



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA  
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE NICARAGUA**



**Maestría en Epidemiología 2011-2013**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO MAESTRA EN EPIDEMIOLOGIA**

**CONOCIMIENTO Y PRACTICAS EN EDUCACION SEXUAL EN  
EMBARAZADAS ADOLESCENTES ATENDIDAS EN CESAMOS DEL VALLE DE  
SESECAPA, OCOTEPEQUE, HONDURAS, AÑO 2012**

Autora: Olga Emma Urbina Arias

Tutor: Dr. Pablo Cuadra

**Ocotal, Nueva Segovia, Nicaragua, Julio 2013**

## INDICE

Agradecimiento.....	i
Dedicatoria.....	ii
Resumen.....	iii
	Páginas
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES.....	4
III. JUSTIFICACIÓN.....	8
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
V. OBJETIVOS.....	11
VI. MARCO DE REFERENCIA.....	12
VII. DISEÑO METODOLÓGICO.....	34
VIII. RESULTADOS.....	37
IX. DISCUSION DE RESULTADOS.....	40
X. CONCLUSIONES.....	43
XI. RECOMENDACIONES.....	44
XII. BIBLIOGRAFIA.....	45
ANEXOS	

## **AGRADECIMIENTO**

Se agradece a Dios por darme la fortaleza de continuar en mi educación.

A mis padres y hermanos por la paciencia y dedicación a seguir continuando mis estudios

A los maestros de CIES por su ardua tarea de enseñarnos los conocimientos adquiridos

## **DEDICATORIA**

A mis padres por permitirme culminar mis estudios tan lejos de casa

A mis hermanos que desde la lejanía me apoyaron con sus consejos y sentimientos de bien para culminara esta maestría.

## RESUMEN

El presente estudio descriptivo- transversal se realizo en los CESAMOS del Valle de Sesecapa, con el propósito de identificar los conocimientos y practicas en educación sexual en las embarazadas adolescentes que asistieron a control.

Se entrevisto a 120 adolescentes embarazadas tomando como unidad de observación los CESAMOS, utilizando un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas. Quedando excluidas las que no se encontraban al momento de la entrevista.

Por lo que se encontró que la edad mas predominante fue la de 16 a 17 años de edad, el estado civil solteras y no dependen de nadie económicamente, por lo que conllevar un embarazo precoz hace que se encuentren en pobreza ya que les toca salir a trabajar para poder mantener su nuevas situación.

No tiene conocimiento sobre educación sexual, embarazo, infecciones de transmisión sexual entre otros temas evaluados en el estudio por lo que se hace necesario la educación completa en el área de educación y salud ya que por los problemas de tabú y creencias propias de la cultura no se pueden hablar ampliamente estos temas con las adolescentes, lo que lleva a una información incorrecta y se produzcan embarazos en la adolescencia.

Y con lo referente al uso de los métodos de planificación familiar en su mayoría no usaba antes de embarazarse y no planificaron su embarazo por lo que se hace urgente una estrategia por parte de salud y educación para bajar los porcentajes de embarazos en la adolescencia y dar a conocer también la paternidad responsable mediante una mejor información por parte del personal de salud.

## **I. INTRODUCCION**

La distribución de los jóvenes de 10 a 20 años constituye alrededor de la quinta parte de la población mundial.[1] Se podría decir que sería 20% de la población mundial y cerca del 85% vive en países subdesarrollados o en vías de desarrollo. En 1998, la Organización Mundial de la Salud (OMS), UNICEF y el Fondo de Población (FNUAP) llegaron a un acuerdo en cuanto a la clasificación para los jóvenes: Adolescentes son aquellas personas que están entre las edades de 10 y 19 años; juventud las que están entre 15 y 24 años; y jóvenes entre 10 y 24 años.[2] El Fondo de Población de la ONU (UNFPA) destacó ayer en su informe anual que el planeta ha alcanzado la mayor generación de adolescentes de la historia, 1.200 millones, para el año 2000 la población colombiana se estima en 42'321.386, el 29.6% de esta población se encuentra entre 10 y 24 años; en el área urbana habita el 71% y el restante 29% en el área rural. En la zona urbana el grupo más grande es el de adolescentes entre 15 y 19 años con 10.4% del total, mientras en el ámbito rural existe mayor proporción en la población entre 10 y 14 años, con un 11,5%

En cada era, ha existido interés en comportamientos sexuales de los adolescentes, particularmente en las interrelaciones sexuales y sus consecuencias, que preocupan a países en desarrollo como el nuestro donde los adolescentes inician su actividad sexual a una temprana edad y sin usar métodos anticonceptivos adecuados, aunque ellos refieren conocerlos(1,2,3).

La adolescencia marca una etapa de la vida llena de cambios complejos. En esta etapa las adolescentes deben prepararse para su papel futuro, adquirir conocimientos y destrezas que les permitan desempeñarse socialmente, a fin de desarrollar autonomía y establecer relaciones afectivas con los miembros de su familia y con los demás integrantes de la sociedad.

El inicio de la experiencia sexual en los adolescentes no es previsible, ya que ellos señalan que una de las más importantes razones para no usar un método anticonceptivo es porque no esperaban que dicha relación ocurriera (4).

En América Latina y el Caribe, 90% ó más de las adolescentes conocen al menos un método anticonceptivo, excepto Bolivia (74%), Guatemala (68%) y Paraguay (89%). Sin embargo, los porcentajes de uso son bajos (18%).

La sexualidad en los seres humanos constituye un todo con la vida misma, y en particular en la etapa de la adolescencia cobra gran significación. En consecuencias se vincula muy estrechamente con la forma de vida.

Vemos que la información en los colegios es casi exclusivamente reproductiva y, por ende, inapropiada a los educandos pues no hay correlación entre lo enseñado y sus necesidades, información receptiva, moralista, sin participación activa y sin derecho a crítica. Es atinado esclarecer que la educación sexual no depende de una sola institución y cuando los padres y madres no saben, no pueden o no quieren entablar un diálogo franco con sus hijos en materia de sexualidad, éstos se informarán como sea y especialmente con sus pares, tan desorientados o mal informados como ellos.

Hasta dos tercios de embarazos en la adolescencia ocurren en adolescentes de 18 a 19 años de edad.

Los programas basados en el conocimiento se concentran en enseñarles a las adolescentes acerca de su cuerpo y sus funciones normales, al igual que a suministrar información detallada sobre los métodos anticonceptivos y la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS). Las investigaciones indican que los programas basados en el conocimiento ayudan a disminuir las tasas de embarazo en la adolescencia, mientras que la educación de sólo abstinencia sin información acerca de la anticoncepción no lo hace.

