. La actitud de la persona hacia un objeto de actitud (actitud hacia la compra de un abrigo de piel) es una función de valor de los atributos asociados al objeto (por ejemplo, pérdida ecológica importante) y de las expectativas, es decir, la probabilidad subjetiva de que el objeto de actitud este caracterizado por esos atributos (es decir, compromiso de una persona hacia la ecología). Así se predice una actitud multiplicando los componentes del valor y de la expectativa asociada a cada atributo , y sumando estos productos. Este modelo estructural de la actitud ha sido comprobado empíricamente en numerosos estudios por Fishbein así como por otros investigadores.

(41).

4.7.4 Las actitudes: características generales

Al agrupar algunos de los elementos comunes que aparecen en las definiciones seleccionadas con anterioridad, se destacan las siguientes características principales de las actitudes:

- a) Conjunto organizado de convicciones o creencias (componente cognitivo): Las actitudes suelen presentarse como un conjunto sistemático de creencias, valores, conocimientos, expectativas, entre otros, que está organizado y cuyos componentes tienen una congruencia o consistencia entre sí.
- b) Predisposición o tendencia a responder (componente conductual) de un modo determinado: es una de las características más importantes de la actitud. Aunque no exista una implicación directa entre actitud y conducta, normalmente una actitud positiva / negativa hacia algo implica un comportamiento congruente (consistente) con la actitud subyacente.
- c) Predisposición favorable o desfavorable hacia el objeto de actitud: La actitud tiene un componente afectivo-emocional (sentimientos positivos / negativos), por lo que la actitud va acompañada de carga afectiva.
- d) Carácter estable y permanente: La estabilidad indica que las actitudes son un conjunto consistente de creencias y actos. Esto implica que no puedan cambiar, por el contrario, pueden crecer, deteriorarse o desaparecer por factores externos o internos.
- e) Las actitudes son aprendidas: se adquieren, principalmente, por procesos de socialización, aunque parece que –en principio– su modo de aprendizaje guarda caracteres específicos frente a otro tipo de aprendizaje. Intervienen en este aprendizaje factores ambientales, sociales y familiares, los medios de comunicación.
- f) Las actitudes desempeñan un papel dinamizador en el conocimiento y en la enseñanza: se suele tender a conocer aquello hacia lo que se tiene una actitud positiva y a no prestar a los objetos, situaciones, o personas asociadas a elementos negativos.

- g) Las actitudes son transferibles: se pueden generalizar y transferir en diferentes situaciones y de diversos modos (41).

4.7.5 Funciones de las actitudes

En principio todas las actitudes cumplen una función genérica de evaluación estimativa, es decir, es un “estado de preparación” ante un objeto. Por tanto, la actitud alerta a la persona, o la orienta, hacia los objetos de su mundo social. Si no existieran las actitudes, la persona estaría abocada a una confrontación continua con tales objetos, con los consiguientes problemas de adaptación al medio (8).

Se han propuesto cuatro funciones básicas de las actitudes, principalmente de naturaleza motivacional:

- i) funciones auto – defensivas: En esta función las actitudes pueden proteger a alguien de sentimientos negativos hacia si mismo o el propio grupo, permitiendo proyecciones de estos sentimientos hacia otras personas, tales como grupos minoritarios.
- j) Función instrumental, adaptativa o utilitaria: Las actitudes ayudan a las personas a alcanzar objetivos deseados, como las recompensas, o a evitar objetivos no deseados, como el castigo. Por ello puede resultar funcional adoptar actitudes semejantes a las de las personas a las que se desea ganar como amigo.
- k) Función expresiva de conocimiento: El conocimiento como guía de conducta cumple una función fundamental para la satisfacción de necesidades y además contribuye a organizar significativamente el mundo que rodea al individuo, de lo contrario este sería un caos incomprensible. Las actitudes permiten categorizar, a lo largo de dimensiones evaluativas establecidas, la información que nos llega como nuevas experiencias, y pueden ayudarnos a simplificar y comprender el complejo mundo en que vivimos. Por lo tanto, la actitud brinda al sujeto un marco de referencia, un sistema de categorización de los objetos y tiene un carácter eminentemente economizador de tiempo y esfuerzo. Así, prácticamente casi todas las actitudes le sirven a la persona para comprender la realidad que le rodea y poder desenvolverse en ella con facilidad.

La recuperación rápida de la memoria de la evaluación que se hizo de un objeto de actitud dado hace que cuando nos encontremos con ese objeto sepamos con rapidez si se trata de algo positivo o negativo y nos ahorremos tener que hacer una nueva evaluación cada vez que nos encontremos con dicho objeto de actitud.

- l) Función expresiva de valores: La manifestación de actitudes o su traducción en conductas efectivas contribuye a la definición pública y privada del auto concepto y de los valores centrales del sujeto. (8)

Asimismo a esta función una cierta forma de identificación con un grupo de referencia: expresando ciertas actitudes y valores, el individuo se siente parte de un grupo, se asemeja a sus miembros. Hay dos consideraciones importantes que conviene tener en cuenta en relación con las funciones de las actitudes.

- Una actitud puede desempeñar funciones diferentes para diferentes personas. Hay personas, por tanto, que suelen tener actitudes generalmente acordes con sus valores más profundos, sin importar lo que los demás piense, mientras que otras personas suelen tener actitudes más “adaptativas”, en consonancia con la gente que le rodea y que no reflejan necesariamente sus convicciones íntimas .
- La segunda cuestión a considerar respecto a las funciones de las actitudes es que muchos objetos de actitud suelen desempeñar la misma función para una amplia gama de personas. (8)

4.8. Medición de actitudes

4.8.1. ESCALA DE LIKERT

La escala de Likert consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios ante los cuales se pide la reacción de los sujetos. Es decir, se presenta cada afirmación y se pide al sujeto que externé su reacción eligiendo uno de los cinco puntos de la escala (11).

A cada punto se le asigna un valor numérico, así el sujeto obtiene una puntuación respecto a la afirmación y al final se obtiene su puntuación total sumando las puntuaciones obtenidas en relación a todas las afirmaciones. Las afirmaciones califican al objeto de actitud que se está midiendo y deben expresar sólo una relación lógica, además es muy recomendable que no excedan de 20 palabras (11).

En este caso la afirmación incluye palabras y expresa una sola relación lógica (X – Y). Las alternativas de respuesta o puntos de la escala son cinco e indican cuánto se está

de acuerdo con la afirmación correspondiente. Debe recordarse que a cada una de ellas se le asigna un valor numérico y sólo puede marcarse una opción. Se considera un dato inválido a quien marque dos o más opciones (11).