El objetivo del estudio es identificar los conocimientos, aptitudes y prácticas en educación sexual en embarazadas adolescentes atendidas en centros de salud del valle de Sesecapa, Ocotepeque, Honduras, año 2012.



## **I. ANTECEDENTES**

La OMS establece la adolescencia entre los 10 y los 19 años, considerándose dos fases: La adolescencia Temprana de 12 a 14 años y la adolescencia Tardía de 15 a 19 años. La mayoría de los embarazos en adolescentes son considerados como embarazos no deseados, provocados por la práctica de relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos. En general el término también se refiere a las mujeres embarazadas que no han alcanzado la mayoría de edad jurídica es aquella gestación que ocurre durante los 2 primeros años después de la primera menstruación (entre los 10 y 13 años aprox.), y/o cuando la adolescente mantiene la total dependencia social y económica de sus padres.

A partir del año de 1990-2006 aproximadamente, se han registrado 1785 casos de jóvenes adolescentes embarazadas entre los 14 y 17 años de edad en corrientes una provincia de Jalisco, contando con apenas 35,000 habitantes. En los países en desarrollo entre el 20% y el 60% de los embarazos son no deseados y las adolescentes generalmente tienen escasa información sobre la fertilidad y el correcto uso de medidas anticonceptivas. En la provincia de corrientes el 20% de los partos son de madres adolescentes, cifra que alcanza al 25% y al 28% en algunas localidades del interior, uno de cada 6 nacimientos ocurre en mujeres menores de 19 años.(18)

En el 2001 el 14.9% de los nacimientos registrados en Jalisco fueron realizados por mujeres menores de 20 años de edad y de estas solo el 17,1% son económicamente activas.

Para el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) es satisfactorio presentar el diagnóstico sobre la “Situación del Embarazo en la Adolescencia en la Subregión Andina”, documento que identifica, la situación del embarazo adolescente en el marco del acceso universal a educación y servicios de salud

sexual y reproductiva, sus implicaciones sociales y económicas y los principales desafíos que enfrenta la región. Este documento, producido desde un enfoque de derechos, de género y de respeto a la diversidad cultural se propone ser referente para los programas Nacionales de los Ministerios de Salud de Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela que hacen parte de esta iniciativa enfoquen sus actividades no solo en resolver necesidades de salud, sino también en acciones de desarrollo humano que consideren los determinantes sociales y promuevan el ejercicio de los derechos de los y las adolescentes.(17)

Desde mediados de la década de los setenta, la fecundidad global ha disminuido de manera marcada en América Latina en general, y en la subregión Andina en particular. Esta caída se registro por una serie de factores socioeconómicos. La reducción de la fecundidad se ha dado también como parte de intervenciones estatales relacionadas con los programas de anticoncepción.

La tasa global de fecundidad General en la subregión Andina cayo en mas de 30% entre 1975 y 2005, la fecundidad adolescente se redujo solamente en un 6%, permaneciendo alta y presentando inclusive tendencias al alza en algunos países.

Sin embargo a pesar de los esfuerzos, América Latina y el Caribe es la única gran región del mundo en la que “hubo un aumento de la fecundidad adolescente en los últimos 30 años del siglo XX” (Rodríguez 2008). (17)

El presente documento es producto de un esfuerzo conjunto que se realiza en el marco del Plan Subregional Andino de Salud para la Prevención del Embarazo en Adolescentes que, bajo el secretario dl Organismo Andino de Salud, que articula en el nivel regional los esfuerzos de los equipos técnicos de los Ministerios de Salud de los países andinos e instituciones como el Fondo de Población de Naciones unidas-UNFPA, Family Care Internacional-FCI, la Organización Iberoamericana de Juventud-OIJ, y la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo-AECID.

En el mundo los estudios de sexualidad realizados están basados en el inicio precoz de las relaciones sexuales, embarazo en la adolescencia, anticoncepción y adolescencia, y el incremento de las infecciones de transmisión sexual, que aunque todas las enfermedades cuya vía fundamental de transmisión sea la sexual son preocupantes, el VIH/SIDA por su condición de incurable, es la más inquietante y una de las más estudiadas. (5, 6)

La experiencia común de todos los países muestra, que sólo mediante una frecuente y variada repetición de nueva información, desde todos los ángulos sociales y durante numerosos años se puede conseguir que la mayoría de los adolescentes acceda a los nuevos conocimientos (7, 8).

Aun cuando en el escenario nacional se aprecian transformaciones favorables en varios aspectos de la vida sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes, se siguen identificando factores de riesgo y vulnerabilidad susceptibles de cambio en esas edades. (9, 10)

El embarazo en la adolescencia se ha convertido en un problema social, económico y de salud de pública de considerable magnitud, tanto para los jóvenes como para sus hijos, pareja, familia, ambiente y comunidad que los rodea. Por lo tanto es un tema que está causando preocupación, debido a que son más los casos de jóvenes embarazadas, y Venezuela es uno de los países con mayor tasa de natalidad por parte de madres adolescentes, teniendo como principal factor la falta de información en lo que ha embarazo se refiere.

En el mundo ocurren anualmente unos 15 millones de partos en adolescentes, de los cuales el 80% son pertenecientes a países en vías de desarrollo, en cuanto a los países desarrollados, resulta paradójico el número de partos en madres de 14 y 18 años.

En el marco del Día Mundial de Prevención del Embarazo no Planificado en Adolescentes (DPEA), varias organizaciones establecieron una alianza para trabajar en proyectos relacionados con la salud sexual en los jóvenes, y en especial sobre la prevención de embarazos no planificados, en la región latinoamericana.

De la población de mujeres embarazadas en Honduras, el 30% son menores de 18 años, según registros de la Secretaría de Salud. Según un reciente estudio de la Fiscalía de la Niñez hondureña, el 50% de los embarazos en menores tienen su origen en violaciones. En muchos casos, los violadores de las menores de edad son sus familiares.

Un informe de la Organización Iberoamericana de la Juventud (OIJ), un 7.3% de los embarazos en América Latina se producen en adolescentes de entre 15 y 19 años. El caso de Honduras es de los más llamativos ya que se estima que 30% de los partos en Honduras ocurren entre jóvenes de 13 a 19 años. La Encuesta Nacional de Demografía y Salud (Endesa) de 2005-2006, reveló que el 22% de las adolescentes entre los 15 y 19 años estaban embarazadas o tenían un hijo (11).

Fuera del sector formal de educación, los medios de comunicación representan un valioso espacio, el cual puede ser utilizado para la transmisión de mensajes educativos y formativos. En todos los contextos, la decodificación de los patrones de género será una estrategia clave para el logro de la igualdad en responsabilidades y derechos por parte de los hombres y las mujeres. La estrategia educativa resulta incompleta si no se dispone de servicios de orientación y salud del adolescente, acorde con sus necesidades y características, provistos de personal debidamente entrenado para preservar respeto y privacidad a los usuarios.

## II. JUSTIFICACIÓN

La historia de la anticoncepción indica que fue en la segunda mitad del siglo XX cuando se generalizó el uso y acceso a los diferentes métodos anticonceptivos modernos. La generalización de la planificación familiar y la educación sexual favorecen su utilización a larga escala.

El hecho de tener el primer hijo durante la adolescencia hace que una mujer tenga mayores probabilidades de tener en general más hijos. Las madres adolescentes se atrasan aproximadamente dos años con respecto a su grupo de edad para completar sus estudios. Las mujeres que tienen un bebé durante sus años de adolescencia tienen mayor probabilidad de vivir en la pobreza.

El conocimiento de los métodos anticonceptivos contribuye a la toma de decisiones sobre el control de la natalidad -número de hijos que se desean o no tener-, la prevención de embarazos no deseados y de embarazos en adolescentes.<sup>111</sup>

A pesar de que estos conceptos son ampliamente reconocidos, el estudio de la sexualidad adolescente cubre un amplio espectro que en nuestro medio estamos lejos de conocer y comprender. De allí la necesidad de realizar estudios, no solo para ampliar el conocimiento, sino para los resultados obtenidos, delinear perfiles en términos sociales, diseñar y modular, desde intervenciones terapéuticas hasta campañas preventivas y programas que logren la mayor cobertura e impactos posibles.

En Honduras a pesar de que existe un Programa de Atención integral al Adolescente en el departamento de Ocotepeque no está en funcionamiento este, aunque algunos centros de salud cuentan con el espacio físico solamente para esta atención.

Teniendo en cuenta lo descrito anteriormente y debido que en el departamento de Ocoatepeque no existe ningún estudio sobre conocimiento, actitudes y practicas en educación sexual en las embarazadas adolescentes, por lo que se hace novedoso este estudio. Se pretende que al conocer la situación de los resultados de esta investigación se puedan establecer las medidas necesarias y que ayuden a disminuir la ocurrencia de embarazos en adolescentes. Además establecer medidas factibles y viables en la solución de problemas para una mejor educación sexual.

Por lo que este estudio será de utilidad para las unidades de salud para dar una atención integral a las embarazadas, a las adolescentes para espaciar sus próximos embarazos y a educación para que se incorporen en la educación sexual con información más completa.

#### **IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

##### **Pregunta de Investigación.**

¿Cuáles son conocimiento y practicas en educación sexual en embarazadas adolescentes atendidas en los cesamos del valle de sesecapa, Ocotepeque, honduras, año 2012?

##### **Otras preguntas:**

¿Cuáles son las características generales de las embarazadas adolescentes en estudio?

¿Cuál es el nivel de conocimiento que posee las adolescentes embarazadas sobre educación sexual?

¿Cuáles son las prácticas de los métodos de planificación familiar en la embarazada adolescente?

## **V. OBJETIVOS**

### **5.1. Objetivo general:**

Identificar los conocimientos y prácticas en educación sexual en embarazadas adolescentes atendidas en los cesamos del valle de Sesecapa, Ocotepeque, Honduras, año 2012

### **5.2. Objetivos específicos.**

1. Describir las características generales de las embarazadas adolescentes en estudio.
2. Identificar el nivel de conocimiento que posee la embarazada adolescente sobre educación sexual.
3. Valorar las prácticas de los métodos de planificación familiar, en la embarazada adolescente.



## **VI. MARCO DE REFERENCIA**

La sexualidad es el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológico-afectivas que caracterizan cada sexo. También es el conjunto de fenómenos emocionales y de conducta relacionados con el sexo, que marcan de manera decisiva al ser humano en todas las fases de su desarrollo.

En los humanos, la sexualidad adopta características diferentes, porque el hombre es más complejo, es consciente de si mismo, presiente un destino trascendente y no puede vivir sin atribuir un sentido a su vida.

En virtud de la complejidad social y de la cultura que él mismo ha creado, no puede permitirse el libertinaje y la decadencia moral que pondría en peligro su propia creación, fenómeno que se ha registrado en las más grandes civilizaciones antiguas y que está ocurriendo también en nuestros tiempos.

La sexualidad humana representa el conjunto de comportamientos que conciernen la satisfacción de la necesidad y el deseo sexual. Al igual que los otros primates, los seres humanos utilizan la excitación sexual con fines reproductivos y para el mantenimiento de vínculos sociales, pero le agregan el goce y el placer propio y el del otro. El sexo también desarrolla facetas profundas de la afectividad y la conciencia de la personalidad. En relación a esto, muchas culturas dan un sentido religioso o espiritual al acto sexual, así como ven en ello un método para mejorar (o perder) la salud.

### **Género Femenino**

El sexo femenino es un término de biología que denota al sexo que produce óvulos. En los nombres y en algunos pronombres, es el rasgo inherente de las voces que designan personas del sexo femenino, animales hembra y, convencionalmente, determinados objetos o cosas. En algunos adjetivos, determinantes y otras clases de palabras, es el rasgo gramatical de concordancia con los sustantivos de género femenino.

## **Educación Sexual**

La educación persigue cambios en la conducta, y para ello debe seguir una metodología que fomente la creatividad, el sentido crítico, la capacidad de pensar, que permita identificar y resolver los problemas y promueva la participación social.

### **Sexualidad en la adolescencia.**

La adolescencia es una etapa del desarrollo del ser humano con características muy especiales, donde la sexualidad alcanza su máximo valor, se convierte en el centro de inquietudes e intereses. (14)

Los impulsos sexuales le plantean al adolescente qué hacer con ellos, deben aprender a comportarse en la esfera sexual al modo que estila su generación. De la solución adecuada a este problema dependerá la obtención de una firme identidad sexual y evidenciará la existencia de una correcta educación sexual (15,16)

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

Esta incluye las características biológicas, psicológicas y socioculturales que le permitirán comprender a ese adolescente, tan lleno de incertidumbre, esta nueva condición hasta entonces desconocida aunque presente y en formación desde su origen como ser humano. (13)

### **Educación de la sexualidad.**

Cada cultura y sociedad regulan las conductas sexuales de formas diferentes a través de la familia, las costumbres, la escuela, los grupos de amigos, los medios de comunicación y las leyes. De esta forma es que se lleva a cabo la educación de

la sexualidad: la manera de tratar a los niños y niñas según su sexo, los ejemplos de relación de pareja que viven en sus familias; la forma en que los padres aceptan su identidad sexual puede ser percibido por los hijos, cómo se responde a las preguntas relacionadas con la sexualidad.