4.8.2 APLICACIONES DE LA ESCALA DE LIKERT

Existen dos formas básicas de aplicar una escala de Likert:

La primera es de manera auto-administrada; se le entrega la escala al respondiente y éste marca respecto a cada afirmación, la categoría que mejor describe su reacción o respuesta.

Es decir, marcan respuestas (11).

La segunda forma es la encuesta; el encuestado lee las afirmaciones y alternativas de respuesta al sujeto y anota lo que éste conteste. Cuando se aplica vía encuesta, es necesario que se le entregue al encuestado una tarjeta donde se muestran las alternativas de respuesta o categorías (11).

Al construir una escala de Likert debemos asegurar que las afirmaciones y alternativas de respuesta serán comprendidas por los sujetos a los que se les aplicará y que éstos tendrán la capacidad de discriminación requerida (11).

4.8.3 CONSTRUCCION DE UNA ESCALA DE LIKERT

En términos generales, una escala se construye generando un elevado número de afirmaciones que califiquen el objeto de actitud y se administran a un grupo piloto para obtener las puntuaciones del grupo en cada afirmación. Estas puntuaciones se correlacionan con las puntuaciones del grupo a toda escala (la suma de las puntuaciones de todas las afirmaciones), y las afirmaciones cuyas puntuaciones se correlacionen significativamente con las puntuaciones de toda la escalas, se selecciona para integrar el instrumento de medición (11).

Una escala puede concebirse como un continuo de valores ordenados correlativamente que admite un punto inicial y otro final. Al evaluar las actitudes de estudiantes se puede asignar el valor uno a la actitud más negativa imaginable al respecto; a la actitud más positiva se le puede atribuir un valor de 5 puntos. Con estos dos valores se obtienen y marcados los límites de la escala; para concluir de confeccionarla será necesario asignar a las posibles actitudes intermedias, puntajes también intermedios. Con ello se obtiene una escala capaz de medir la variable actitud a través de los indicadores correspondientes (11).

4.8.4 VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE LA ESCALA DE LIKERT

- Puede obtenerse una misma puntuación con diferentes combinaciones de ítems, lo que demuestra que la misma puntuación puede tener significados distintos. (No obstante, la consistencia interna tiende a evitarlo).
- En cambio, la escala es de fácil construcción y aplicación.
- Puede utilizar ítems no relacionados manifiestamente con el tema (pero si de forma latente).
- A pesar de la ausencia de teoría justificativa para la “escalabilidad”, en la práctica, las puntuaciones del cuestionario de Likert proporcionan con frecuencia la base para una primera ordenación de la gente en la característica que se mide.
- El problema está en determinar cuándo tiene consecuencias para el significado de una misma puntuación el hecho de poder ser alcanzada por distintos medios y cuando no las tiene (12).

4.9. CONOCIMIENTO

4.9.1 Concepto: Conjunto de experiencias adquiridas que genera una actitud y práctica consecuente, es una noticia o información acerca de ése objeto. (21)

4.9.2. En todo conocimiento podemos distinguir cuatro elementos:

- El sujeto que conoce
- El objeto conocido
- La operación misma de conocer
- El resultado obtenido que es la información recabada acerca del objeto.

Dicho de otra manera el sujeto se pone en contacto con el objeto y obtiene una información acerca del mismo. Cuando existe congruencia entre el objeto y la presentación interna correspondiente, decimos que estamos en posesión de una verdad. (21)

4.9.3. Los tres niveles del conocimiento.

El ser humano puede captar un objeto en tres diferentes niveles, sensible, conceptual y holístico. El conocimiento sensible consiste en captar un objeto por medio de los sentidos; tal es el caso de las imágenes captadas por medio de la vista. Gracias a ella podemos almacenar en nuestra mente las imágenes de las cosas, color, figura y

dimensiones. Los ojos y los oídos son los principales sentidos utilizados por el ser humano.

En segundo lugar, tenemos el conocimiento conceptual, que consiste en representaciones invisibles, inmateriales, pero universales y esenciales. La principal diferencia entre el nivel sensible y conceptual reside en la singularidad y universalidad que caracteriza, respectivamente, a estos dos tipos de conocimiento.

En tercer lugar tenemos el conocimiento holístico (también llamado intuitivo, con el riesgo de muchas confusiones, dado que la palabra intuición se ha utilizado hasta para hablar de premoniciones y corazonadas). En este nivel tampoco hay colores, dimensiones ni estructuras universales como es el caso del conocimiento conceptual intuir un objeto significa captarlo dentro de un amplio contexto, como elemento de una totalidad, sin estructuras ni límites definidos con claridad.

4.10. Práctica

4.10.1 Concepto:

Actuación operativa sobre la realidad, modo o procedimiento de actuar, ejercicio de cualquier arte o facultad mediante algunas reglas. Es la aplicación de una doctrina o idea de los conocimientos. Es la acción generada por un conocimiento, es decir la respuesta que se da de algo que se sabe. (21)

Relativo a la práctica, que produce un beneficio o una utilidad material inmediata, se aplica a las facultades que enseñan el modo de hacer una cosa. Podemos mencionar que se lleva a cabo por medio de métodos o reglas. Los y las adolescentes practican diferentes conocimientos que tienen sobre salud reproductiva y los valores que son fundamentales para su desarrollo psicosocial.

5. OBJETIVOS

5.1 GENERAL

- 5.1.1 Describir conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los y las adolescentes del nivel medio de los establecimientos educativos, públicos y privados sobre salud reproductiva en el municipio de Santa Catarina Pinula.

5.2. ESPECIFICOS

5.2.1 Identificar:

- 5.2.1.1 El tipo de canal de comunicación por el cual la mayoría de adolescentes han recibido información sobre salud reproductiva.
- 5.2.1.2 Si los y las adolescentes en estudio consideran que han recibido una educación sexual adecuada como parte de su formación académica.
- 5.2.1.3 El tipo de conocimientos que posee el grupo en estudio sobre enfermedades de transmisión sexual.
- 5.2.1.4 Si los y las adolescentes conocen los métodos anticonceptivos, sus riesgos y beneficios.

5.2.1.5 Las actitudes que el grupo en estudio tiene acerca del embarazo en la adolescencia y sus consecuencias, psicológicas y sociales.

5.2.1.6 Las prácticas que tienen los y las adolescentes sobre salud reproductiva.

6. DISEÑO DE ESTUDIO

6.1. Tipo de estudio

Descriptivo

6.2. Unidad de análisis:

Adolescentes de diez años a menores de 19 años de ambos sexos.