En la familia, primer grupo social al cual pertenece el ser humano, se adquieren los valores básicos acerca de la sexualidad, se aprende qué es lo bueno y qué es lo malo, lo socialmente aceptable, los “roles” sexuales, los patrones culturales.

La escuela también va forjando modelos y normas de conductas sexuales, la manera en que se organizan los juegos, la manera en que se traten los temas relativos a la sexualidad humana, el ejemplo de los maestros.

Los grupos de amigos es donde muchas veces se canaliza toda una serie de dudas e interrogantes que no son abordados abiertamente en el seno de la familia o la escuela, así como que constituyen modelos de referencia e imitación de conductas sexuales.

Los medios de comunicación transmiten estereotipos de belleza, normas y valores que también constituyen elementos de referencia para imitar e interiorizar.

El profesor Félix López afirma que la educación de la sexualidad constituye un “proceso de comunicación que transcurre en un intercambio directo o indirecto de conocimientos y actitudes sobre el hecho sexual humano. (...) Es la educación de las relaciones sociales en la vida cotidiana y para la vida cotidiana. Toda conducta sexual tiene consecuencias biológicas, psicológicas y sociales, las cuales tienen una estrecha relación con la salud integral del individuo”.

## **Relaciones Sexuales Precoces**

En los últimos tiempos se observa cómo las primeras manifestaciones sexuales ocurren en edades cada vez más tempranas, en correspondencia con la maduración biológica, que en las últimas décadas -después de la década del 30- ha disminuido también, lo que parece estar relacionado, entre otras razones, con el mejoramiento del modo de vida del hombre, que implica que se amplíe el periodo fecundado de la mujer.

En contraste con este proceso de disminución de la edad de la maduración sexual, encontramos que el período de formación cultural y profesional se prolonga debido a las exigencias que demanda el desarrollo científico-técnico, lo que hace más lento el proceso de madurez psíquica y social. Quiere esto decir que el despertar de la sexualidad ocurre en una persona aún no preparada integralmente para comprenderla ni ejercerla, pero obligada a asumirla como un componente de su desarrollo (Peláez M., 1996).

El comienzo precoz de la actividad sexual va en aumento, particularmente para los varones. Los adolescentes, tanto varones como niñas, que tienen actividad sexual, suelen comenzar con escasos conocimientos sobre la sexualidad, la salud reproductiva, las prácticas sexuales menos riesgosas o sus derechos individuales a negarse y abstenerse de la actividad sexual.

Los adolescentes son sexualmente activos antes del matrimonio, realidad creciente debido a factores asociados, como la maduración sexual temprana, el retraso de la edad en que se contrae matrimonio, el urbanismo, la influencia de los medios de comunicación, el desempleo y la baja escolaridad.

Se calcula que a la edad de 20 años las/los adolescentes de la región de América Latina y el Caribe han iniciado una vida sexual activa, independientemente de su estado civil. En Colombia, el porcentaje de mujeres de 15 a 19 años que han

tenido relaciones sexuales es 29.6%, o sea que una de cada tres mujeres ha tenido relaciones sexuales en la adolescencia. (6)

Un tercio de los adolescentes se inician sin prevención, es por ello que los mismos necesitan confrontar con los adultos que los rodean a fin de crecer y desarrollarse autónomamente. El rol de la familia es fundamental en el desarrollo sexual y si bien hablar de sexualidad no siempre es fácil, o aparece como tema tabú, puede surgir más de un riesgo. En aspectos referidos a la sexualidad la consulta en la adolescencia temprana está en general motivada por inquietudes de los padres. (13)

La pubertad y la adolescencia son etapas difíciles para los chicos tanto como para sus padres. Rebeldía y desafíos son arduos de sobrellevar sin una buena comunicación y en general la decisión de tener relaciones sexuales, los adolescentes la toman sin consultar con los adultos.

Mucho se ha hablado de la pertinencia o no de la educación sexual. Sus detractores aducen que el efecto de ésta estimula las prácticas sexuales tempranas; sin embargo, no hay ninguna comprobación que lo confirme; por el contrario, sí hay evidencias científicas de que a mejor preparación de los jóvenes para asumir con responsabilidad y conocimiento su sexualidad, menos efectos negativos tendrán.

La educación sexual debe formar parte del conjunto de aspectos que integran la formación multifacético de las nuevas generaciones. El amor no es una cualidad innata, se adquiere y desarrolla en el transcurso de la vida. Es importante que todo el sistema de influencias que recibe el adolescente estimule y propicie el amor en sus diferentes manifestaciones: amor a la patria, a la familia, al maestro, a los amigos y a la pareja.

El afán de ser adultos y el deseo de comprobar la capacidad reproductiva, interpretada como virtud indispensable para demostrar la nueva condición de mujer u hombre, conducen al adolescente a incursionar con descuidos en el

fascinante mundo de la nueva sexualidad. (Castro EM., 1995). Algunas de las consecuencias negativas de estas actitudes han motivado investigaciones en diferentes partes del mundo. El embarazo en la adolescencia, el aborto, la maternidad temprana y las enfermedades de transmisión sexual son las que suscitan mayores preocupaciones.

### **Embarazo en la adolescencia**

Una de las consecuencias de inadecuada educación de la sexualidad lo constituyen precisamente los embarazos en las edades de 10 y los 14 años y entre los 15 y los 20 años, pues muchos adolescentes llegan a sus primeras relaciones sexuales íntimas “por curiosidad”, “porque todos lo hacen”, “por impulso sexual”, sin estar preparados, no sólo para concebir un embarazo, sino para disfrutar de forma plena, placentera y responsable de este intercambio amoroso humano.

Se ha descrito un mecanismo común que podría explicar diversas enfermedades propias del embarazo que muestran mayor frecuencia en adolescentes, como son la hipertensión arterial materna, prematuridad, retardo del crecimiento intrauterino, y el desprendimiento prematuro de la placenta. Se ha postulado un fallo en los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo, denominado síndrome de mala adaptación circulatoria, cuyas manifestaciones clínicas diversas pueden presentarse por separado o asociadas entre sí en la madre y el feto, o en uno de ellos.

La iniciativa de la Maternidad Segura y los programas específicos que en la última década han centrado su atención en la prevención del embarazo adolescente, han ahondado en los problemas que de éste devienen para la salud de la adolescente y de su hijo/hija y documentado la incidencia de los mismos en la región.

Sin embargo, aunque casi siempre se mencionan otros factores concomitantes, hace falta insistir en el hecho de que los mencionados riesgos biológicos no

actúan aisladamente, sino asociados con factores psicosociales, económicos, políticos, estructurales y de género. De hecho el embarazo en la adolescencia no puede ser considerado solamente como un problema biológico.

Es evidente que, aun reconociendo la desventaja física de las adolescentes para llevar a cabo la gestación y dar a luz, si el embarazo fuese un acontecimiento deseado y vivido en buenas condiciones, es decir con una calidad durante el embarazo, el parto, el puerperio y el primer año de vida del hijo/hija antecedidos por una buena nutrición, salud y desarrollo de la adolescente, los riesgos y consecuencias para la salud física de ésta y de su hijo disminuirán al máximo. Contrario sensu, la pobreza, la desnutrición, el abandono de la escuela, el embarazo no deseado, la expulsión del hogar, la falta de acceso al cuidado prenatal y la ignorancia del proceso reproductivo (factores antecedentes al embarazo) potencian los riesgos biológicos para la adolescente. La vulnerabilidad es entonces, variable de acuerdo con la condición de vida y de género de la adolescente.

Podríamos decir, entonces, que los riesgos para la salud física de la adolescente embarazada, e incluso para la sobrevivencia y salud de su hijo, son prevenibles.

El embarazo en la adolescencia compromete el disfrute de una vida digna y puede hacerla profundamente infeliz. La maternidad temprana impide o limita las oportunidades de estudio o el éxito educativo de las adolescentes.

Quizá podamos afirmar que para una gran parte de las adolescentes el embarazo no es una opción, sino una falta de opciones. Una falta de opciones de desarrollo personal en todos los sentidos, aunque muchas de ellas consideren que su embarazo es deseado.

Muchos adolescentes comienzan a tener relaciones sexuales sin haber recibido información exacta sobre la sexualidad y la salud de la reproducción. Esta falta de información es, en la actualidad, la responsable de la alta incidencia de embarazos

no planificados y de enfermedades de transmisión sexual que se presentan en los adolescentes.

Estudios realizados demuestran la estrecha relación entre el mayor nivel de educación e información sexual de los adolescentes y menor riesgo de maternidad precoz. Esta crea una desventaja para el hijo desde todos los puntos de vista, derivada de la inmadurez emocional de la madre, posibles limitaciones socioeconómicas por la frustración de su desarrollo profesional, y toda la carga afectiva de un hijo posiblemente no deseado.

Para lograr buenos resultados en la prevención de los embarazos no deseados en la adolescencia, se hace imprescindible una educación sexual correcta y adecuada. El buen asesoramiento ayudará a los adolescentes a realizar una correcta elección del método anticonceptivo que deberá utilizar cuando inicien su vida sexual.

## **APARATO REPRODUCTOR.**

### **Masculino**

El aparato reproductor masculino o aparato genital masculino, junto con el femenino, es el encargado de garantizar la procreación, es decir la formación de nuevos individuos para lograr la pervivencia de la especie.

Los principales órganos que forman el aparato reproductor masculino son el pene y los testículos. Tanto el pene como los testículos son órganos externos que se encuentran fuera de la cavidad abdominal, a diferencia de los principales órganos del sistema reproductor femenino, vagina, ovarios y útero que son órganos internos por encontrarse dentro del abdomen.

Los testículos producen espermatozoides y liberan a la sangre hormonas sexuales masculinas (testosterona). Un sistema de conductos que incluyen el epidídimo y los conductos deferentes almacena los espermatozoides y los conduce al exterior a través del pene. En el transcurso de las relaciones sexuales se produce la



eyaculación que consiste en la liberación en la vagina de la mujer del líquido seminal o semen. El semen esta compuesto por los espermatozoides producidos por el testículo y diversas secreciones de las glándulas sexuales accesorias que son la próstata y las glándulas bulbo uretrales.

## **Femenino**

A diferencia del hombre, la mujer tiene el sistema reproductor ubicado íntegramente en la pelvis (que es la zona baja del abdomen). La parte externa de los órganos reproductores femeninos se denomina vulva, que significa "cubierta". La vulva, que está ubicada entre las piernas, cubre la abertura que conduce a la vagina y a otros órganos reproductores ubicados dentro del cuerpo.

La zona carnosa ubicada justo por encima de la parte superior de la abertura vaginal se denomina monte de Venus o "Mons. pubis." La abertura vaginal está rodeada por dos pares de membranas, denominadas labios. El clítoris, un pequeño órgano sensitivo, está ubicado hacia la parte delantera de la vulva, donde se unen los pliegues de los labios. Entre los labios, hay aberturas hacia la uretra (el canal que transporta la orina desde la vejiga hacia la parte externa del cuerpo) y la vagina. Una vez que una niña alcanza la madurez sexual, los labios externos y el monte de Venus se cubren con vello púbico.

Los órganos reproductores internos de la mujer son la vagina, el útero, las trompas de Falopio y los ovarios.

## **Menarquía**

Se llama menarquía, a la fecha en que aparece el primer periodo menstrual. Esto indica el comienzo de la capacidad reproductiva. El desarrollo de las características sexuales secundarias se asocia a desarrollo mamario, aparición del vello púbico y axilar y aumento de la estatura. El estirón de la pubertad produce un incremento de la estatura de 8 a 9 cm. anuales durante unos dos años. El resurgimiento de la frecuencia y amplitud de la liberación de ciertas substancias del hipotálamo en la pubertad produce la liberación pulsátil de hormona folículo-

estimulante y hormona luteinizante, que a su vez inicia la actividad ovárica y el crecimiento folicular. La liberación de la primera de ellas, puede tardar varios meses o incluso años, en ajustarse al patrón adulto y, por lo tanto, el crecimiento folicular será errático al principio. La actividad ovárica aumenta los niveles de estradiol que inducen los cambios puberales, incluyendo el crecimiento del útero y endometrio.

El comienzo de la menstruación se produce entre los 10 y 16 años de edad en la mayoría de las muchachas de países desarrollados. Los primeros ciclos suelen ser anovulatorios y su duración es muy variable. Suelen ser indoloros y se presentan sin previo aviso. Hacia los 6 años después de la menarquía, el 80 por ciento de los ciclos son ovulatorios, y más del 95 por ciento a los 12 años. Es importante conocer el patrón de la menstruación precoz para poder informar correctamente a las chicas y a sus padres. En la mayoría de los casos, la irregularidad menstrual mejorará espontáneamente. Algunas muchachas, por otra parte, pueden tener más adelante "achagues" relativos al ciclo. Debido a que los ciclos anovulatorios suelen ser indoloros, por lo general la dismenorrea primaria sólo se inicia cuando la menstruación se regulariza.