6.3. Población y Muestra

6.3.1 Población

Para el presente estudio se tomó en cuenta a los y las adolescentes del nivel medio de los siguientes establecimientos educativos públicos y privados, Instituto Por Cooperativa el Rosario, Colegio San Antonio de Padua, San Francisco de Asís, del municipio de Santa Catarina Pinula, departamento de Guatemala.

6.3.2 Muestra:

No se utilizó muestra, ya que se tomó a todos los y las adolescentes, comprendidos entre 10 y 19 años, inscritas en el año 2006 en los establecimientos educativos del nivel medio.

6.3.3 Criterios de inclusión y exclusión:

6.3.3.1 Inclusión:

- Adolescentes de diez a años a menores de diecinueve años.
- Estudiantes de establecimientos públicos y privados.
- Voluntarios a participar.

6.3.3.2 Exclusión:

- Menores de once años y mayores de diecinueve años.
- Adolescentes que no aceptaran participar en el estudio.

6.4. DEFINICIÓN OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

<u>Variable</u>	<u>Definición</u>	<u>Operacionalización</u>	<u>Escala</u>	<u>Indicador</u>
<u>Sexo</u>	<u>Condición orgánica que distingue al hombre y mujer.</u>	<u>Respuesta a pregunta directa</u>	<u>Nominal</u>	<u>Masculino</u> <u>Femenino</u>
<u>Salud reproductiva</u>	<u>Estado general de bienestar físico, mental y social, y no de ausencia de enfermedades o dolencias en todo lo relacionado con el sistema reproductivo sus funciones y procesos.</u>	<u>Conjunto de preguntas relacionadas con salud reproductiva a responder por las adolescentes y los adolescentes</u>	<u>Nominal</u>	<u>Afirmativo y negativo</u>
<u>Conocimientos de salud reproductiva</u>	<u>Lo que sabe con seguridad que corresponde a la realidad</u>	<u>Preguntas directas con relación a salud reproductiva incluidas en instrumentos de medición.</u>	<u>Nominal</u>	<u>Afirmativo y negativo</u>
<u>Edad</u>	<u>Tiempo transcurrido desde el nacimiento de la persona hasta la fecha en años cumplidos.</u>	<u>Respuesta a pregunta directa</u>	<u>Nominal</u>	<u>Años cumplidos</u>
<u>Escolaridad</u>	<u>Conjunto de cursos que en un establecimiento docente sigue un estudiante</u>	<u>Primaria, secundaria, diversificado, universitario</u>	<u>Nominal</u>	<u>Ultimo grado aprobado.</u>
<u>Actitud</u>	<u>Disposición de ánimo manifestada exteriormente</u>	<u>Respuesta a la pregunta directa</u>	<u>Nominal</u>	<u>Positiva</u> <u>Negativa</u>
<u>Práctica</u>	<u>Es la acción generada por un conocimiento</u>	<u>Respuesta a la pregunta directa</u>	<u>Nominal</u>	<u>Positiva</u> <u>Negativa</u>
<u>Creencia</u>	<u>Expresión de lo que una persona da por cierto.</u>	<u>Respuesta a la pregunta directa</u>	<u>Nominal</u>	<u>Positiva</u> <u>Negativa</u>

6.5. Descripción detallada de la técnica y procedimientos e instrumentos a utilizar.

6.5.1 Técnica

En el presente estudio descriptivo se realizó una encuesta fácil y práctica, en la cual se trato la forma de hacer una buena investigación.

a) Cuestionario formal estructurado en varias series, se enumeraron diecisiete preguntas directas o cerradas de las cuales 16 eran para las adolescentes y 14 para los adolescentes, la segunda serie era de selección múltiple y fueron 7 preguntas, la última serie se les indicó que eran preguntas abiertas, para que se expresaran.

b) Observación

Se recolectó la información por un periodo de

Registrando 28 ítems para luego analizarlas, con el objetivo de verificar los conocimientos, prácticas y actitudes que realizan los y las adolescentes sobre salud reproductiva.

6.5.2. Procedimiento

La técnica anteriormente expuesta se realizó en tres establecimientos educativos del nivel medio, Instituto Por Cooperativa el Rosario, ubicado en la aldea de Piedra Parada el Rosario, Instituto Privado San Francisco de Asís, localizado en la aldea del Pajón y el colegio Mixto San Antonio de Padua, ubicado en la aldea de Piedra Parada Cristo Rey, en el municipio de Santa Catarina Pinula, departamento de Guatemala. Estudiantes del sexo femenino 154 y 222 estudiantes del sexo masculino haciendo un total de 376 estudiantes.

Se les entregó la encuesta a los estudiantes, estimándose tiempo libre, se tramitaron los permisos necesarios, con la supervisora educativa del sector, así como a los directores de los tres establecimientos.

6.5.3. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

Tanto a los directores, docentes como a los estudiantes se les informó sobre los objetivos de la investigación que se trata de conocer que conocimientos, prácticas y actitudes tienen sobre ciertos temas de salud reproductiva. También se les indicó que si ellos no deseaban participar lo podían hacer, no se escribió en el encabezado el nombre del estudiante, con el fin de salvaguardar su identidad. El encabezado fue el siguiente: edad, sexo, y grado, luego que marcara en 17 preguntas una "X" si era si o no la respuesta, la siguiente serie: podía marcar con una "X" la respuesta que más le conviene, puede ser una o más. En la última serie eran de respuesta abierta, se les

indico que la información era confidencial y se respetará su anonimato. Si no desea contestar puede dejarlo en blanco.

6.4.4. PLAN DE ANÁLISIS

Recolectar todos los datos, según la boleta, luego tabularlos para hacer el análisis correspondiente según los datos obtenidos, en porcentajes por edad y sexo para llegar a las conclusiones y recomendaciones.

6.4.5. Ejecución de la investigación:

Previo a la obtención de la información se solicitó a la supervisora educativa, la autorización y se visitó los centros educativos del nivel medio del municipio de Santa Catarina Pinula, a quienes se les dio a conocer el trabajo que se realizó y autorización para pasar las boletas de recolección de datos (ver anexo) a los estudiantes inscritos en el año 2006, para luego tabularlos y analizarlos, una vez aprobado el protocolo se procederá a realizar la recolección de datos.

6.4.6. Ética de la investigación:

Previo a pasar las boletas, se les dará a conocer, en una forma clara y breve, que los datos son totalmente confidenciales.

6.4.7. Plan de análisis:

Recolectar todos los datos, según la boleta, luego tabularlos para hacer los cuadros y gráficos, posterior a ello hacer el análisis correspondiente según los datos obtenidos, en porcentajes y promedios por edad y sexo utilizando estadística descriptiva para llegar a dar las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

7. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

TABLA 1

DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO Y EDAD DE LOS PARTICIPANTES EN LAS ENTREVISTAS
SOBRE CONOCIMIENTOS, PRÁCTICAS Y ACTITUDES DE LOS ADOLESCENTES
SOBRE SALUD REPRODUCTIVA
MUNICIPIO DE SANTA CATARINA PINULA, GUATEMALA,
JUNIO-JULIO 2006

Edad	Masculino		Femenino		Total	
	f	%	f	%	f	%
12	1	0.5	1	0.5	2	1
13	36	10	24	6	60	16
14	64	17	50	13	114	30
15	65	17	46	13	111	30
16	35	10	20	5	55	15
17	19	5	10	2	29	7
18	2	0.5	3	0.5	5	1
TOTAL	222	60	154	40	376	100

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

TABLA 2

DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO SOBRE EL PERSONAJE QUE HA PROPORCIONADO
INFORMACIÓN SOBRE EDUCACIÓN SEXUAL AL ADOLESCENTE
MUNICIPIO DE SANTA CATARINA PINULA, GUATEMALA.

No.	PERSONAJE	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
		f	%	f	%	f	%
1	FAMILIAR	112	30	89	24	201	54
2	AMIGO	37	10	12	3	49	13
3	MAESTRA	131	35	115	31	246	66
4	MAESTRO	71	19	15	4	86	22
5	PAREJA	3	1	2	1	5	2
6	NINGUNO	12	3	11	1	23	4
7	NO RESPONDIO	7	2	3	1	10	3
	TOTAL	373	100	247	65	620	164

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

TABLA 3

DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO, QUE PIENSAN SOBRE LA EDUCACIÓN EN SALUD
REPRODUCTIVA
MUNICIPIO DE SANTA CATARINA PINULA, GUATEMALA.

No.		MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
		f	%	f	%	f	%
01	Es bueno saberlo	203	54	137	36	340	90
02	No es necesario	5	1	2	1	7	2
03	Es indiferente	5	1	3	1	8	2
04	No respondió	9	2	12	4	21	6
	TOTAL	222	58	154	42	376	100

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

TABLA 4
DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO SOBRE QUE ENFERMEDADES DE
TRANSMISIÓN SEXUAL HA RECIBIDO INFORMACIÓN
MUNICIPIO DE SANTA CATARINA
PINULA, GUATEMALA.

No.	ENFERMEDAD	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
		f	%	f	%	F	%
1	Sífilis	62	16	46	12	108	28
2	Gonorrea	85	23	61	16	146	39
3	Clamidia	4	1	3	1	7	2
4	Herpes Genital	49	13	29	8	78	21
5	Uretritis	21	5	8	2	29	7
6	Vaginitis	16	4	9	2	25	6
7	SIDA	215	57	148	39	363	96
8	Papilomatosis	38	10	18	18	56	28
9	Ninguno	4	1	2	2	6	3
10	No respondió	1	1	1	1	2	2
	TOTAL	489	131	325	101	820	232

FUENTE: Instrumento de recolección de datos

TABLA 5
DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO SOBRE QUE ANTICONCEPTIVO
CONOCEN LOS ADOLESCENTES
MUNICIPIO DE SANTA CATARINA PINULA, GUATEMALA.

No.	ANTICONCEPTIVO	MASCULINO		FEMENINO		PORCENTAJE	
		f	%	f	%	f	%
01	Píldora	79	21	43	11	122	31

02	Condón	197	52	114	30	311	82
03	Inyección	85	23	63	17	148	40
04	Ritmo	7	2	2	1	9	3
05	T de cobre	55	15	37	10	92	25
06	Retiro	8	2	3	1	11	3
07	Vasectomía	13	3	7	2	20	5
08	Ninguno	19	5	28	7	47	12
09	No respondió	2	1	5	1	7	1
	TOTAL	465	124	302	80	767	209

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

TABLA 6

DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO SOBRE CON QUIEN HAN TENIDO
RELACIONES SEXUALES LOS ADOLESCENTES
MUNICIPIO DE SANTA CATARINA PINULA, GUATEMALA.

No.	PERSONAJE	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
		E	%	E	%	E	%
01	Novio (a)	15	3	2	1	17	4
02	Amigo (a)	7	2	2	1	9	3
03	Enamorado (a)	4	1	2	1	6	2
04	Familiar	4	1	0	0	4	1
05	Ninguno	134	35	118	32	252	66
06	No respondió	58	15	30	8	88	24
	TOTAL	222	57	154	43	376	100

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

TABLA 7

DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO, QUE RAZÓN TUVO PARA NO UTILIZAR
ANTICONCEPTIVO EN SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL
MUNICIPIO DE SANTA CATARINA PINULA, GUATEMALA.

No.	PERSONAJE	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
		E	%	E	%	E	%
01	No pensaba	18	5	3	1	21	6
02	No conocía	6	1	1	1	7	2
03	Ningún método	0	0	0	0	0	0
04	Quería quedar	0	NA	0	0	0	0
05	Mi pareja	3	2	0	0	3	2
06	No ha tenido	147	39	122	32	269	71
07	No respondió	48	12	28	7	76	19
	TOTAL	222	59	154	41	376	100

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

TABLA 8
DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO, EL MEDIO DE COMUNICACIÓN QUE LOS
ADOLESCENTES HAN UTILIZADO PARA RECIBIR INFORMACIÓN
SOBRE SALUD REPRODUCTIVA
MUNICIPIO DE SANTA CATARINA
PINULA, GUATEMALA

No.	MEDIO DE COMUNICACION	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
		F	%	F	%	F	%
01	Radio	27	7	16	4	43	11
02	Televisión	67	18	40	10	107	28
03	Periodicos	55	14	26	7	81	21
04	Amigos	30	8	19	5	49	13
05	Maestros	177	47	132	35	189	82
06	Revistas	45	12	20	5	65	17
07	No respondió	10	2	7	2	17	4
	TOTAL	411	108	260	68	551	176

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

TABLA 9
DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO, LOS ADOLESCENTES A QUE EDAD
TUVIERON SU PRIMERA RELACIÓN SEXUAL.
DEL MUNICIPIO DE SANTA CATARINA
PINULA, GUATEMALA