La menarquía es el principal marcador psicológico de la transición de la infancia a la edad adulta. Su impacto depende en gran parte de la educación que reciban las chicas en las escuelas y de sus padres. En algunas culturas, las mujeres se consideran impuras mientras tienen la menstruación e incluso se les recluye en unas chozas especiales fuera del poblado. Por suerte, estas prácticas son cada vez más raras.

## **Reproducción Humana**

Uno de los aspectos más importantes de los seres vivos es su capacidad de autorreproducirse. A todo organismo le llega el momento en que sus capacidades

de metabolismo, crecimiento e irritabilidad se vuelven insuficientes para mantener en contra de otras fuerzas su compleja organización. El ataque de depredadores, la acción de parásitos, las épocas de hambre, otros cambios dañinos del ambiente, o simplemente aquellos procesos no bien definidos que denominamos envejecimiento, llevan finalmente a la muerte del organismo. Sin embargo, la especie sobrevive por un periodo de tiempo mayor que el periodo de vida de cualquiera de sus individuos. Esto se logra mediante la producción de nuevos individuos por parte de los individuos de mayor edad antes de que estos mueran.

Muchos de los principales problemas de la biología conciernen a la capacidad de los seres vivos de producir copias de sí mismos.

En los seres vivos se presentan dos modos diferentes de producir cría. Uno de estos modos es la reproducción sexual; esto es, la reproducción de nuevos individuos, en los cuales se combina la información genética de las células diferentes, generalmente provenientes, a su vez, de dos padres distintos. En la mayoría de los organismos, estas células son los gametos. En el otro modo de reproducción toma parte solamente un progenitor. Se llama reproducción asexual.

### **Enfermedades Transmision Sexual**

La actual epidemia de Infección de Transmisión Sexual (ITS) es la mayor amenaza para la salud de los adolescentes. Esto incluye el riesgo de infertilidad, cáncer y muerte. Las infecciones de transmisión sexual (ITS) representan la más diseminada y devastadora enfermedad que enfrentan los jóvenes en nuestros días. (14)

Independientemente de lo antes expuesto, el riesgo de contraer una infección de transmisión sexual (ITS) durante la adolescencia está relacionado fundamentalmente con las conductas sexuales riesgosas. Los adolescentes son más propensos a correr riesgos sexuales sin tomar en consideración sus posibles secuelas a largo plazo. Por lo general, se consideran inmunes e invulnerables y

niegan los riesgos, mientras otros no consideran la posibilidad real de que su pareja esté infectada. Incluso, ante la presencia de los síntomas existe una fuerte tendencia a negar la enfermedad y dilatar la consulta médica y el tratamiento.

La situación actual epidémica de las infecciones de transmisión sexual (ITS), combinado con las actitudes y conductas de los adolescentes en las esferas sexuales, convierten esta situación en una bomba de tiempo. Esto sólo puede combatirse con un incremento en la información a los jóvenes sobre estas enfermedades; mientras más preparados estén, mejor podrán reconocer estos riesgos. Cuando ellos logren reconocer y aceptar los riesgos que afrontan al tener actividad sexual sin protección, comenzarán a valorar y practicar relaciones sexuales protegidas.

### **Clamidia**

La clamidia es una enfermedad de transmisión sexual común causada por una bacteria. Se contagia a través de las relaciones sexuales o contacto sexual con una persona infectada. Tanto los hombres como las mujeres pueden tenerla. La clamidia no suele causar síntomas. Cuando sí presenta síntomas, puede aparecer una sensación de ardor al orinar o una secreción anormal por la vagina o el pene.

La clamidia puede provocar una infección urinaria tanto en hombres como en mujeres. En las mujeres, una infección en el sistema reproductivo puede conducir a una enfermedad inflamatoria pélvica, la cual puede conducir a infertilidad o problemas serios con el embarazo. Los niños que nacen de madres infectadas pueden tener infecciones oculares y neumonía por clamidia. En los hombres, la clamidia puede infectar el epidídimo, que es el conducto que lleva el esperma. Esto puede causar dolor, fiebre y, en raros casos, infertilidad.

La infección por clamidia puede curarse con antibióticos. Si usted es una persona sexualmente activa, utilice preservativos para disminuir sus riesgos de contagiarse. Los especialistas recomiendan que las mujeres de 25 años o menos se realicen pruebas de clamidia todos los años.

## **Gonorrea**

La gonorrea es una enfermedad de transmisión sexual curable. Es más común en los adultos jóvenes. La bacteria que causa la gonorrea puede infectar el tracto genital, la boca o el ano.

Algunas veces, la gonorrea no provoca síntomas, especialmente en las mujeres. En los hombres, la gonorrea puede causar dolor al orinar y secreción proveniente del pene. De no tratarse, puede producir epididimitis, que afecta los testículos y puede causar infertilidad. En las mujeres, la gonorrea puede provocar hemorragias entre los períodos menstruales, dolor al orinar y aumento de las secreciones vaginales. De no tratarse, puede provocar la enfermedad inflamatoria pélvica, que causa problemas de infertilidad y en el embarazo. La gonorrea puede pasar de la madre al bebé durante la gestación.

La gonorrea puede curarse con antibióticos indicados por el médico. El uso correcto de preservativos de látex reduce enormemente, aunque no elimina, el riesgo de contraer y contagiar la gonorrea.

## **VIH/SIDA**

Otros nombres: Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, VIH

SIDA es la sigla del síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Es el estadio más avanzado de infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). El VIH es un virus que mata o daña las células del sistema inmunológico del organismo.

El VIH suele contagiarse a través de las relaciones sexuales sin protección con una persona infectada. El SIDA también puede contagiarse por compartir agujas con drogas o mediante el contacto con la sangre de una persona infectada. Las mujeres pueden transmitírselo a sus bebés durante el embarazo o el parto.

Los primeros signos de infección con VIH pueden ser inflamación de los ganglios y síntomas gripales. Los mismos pueden presentarse y desaparecer un mes o dos

después de la infección. Los síntomas graves pueden no aparecer hasta pasados meses o años.

Con un análisis de sangre se puede saber si una persona tiene una infección por VIH. El profesional de la salud puede realizar la prueba gratuitamente en las unidades de salud del país con pre y post consejería.

No existe una cura, pero hay muchas medicinas para combatir la infección por VIH (retrovirales) y las infecciones y cánceres que la acompañan. Las personas pueden vivir con la enfermedad por muchos años, si están en control en los Centros de Atención Integral (CAI), que se cuenta con uno en el Departamento de Ocoatepeque.