EDAD	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
12	4	1	0	0	4	1
13	2	1	1	1	3	1
14	7	2	0	0	7	2
15	9	2	0	0	9	2
16	2	2	0	0	2	1
17	0	0	0	0	0	0
18	0	0	0	0	0	0
No respondió	112	29	85	22	197	52
No ha tenido	86	23	68	17	154	41
TOTAL	222	60	154	40	376	100

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

TABLA 10
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS SOBRE LAS
ACTITUDES DE LOS ADOLESCENTES RESPECTO A LA SALUD
REPRODUCTIVA

ACTITUD	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	F	%	F	%	F	%
El anticonceptivo más utilizado es el condón	109	29	50	14	159	43
Al lugar que acudirían para provocarse un aborto es un hospital, doctor.	0	0	35	9	35	9
Si eligen usar anticonceptivos o preservativos	91	24	45	12	136	36
No eligen usar anticonceptivos o preservativos	22	6	24	6	46	12
TOTAL	222	59	154	41	376	100

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

TABLA 11

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS SOBRE LAS
ACTITUDES DE LAS ADOLESCENTES RESPECTO A LA SALUD
REPRODUCTIVA

NO.	ACTITUD	FEMENINO	
		F	%
01	Aceptaría su embarazo, buscando el apoyo de su familia	98	64
02	No respondió a la pregunta.	55	35
03	Si abortaría para no tener problemas.	1	1
	TOTAL	154	100

FUENTE: Instrumento de recolección de datos.

TABLA 12
**DISTRIBUCION SEGÚN SEXO, SOBRE LOS CONOCIMIENTOS, PRACTICAS Y ACTITUDES
 SOBRE SALUD REPRODUCTIVA EN LOS ADOLESCENTES
 MUNICIPIO DE SANTA CATARINA PINULA**

PREGUNTA	MASCULINO						FEMENINO					
	Si	%	No	%	NR	%	Si	%	No	%	NR	%
¿Ha recibido información sobre educación sexual?	197	52	24	6	1	1	140	37	13	3	1	1
¿Recibe educación sexual en los centros educativos?	141	37	74	20	7	2	97	26	51	13	6	2
¿Es importante que los maestros (as) impartan clases de educación sexual?	203	54	17	4	2	1	140	37	11	3	3	1
¿Ha hablado de educación sexual con alguna persona?	115	30	105	28	2	1	76	20	76	20	2	1
¿Ha recibido información sobre enfermedades de transmisión sexual?	207	55	15	4	0	0	149	39	5	2	0	0
¿Ha recibido información sobre aborto?	173	46	41	11	8	2	132	35	21	5	1	1
¿Ha recibido información sobre embarazo?	182	48	26	7	14	4	145	38	6	2	3	1
¿Ha recibido información sobre anticonceptivos?	155	41	57	15	10	3	112	30	39	10	3	1
¿Ha tenido alguna enfermedad de transmisión sexual?	2	1	215	57	5	1	4	2	149	40	1	1
¿Ha recibido información de cómo evitar quedar embarazada?	NA	NA	NA	NA		NA	122	79	28	18	4	3
¿Ha tenido relaciones sexuales?	24	6	195	51	3	1	1	1	151	40	2	1
¿Ha estado embarazada?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	0	0	148	96	6	4
¿Conoce los condones?	164	44	49	13	9	2	85	22	67	18	2	1
¿Cree que el uso de preservativos (condón) ayudaría para la prevención de enfermedades de transmisión sexual, embarazo, VIH/SIDA?	165	44	50	13	7	2	100	26	51	14	3	1
¿Si quedará embarazada se provocaría un aborto?	NA	NA	NA	NA	NA	NA	6	4	136	88	12	8
¿Si su pareja queda embarazada le diría que se provoque un aborto	11	5	198	89	13	6	NA	NA	NA	NA	NA	NA
¿Cree necesario acudir con el personal del centro educativo como líderes juveniles.	171	46	39	10	12	3	123	33	22	6	9	2

8. ANÁLISIS, DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

El presente trabajo de tesis versa sobre los conocimientos, prácticas y actitudes sobre salud reproductiva en varios establecimientos educativos del nivel medio pertenecientes al municipio de santa Catarina Pinula, departamento de Guatemala.

Para la obtención de la información se encuestó a los estudiantes, lo cual permitió saber, cómo, dónde, cuándo y para qué, se necesita tener los conocimientos, prácticas y actitudes de los y las adolescentes en salud reproductiva.

El 52 % de adolescentes varones y el 37 % de las adolescentes mujeres, si han recibido información sobre salud reproductiva. La diferencia puede deberse a que el hombre es más curioso y tiene mayor libertad.

El 37 % de los adolescentes y el 26 % de las adolescentes si han recibido información sobre salud reproductiva en los establecimientos educativos.

El 54 % de los adolescentes varones y el 37 % de las adolescentes mujeres, indicaron haber recibido clases de educación sexual por parte de maestros lo cual es de suma importancia.

El 30 % de los hombres y el 20 % de las mujeres adolescentes si han platicado con alguna persona sobre el tema de salud reproductiva. Porque de alguna manera, saben que el tener una buena salud reproductiva es de importancia para su desarrollo reproductivo.

El 55 % de los encuestados varones si han recibido información sobre enfermedades de transmisión sexual, mientras que en las mujeres solo el 39 % del total poseen dicha información.

Con respecto de que si o no han recibido información sobre aborto, tanto hombres y mujeres poseen cierto conocimiento, esto lo demuestran los porcentajes obtenidos, como lo son: 46 % y el 35 % respectivamente.

Referente a que si o no han sido informados sobre lo que es un embarazo, nos damos cuenta que los varones son los que más saben sobre el tema con un 48 %, mientras que las mujeres lo hacen con un 38 %. Porque los varones tienen mayor interés en el tema.

Con respecto al conocimiento sobre anticonceptivos, son pocos los adolescentes que están informados ya que del total de encuestados en varones solo el 41 % respondió que si y en mujeres apenas el 30 %.

Se refiere a que si han tenido alguna enfermedad de transmisión sexual, el 57 % de hombres dijo que no y el 40 % de mujeres; ya que el resto por no saber del tema no respondió.

El 79 % de las adolescentes mujeres respondió que si tienen conocimientos sobre como evitar quedar embarazadas. Esto se debe a que son conscientes de la responsabilidad que se adquiere al estar embarazada.

El 51 % de los varones y el 40 % de la mujeres, indicaron no haber tenido ninguna relación sexual.

El 96 % de las adolescentes mujeres refieren no haber estado embarazadas.

El 44 % de varones y el 22 % de las mujeres respondió que si conocen los condones. Esto se debe a la publicidad que ellos perciben en los diferentes medios de comunicación.