### **Herpes Simple**

El herpes es una infección causada por un virus herpes simple (VHS). El herpes bucal provoca llagas alrededor de la boca o en el rostro. El herpes genital afecta los genitales, las nalgas o la región anal. El herpes genital es una enfermedad de transmisión sexual (ETS). Puede adquirirse por medio de las relaciones sexuales, aún con el sexo oral. El virus puede diseminarse aún cuando no exista la presencia de llagas. Las madres también pueden infectar a sus hijos durante el parto.

Algunas personas no tienen síntomas. Otras presentan llagas cerca del área por la cual penetró el virus al cuerpo. Éstas se convierten en ampollas que causan picazón y dolor y posteriormente se curan. El virus puede ser peligroso para los recién nacidos o las personas con sistemas inmunológicos debilitados.

La mayoría de las personas tiene brotes varias veces al año. Con el transcurso del tiempo, los brotes se hacen menos frecuentes. Los medicamentos que ayudan al cuerpo a combatir el virus pueden ayudar a mejorar los síntomas y disminuir los brotes. El uso correcto de los preservativos de látex reduce, mas no elimina, el riesgo de adquirir y contagiarse con herpes.

## **Virus del Papiloma Humano**

Otros nombres: VPH

Los virus del papiloma humano (VPH) son virus comunes que pueden causar verrugas. Existen más de 100 tipos de VPH. La mayoría son inofensivos, pero aproximadamente 30 tipos se asocian con un mayor riesgo de tener cáncer. Estos tipos afectan los genitales y se adquieren a través del contacto sexual con una pareja infectada. Se clasifican como de bajo riesgo o de alto riesgo. Los VPH de bajo riesgo pueden causar verrugas genitales. En las mujeres, los VPH de alto riesgo pueden conducir al cáncer en el cuello uterino, vulva, vagina y ano. En los hombres, pueden conducir al cáncer del ano y del pene.

Aunque algunas personas desarrollan verrugas genitales por infecciones con VPH, otras no tienen síntomas. Un profesional de la salud puede tratar o eliminar las verrugas. En las mujeres, el examen de Papanicolaou puede detectar cambios en el cuello uterino que pudieran evolucionar en cáncer.

El uso correcto de los preservativos de látex reduce enormemente, aunque no elimina, el riesgo de contraer y contagiar el VPH. Una vacuna puede proteger contra varios tipos de VPH, incluyendo algunos de los que pueden causar cáncer.

## **Sífilis**

La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual causada por una bacteria. Infecta el área genital, los labios, la boca o el ano y afecta tanto a los hombres como a las mujeres. Por lo general se adquiere por contacto sexual con una persona que la tiene. También puede pasar de la madre al bebé durante el embarazo.

La etapa temprana de la sífilis suele causar una llaga única, pequeña e indolora. Algunas veces, causa inflamación de los ganglios linfáticos cercanos. Si no se trata, generalmente causa una erupción cutánea que no pica, frecuentemente en

manos y pies. Muchas personas no notan los síntomas durante años. Los síntomas pueden desaparecer y aparecer nuevamente.

Las llagas causadas por la sífilis facilitan adquirir o contagiar el VIH durante las relaciones sexuales. Si está embarazada, la sífilis puede causar defectos congénitos o abortos. En casos raros, la sífilis causa problemas de salud serios e incluso la muerte.

Si se detecta a tiempo, la enfermedad se cura fácilmente con antibióticos. El uso correcto de preservativos de látex disminuye enormemente, aunque no elimina, el riesgo de adquirir y contagiarse la sífilis.

### **Tricomoniasis**

Otros nombres: Vaginitis por tricomonas

La tricomoniasis es una enfermedad de transmisión sexual causada por un parásito. Afecta tanto a los hombres, como a las mujeres, pero los síntomas son más comunes entre las mujeres. Los síntomas entre las mujeres incluyen una secreción vaginal verdosa o amarillenta, picazón en la vagina o cerca de ésta y molestias para orinar. La mayoría de los hombres con tricomoniasis no presenta síntomas, pero pueden tener irritación dentro del pene.

La infección por tricomonas puede curarse con antibióticos. Entre los hombres, la infección suele desaparecer espontáneamente sin provocar síntomas. Pero un hombre infectado puede continuar infectando o re infectando a una mujer hasta que reciba tratamiento. Por lo tanto, es importante que ambos integrantes de la pareja reciban tratamiento al mismo tiempo. El uso correcto de preservativos de látex reduce enormemente, aunque no elimina, el riesgo de contraer y contagiar la tricomoniasis.

### **Métodos Anticonceptivos**

Método anticonceptivo o método contraceptivo es aquel que impide o reduce significativamente las posibilidades de una fecundación o un embarazo en las



relaciones sexuales. Los métodos anticonceptivos contribuyen decisivamente en la toma de decisiones sobre el control de la natalidad (número de hijos que se desean o no tener), la prevención de embarazos, así como en la disminución del número de embarazos no deseados y embarazos en adolescentes. Los métodos que se administran después de mantener relaciones sexuales se denominan anticonceptivos de emergencia.

La generalización de la planificación familiar y la educación sexual favorecen la utilización óptima de los métodos de anticoncepción.

### **Métodos Naturales**

Los métodos de control de la fertilidad engloban una serie de técnicas que permiten a una pareja, mediante el conocimiento de los procesos asociados a la ovulación y la adaptación del ejercicio de la sexualidad, decidir si desea o no concebir un hijo.

### **Coito Interrumpido**

A pesar de que el coitus interruptus ha sido un método utilizado desde la antigüedad y su uso sigue siendo muy extendido, no es propiamente un método anticonceptivo debido a su baja eficacia y el alto riesgo de contraer infecciones.

Son muchas las parejas que con frecuencia o de forma ocasional recurren al coitus interruptus, pero... ¿cuáles son las razones? Por una parte, la actividad sexual se inicia de forma natural y espontánea, además existe un contacto directo entre los genitales, lo que para muchas personas hace que sea muy gratificante y placentero. Por otro lado, al eyacular fuera de la vagina, se intenta evitar la fecundación de una forma gratuita y accesible en cualquier momento. Estos aspectos favorecen que el coito sin método de protección, sea una alternativa atractiva y practicada. Pero en realidad, la actividad sexual no resulta tan satisfactoria, ya que justo en el momento de mayor excitación sexual, se tiene que interrumpir el coito con el fin de eyacular fuera de la vagina.