Si el condón previene enfermedades de transmisión sexual, tomando en cuenta que se habla mucho de la enfermedad del SIDA y como prevenirla, los porcentajes fueron los siguientes: el 44 % de hombres y el 26 % de mujeres respondieron que si se puede prevenir utilizando este preservativo.

El 89 % de las adolescentes indicó que no se practicaría un aborto, porque nadie tiene derecho a quitarle la vida a un ser humano. En controversia al 5 % respondió que si lo haría.

El 46 % de hombres y el 33 % de mujeres creen que si es necesario acudir a centros educativos, lideres juveniles, para hablar de temas relacionados con lo que es salud reproductiva. Ya que esto contribuirá a que todos los y las adolescentes tengan mejores conocimientos sobre el tema.

Se puede notar la importancia del papel que juegan los centros educativos por medio de sus maestros, en este caso maestra, donde el o la adolescente deposita su confianza siendo así que el 35 % de hombres y el 31% de mujeres respondieron haber recibido educación sexual por parte de la persona ya mencionada.

El 30 % de los adolescentes y el 24 % de las adolescentes indican que si dialogan con su familia sobre el tema de la salud reproductiva.

El 57 % de los hombres y el 39 % de las mujeres indicaron que la enfermedad más conocida era SIDA. Esto se debe a la publicidad que se le ha dado en todos los medios de comunicación.

El 52 % de los hombres y el 30 % de las mujeres respondieron que el anticonceptivo más conocido es el condón. Porque es fácil de adquirirlo, portarlo y de bajo costo.

Se encontró que un 3 % si ha tenido relaciones sexuales con la novia y el 2 % con la amiga refirieron los varones. En el caso de las mujeres, el 1 % ha tenido relaciones sexuales con el novio y el 1% con el amigo.

El 5 % que corresponde a los varones respondió que no utilizó anticonceptivos porque no pensaba tener relaciones sexuales mientras que en las mujeres el 1 % coincidieron con su respuesta.

El 47 % de los adolescentes y el 35 % de las mujeres indicaron que el medio por el cual reciben mayor información es por medio de los maestros.

¿Qué piensa sobre la salud reproductiva? Entre las opciones los encuestados respondieron que es bueno saber sobre el tema, especialmente el sector masculino que representa el 54 % y el femenino con el 36 %.

El 2 % de los hombres tuvieron su primera relación sexual a los 16 años, el 2 % a los 15 años, el 2 % a los 14 años. Con respecto a las mujeres solo el 1 % tuvo su primera relación sexual a los 13 años. El 29 % del sexo masculino no respondió y el 22 % de mujeres tampoco respondieron.

¿Si tiene relaciones sexuales que método anticonceptivo utiliza? El más común, y si fuese necesario, entre las opciones que ellos escribieron fue condón e inyección.

De todas las entrevistadas ninguna de las adolescentes ha estado embarazada.

Al responder a la pregunta a donde acudirían si quieren practicarse un aborto, según sus respuestas, fue médico, hospital, farmacia, comadrona, centro de salud, porque tenían que cuidar su salud y no correr peligro y otros respondieron que no sabían a donde acudir.

¿Qué haría si le dicen que use anticonceptivos o preservativos? De los encuestados respondieron que si aceptaban los anticonceptivos o preservativos, para no contagiarse de enfermedades, no dejar a su pareja embarazada y por no conocer bien a su pareja, más que todo como prevención y para no lamentarse después. Otros contestaron que nos los usarían ya

que no saben como usarlos, no es conveniente a su edad, no son seguros, no quiere estar dañada de su cuerpo, no son efectivos.

¿Al quedar embarazada que haría? Respondieron tener al bebe, cuidarse, pedir apoyo a su pareja y familia, tener al bebe con o sin el apoyo de la pareja, buscaría un trabajo para sostenerse, sería feliz, no pueden quitarle la vida a nadie, mucho menos a su hijo (a), ya que ellos no tienen la culpa de lo que hacen los jóvenes, afrontar el problema, aunque se tiene miedo, hacerse cargo de sus actos. No sabría que hacer ya que no tiene la edad como para asumir su responsabilidad. Solo una persona opino que abortaría si fuese necesario.

9. CONCLUSIONES

- 9.1. El adolescente con frecuencia desconoce la relación, entre sexo y embarazo, que son los anticonceptivos o cómo se usan. En general, los conocimientos que posee los ha obtenido de los medios de información, amigos o maestros y suelen ser incompletos, equivocados o incorrectos.
- 9.2. El inicio precoz de la relación sexual puede traer consecuencias a largo plazo, sociales, económicos y sanitarios.
- 9.3. Que los adolescentes tengan mayor oportunidad para realizarse, completar su educación tener una profesión, un trabajo y mejorar su nivel de vida, ya que el porcentaje de mujeres estudiantes es bajo.
- 9.4. Que los y las adolescentes, sugieren usar el condón, por ser el anticonceptivo más conocido y fácil de adquirir.
- 9.5. En las adolescentes es difícil obtener información sobre su primera relación sexual. Esto se debe a varios factores como lo son la timidez, el pudor.

10. RECOMENDACIONES

- 10.1. Que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social conjuntamente con el Ministerio de Educación formen educadores sexuales, y que dichas personas tengan los conocimientos necesarios para poder orientar a los jóvenes y jovencitas, conocer bien las características de la personalidad de los y las adolescentes, estar bien informado para aprender a escucharles, orientarles y prestarles la ayuda necesaria.
- 10.2. Que en los centros educativos cuenten con orientadores sexuales, principalmente en los establecimientos del área rural.
- 10.3. A los y las adolescentes que han decidido iniciar su vida sexual, se informen bien sobre el uso de anticonceptivos, que usen el apropiado para evitar enfermedades de transmisión sexual.
- 10.4. Se debe incluir la educación sexual en el pensum de estudios de todos los niveles de educación, para asegurarse que en el futuro los niños, las niñas y los jóvenes tengan un mejor conocimiento y responsabilidad en salud reproductiva.
- 10.5. Hacer y distribuir material de apoyo de acuerdo a las necesidades y las características de los adolescentes y los niños, para tener mayor información sobre lo que en realidad es tener una buena salud reproductiva.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguilar Solís, Ibet Maribel, Calidad de la atención Médica en el programa de Salud Reproductiva de los adolescentes del I. G. S. S. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala, 2000. 55p.
2. Allport, G. Attitudes. In: A Handbook of Social psychology. Massachusetts: Clark University Press. Carl A. Murchison. 1935. (pp.798-844).
3. Alvarez Báez, P. La mortalidad materna en tres hospitales de maternidad de la ciudad de la Habana; revista cubana de Obstetricia y Ginecología. 1996 12 (4): 463-8
4. Balizan, J. M. Asistencia de embarazadas a la consulta prenatal en maternidades públicas de Rosario Argentina. Boletín Sanitario Panamericano; 2001 86 (2): 121-30
5. Bem, D. J. Sel-Percepción: An alternativew interpretación of cognitive dissonance phenomena. Psychological Review. 1967 May 74 (3): 183-200.
6. Bleger, J. Psicología de la Conducta. Barcelona: Paidós. 1998. 296p
7. Brownlee, H. Tibbels. C. Vasectomy. Journal of family practice 1983; 16 (2): 279-84
8. Cieciopo, J. T. Et al. The nature of attitudes and cognitivew responses and their relationship to behavior. In: Cognitive responses in persuasion. Hillsdale. Petty, Ostrom & Brock. 1981 (pp. 293-318)
9. Domínguez Menchú, Ana Lucia. Caracterización Obstétrica y Epidemiología del embarazo en pacientes adolescentes. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Guatemala, 2001. 58p.
10. Doob, L. The behavior of attitudes, Psychology Review. 1997.54: 135-156
11. Fernández E. Estadística: Escala Likert. [en línea] disponible en: [http://www.monoografías.com/trabajos15/la-estadistica/la-estadistica.shtml]. 13 de junio de 2006.
12. Fernández I. Construcción de una escala tipo Likert. Centro de Investigación y Asistencia Técnica, Barcelona. [en línea] disponible en: [http://www.mtas.es/Inst./ntp/ntp/015.htm] 13 de junio de 2006.
13. Figueroa, R. Embarazo en adolescentes. Revista Centroamericana de Obstetricia Ginecología, 1998 enero-abril 8; (1): 1-2
14. Finger, William R. Los métodos de barrera: el uso correcto y constante mejora la anticoncepción y es esencial para lograr una buena protección contra las ETS. Network en español, 1996. primavera 16 (3): 6-9

15. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Atención a Adolescentes manual de Referencia para la aplicación de las normas de atención. Guatemala: MSPAS/SIAS, 1999. 75p.
16. Primer foro nacional de adolescentes y jóvenes en Guatemala: La salud de los adolescentes y jóvenes es un elemento clave para el progreso social, económico. Guatemala. MSPAS/ASDI/OPS/OMS 2000. 44p.
17. Enfermedades de transmisión sexual, SIDA: Manual de referencia para la aplicación de las normas de atención. Guatemala. MSPAS. 1999. 38p.
18. Harrison, Principios de Medicina Interna. 14 ed. México: Interamericana 1998. 2v
19. Hidalgo H. Incidencia y Diagnóstico Clínico del aborto en el hospital regional de Chimaltenango. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1997. 45 p
20. Hoffman Bailey, Ana Silvia. Conocimientos de las alumnas del Instituto Normal Centro América sobre riesgos de la sexualidad. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1999. 63p.
21. Lewis, Melvin. Desarrollo Psicológico del niño conceptos evolutivos y clínicos. 2ed. México: Interamericana, 1984. 429p.
22. Magaña López, Byron Daniel. Conocimientos, creencias y prácticas sobre educación sexual en estudiantes que cursan el nivel diversificado de enseñanza. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1990. 123p.
23. Magzul Tucux, Mynor Ramón. Control prenatal, parto y post parto en adolescentes, hospital nacional de Chimaltenango. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 2002. 83p.
24. Martínez Ortiz, Aura A. Conocimientos, actitudes y prácticas de métodos anticonceptivos en una comunidad indígena. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1995. 52p.
25. Medina Cruz, Mario Arturo. Conocimientos, influencias del uso de métodos anticonceptivos en estudiantes de 4to. año de la carrera de medicina de la Universidad de San Carlos. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1994. 65p.
26. Mishell, Daniel R. El control de la reproducción humana: esterilización y aborto provocado. En: Tratado de Obstetricia y Ginecología de Danforth; 4ed 1990 México D. F.: Prensa Técnica (pp.246-275).
27. Morales Fajardo, Eddie Stuardo. Complicaciones Obstétricas Neonatales y Sociales del embarazo en la adolescencia. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 2001. 60p.
28. Morris, C. Psicología: Un nuevo enfoque. 7 ed. México: Prentice may, 1992. (pp.646-652).
29. Nelson Tratado de Pediatría; 15 ed. México: Interamericana, 1997. 2v.
30. Ocampo, T.H. La salud reproductiva en los programas de salud pública. En su: Libro de texto de Flasog. Venezuela: Ateproca, 1996. (pp.717-740)

31. Organización Panamericana de la Salud. Proyecto de apoyo al desarrollo integral y la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes dentro de la reforma del sector salud: lecciones aprendidas Guatemala: ASDI/OPS/OMS. 2002
125p.
32. Manual de la adolescencia. Washington, D. C: OPS 1992. (pp. 473-518)
(serie Paltex para Ejecutores de Salud. No. 20)
33. Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes con énfasis en salud sexual reproductiva, Washington, D. C: OPS/FNUAP, 2000.
113p.
34. Sistema informativo del adolescente: con historia de salud sexual y reproductiva.
Washington, D.C: CLAP/OPS/OMS 2000. 132p.
35. Pacheco Cajón, Otto. Caracterización epidemiológica del aborto en el hospital Modular de Chiquimula. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 2001. 60p.
36. Paiz Valdez, Alby Delcira. Oportunidades perdidas en la atención de mujeres adolescentes en salud reproductiva. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1999. 57p
37. Rahman, A. El derecho internacional a la atención de salud reproductiva. Revista Mujer Salud. 1996 enero-marzo; 1: 3-13
38. Ricoy Vásquez, Luis Alberto. Abuso y explotación sexual en niñas adolescentes. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1991. 75p.
39. Rivera Lemus, Iliana Betsabé. Análisis de papel de la religión con respecto al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en Guatemala. Tesis (Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. Guatemala, 1994. 67p.
40. Rojas Breed, AEL; y S.D. Burak. Adolescencia y juventud: aportes para una discusión. San José, Costa Rica: OPS, 1995. 227p.
41. Rokeach, M. et al. Psicología Social: creencias, actitudes y valores. Madrid. Pirámide. 1989
(pp.12-25).
42. Sadik, N. Estado de población mundial: las nuevas generaciones. New York: Fondo de población de las Naciones Unidas, 1998. (pp.23-29).
1. Salud y derechos reproductivos Santiago Atitlán. Guatemala: Médicos del mundo 2002.
49p.

12. ANEXOS

ANEXO I

El presente trabajo de tesis es sobre los conocimientos, práctica y actitudes sobre salud reproductiva, en varios establecimientos educativos del nivel medio del municipio de Santa Catarina Pinula, departamento de Guatemala.

Para la obtención de la información se necesita encuestar a los estudiantes, esto ayudará a la investigación y así saber, cómo, dónde, cuándo y para qué se necesita tener los conocimientos, prácticas y actitudes de los adolescentes en salud reproductiva. Lo importante de la investigación es que luego se apoyará a los y las jóvenes con orientaciones para tener una buena salud reproductiva.

La participación en la investigación es plenamente voluntaria, las respuestas quedan completamente en el anonimato, no implica riesgo alguno para el estudiante encuestado, no repercutirá en las notas ni presentará molestias para los mismos. El cuestionario no tiene un tiempo estimado para su realización. El estudiante tendrá la opción de rechazar su participación en la investigación o retirarse de la misma en cualquier momento de creerlo conveniente.

Esta investigación es exclusivamente con fines académicos y por lo tanto no recibirá ningún beneficio económico por su participación. La misma cuenta con la aprobación del Centro de Investigaciones de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

ANEXO II
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. Datos sociodemográficos:

1. Edad _____ años 2. Sexo: M _____ F _____ 3. Grado: _____ básico.

INSTRUCCIONES: Marque la respuesta que considere correcta, colocando una X en la columna SI O NO		
PREGUNTA	SI	NO
1. ¿Ha recibido información sobre educación sexual?		
2. ¿Recibe educación sexual en los centros educativos?		
3. ¿Es importante que los maestros (as) impartan clases de educación sexual?		
4. ¿Ha hablado de educación sexual con alguna persona?		
5. ¿Ha recibido información sobre enfermedades de transmisión sexual?		
6. ¿Ha recibido información sobre aborto?		
7. ¿Ha recibido información sobre embarazo?		
8. ¿Ha recibido información sobre anticonceptivos?		
9. ¿Ha tenido alguna enfermedad de transmisión sexual?		
10. ¿Ha recibido información de cómo evitar quedar embarazada?		
11. ¿Ha tenido relaciones sexuales?		
12. ¿Ha estado embarazada?		
13. ¿Conoce los condones?		
14. ¿Cree que el uso de preservativos (condón) ayudaría para la prevención de enfermedades de transmisión sexual, embarazo, VIH/SIDA?		
15. ¿Si quedará embarazada se provocaría un aborto?		
16. ¿Si su pareja queda embarazada le diría que se provoque un aborto?		
17. ¿Cree necesario acudir con el personal del centro educativo, líderes juveniles para hablar de sexo, sexualidad, prevención de enfermedades de transmisión sexual, embarazo, aborto y anticonceptivos?		

INSTRUCCIONES: Las siguientes preguntas tienen una o más respuestas, marque con una "X" la respuesta que usted crea conveniente.

1. ¿De quién ha recibido información sobre educación sexual?

- a) familiar _____ b) amigo _____ c) maestra _____
d) maestro _____ e) pareja _____ f) ninguno _____

2. ¿De que enfermedades de transmisión sexual ha recibido información?

- a) Sífilis _____ b) Gonorrea _____ c) Clamidia _____

- d) Herpes genital _____ e) Uretritis _____ f) Vaginitis _____
g) SIDA _____ h) Papiloma _____ i) otras _____ j) Ninguna _____

3. ¿Qué métodos anticonceptivos conoce?

- a) Píldora _____ b) condón _____ c) inyección _____
d) ritmo _____ e) T de cobre _____ f) retiro _____
g) vasectomía _____ h) ninguno _____

4. ¿Si ha tenido relaciones sexuales, con quien la tuvo?

- a) novio (a) _____ b) amigo (a) _____ c) enamorado (a) _____
d) familiar _____ e) ninguno _____

5. Si no utilizó anticonceptivo en su primera relación sexual, ¿Cuál fue la razón?

- a) No pensaba tener relaciones _____ b) No conocía donde obtenerlos _____
c) No conocía ningún método _____ d) Quería quedar embarazada _____
e) Mi pareja no quiso _____ f) No ha tenido _____

6. ¿La información que ha tenido sobre salud reproductiva ha sido por?

- a) radio _____ b) televisión _____ c) periódicos _____
d) amigos _____ e) maestros _____ f) revistas _____

7. ¿Qué piensas sobre la educación en salud reproductiva?

- a) Es bueno saberlo _____ b) No es necesario _____ c) Le es indiferente _____

INSTRUCCIONES: Conteste las siguientes preguntas.

1. ¿A qué edad tuvo su primera relación sexual? _____

2. ¿Si tiene relaciones sexuales que método anticonceptivo utiliza? _____

3. ¿Si ha estado embarazada, a que edad tuvo su primer embarazo? _____

4. ¿A dónde acudiría si quiere practicarse un aborto? _____

5. ¿Qué haría si le dicen que use anticonceptivos o preservativos? _____

6. ¿Al quedar embarazada que haría? _____

Santa Catarina Pinula, es uno de los 17 municipios del departamento de Guatemala. Se encuentra ubicado en la Sierra Canales y limita al norte con Guatemala, al este con San José Pinula y Fraijanes; al sur con Fraijanes y Villa Canales y al oeste con Villa Canales y la ciudad de Guatemala. Ocupa un área aproximada de 50 Km²; el 100 % habla el idioma español. Cuenta con 15 aldeas, 7 caseríos, 315 colonias privadas, lotificaciones urbanizadas, condominios.

Las aldeas son las siguientes: Cuchilla del Carmen, El Carmen, La Salvadora I, Salvadora II, El Pueblito, Nueva Concepción, Puerta Parada, Piedra Parada Cristo Rey, Piedra Parada El Rosario, San José el Manzano, Laguna Bermeja, El Pajón, Manzano la Libertad, Don Justo, Canchón.

Esta conformado por los siguientes caseríos. Trapichito, el Zarzal, Pepe Nance, Los Cipreses, Cambray, Laguneta, Acatán. Su historia se remonta desde la época prehispánica, cuando los indígenas de ese entonces fundaron el pueblo Pankaj o Pinola. La palabra Pinula tiene sentido etimológico. Pinul significa Harina y Ha o A: agua, en lengua Pipil significa harina de agua. El nombre oficial es Santa Catarina Pinula en honor a Catarina Mártir de Alejandría. Feria titular el 25 de noviembre.