## **Método del Calendario o Ritmo**

también conocido como Método Ogino-Knaus consiste en abstenerse de mantener relaciones sexuales con penetración o usar métodos de barrera durante los días fértiles de la mujer según el calendario menstrual (de 12 a 16 días desde el día de la regla). Sólo puede ser utilizado por mujeres con menstruaciones regulares (ciclos de 28 a 30 días) sin que haya habido retrasos superiores a los 3 días en medio año ya que en caso contrario, sería poco fiable. Incluso con una menstruación normalmente regular es un método poco fiable ya que la menstruación puede variar con el clima, enfermedades y otros factores externos. Su efectividad es baja ya que los espermatozoides pueden vivir en el cuello uterino 3 días.

## **Método de la Temperatura Basal**

La fertilidad viene determinada por cambios en la Temperatura Basal Corporal (temperatura del cuerpo en reposo y al despertar). La temperatura se ha de tomar todos los días, durante 5 minutos, vía sublingual, vaginal o rectal (para una mayor precisión debe utilizarse la misma manera durante todo el ciclo). Durante la ovulación se producirá un aumento de casi un grado. Es un método efectivo, aunque hay varios factores que pueden alterar su medición exacta. Lo más efectivo es combinar este método con el método de Billings.

## **Moco Cervical**

Después de finalizar la menstruación, la parte más interna de la vagina es bloqueada por un tapón de mucosidad: un espeso moco ácido para prevenir la infección. La película de moco y su pH se incrementa (hacia la neutralidad) varios días antes de la ovulación, permitiendo a los espermatozoides pasar a través del cérvix a las trompas de Falopio donde esperarán un óvulo que pueda ser fecundado. Muy poco después de que llegue la ovulación, el moco cervical vuelve a ser más espeso y de un pH más bajo.

Algunos métodos anticonceptivos (método Billings) dependen de la observación de las calidades del moco cervical para determinar los periodos de fertilidad y de infertilidad, durante el ciclo ovulatorio humano. Puede categorizarse por la cantidad de moco presente, la cualidad de hacer "hilos" ese "engrudo": es el carácter de elasticidad del moco cervical en el periodo ovulatorio fértil, el grado de apertura del canal cervical, la presencia de telitas (aparición de patrones de ramitas del moco), y la claridad del moco versus la presencia de desechos celulares o leucocitos.

### **Métodos Modernos o Artificiales**

Son métodos que ayudan a prevenir el embarazo a través de elementos ajenos al cuerpo y se dividen en métodos modernos temporales y métodos modernos definitivos.

Como sus nombres lo indican los métodos temporales pueden suspenderse en cualquier momento y la fertilidad retornará si la mujer desea quedar embarazada. Los métodos modernos definitivos son procedimientos quirúrgicos que evitarán que el hombre y la mujer vuelvan a tener hijos de por vida.

Los métodos modernos temporales son altamente efectivos, ofrecen un 98% de protección y se clasifican en:

**Hormonales: De Barrera; Dispositivos**

### **Temporales**

Estos métodos son buenos para las personas que quieren esperar más tiempo entre los embarazos o posponerlos. El objetivo de los métodos temporales es servir durante un solo acto de relaciones sexuales o por un periodo específico de tiempo.

### **Métodos Hormonales**

Funcionan por medio de hormonas especiales que inhiben (impiden) la ovulación y alteran el moco del cuello del útero para que no pasen los espermatozoides. La eficacia de estos métodos es de 98% para prevención del embarazo.

Es importante que tú y tu médico conozcan como responde tu organismo a las hormonas, a su dosis y al método de administración: Para utilizar cualquiera de estos métodos es importante la prescripción médica y saber que NO evitan las Infecciones de Transmisión sexual (ITS) incluido el VIH/SIDA.

Entre los métodos hormonales se incluye:

Las píldoras anticonceptivas de emergencia: que se toman al día siguiente o dentro de las 72 horas de haber tenido relaciones sexuales. No se cuenta con estas en el país ya que se prohibieron en Honduras.

**Inyectables:** son inyecciones intramusculares que pueden ser de aplicación mensual o trimestral. En Salud solo se cuenta con la de tres meses.

**Píldoras anticonceptivas:** vienen en presentaciones de 21 o 28 píldoras que se deben tomar una cada día, sin olvidarlas para mantener su eficacia.

**Implante subdérmico:** son dos cápsulas que contienen hormonas y se colocan debajo de la piel del antebrazo de la mujer. Puede permanecer allí hasta cinco años. No disponible en el área de Salud Pública.

Anillo Vaginal hormonal se coloca en la entrada al cuello del útero. Es un método de presuuesta caro y no disponible en el área de Salud Pública.

**Parches:** de uso semanal, se colocan sobre la piel en una zona musculosa y la hormona es liberada lentamente durante la semana. No disponible en Salud Pública.

### **Dispositivos: DIU**

El dispositivo intrauterino (DIU), consiste en un pequeño dispositivo hecho de polietileno y son los llamados DIU inertes. Puede estar rodeado de cobre y son los

llamados DIU con cobre o puede liberar hormonas y son los llamados endoceptivos.

El DIU ha demostrado ser uno de los anticonceptivos temporales más efectivos y aceptados. Si es bien tolerado es un método excelente, sobre todo si se considera que sólo requiere de una visita inicial para la inserción, una de control a los 3 meses, para verificar que está en posición correcta, y luego la visita anual de rutina para la citología.

Es el método ideal para aquella mujer con hijos que desea una anticoncepción efectiva, se pueda usar por largo plazo y que no desea la ligadura. En la mujer que no ha tenido hijos, es preferible el uso de los anticonceptivos orales, por los posibles efectos sobre la fertilidad futura que puede tener el DIU, relacionados con el aumento de la incidencia de infecciones. Aunque si no desea la pastilla, el DIU es una alternativa.

### **Definitivos**

En la mujer la esterilización se llama LIGADURA DE TROMPAS o AQV y en el hombre, VASECTOMÍA. Son métodos de última elección, apropiados para aquellas parejas que tengan ya hijos e hijas y que estén completamente seguras que no quieren tener más descendencia.

Se necesita hacer una intervención quirúrgica por un médico/a en un centro sanitario.

La Vasectomía es una operación sencilla y no tiene efectos secundarios sobre la capacidad sexual: el hombre sigue teniendo el deseo sexual, la erección y la eyaculación igual que antes. En la operación se hace un corte en el tubo que lleva los espermatozoides del testículo. De esta forma, se impide el paso de los espermatozoides al cuerpo de la mujer, el óvulo no es fecundado y no se produce el embarazo.

Estos métodos tienen una eficacia total si están bien hechos, pero son definitivos. No protegen contra las enfermedades de transmisión sexual ni el SIDA.

### **Ligadura de Trompas o AQV.**

La ligadura de trompas es un método anticonceptivo consistente en la sección y ligadura de las trompas de Falopio, lugar habitual de la fecundación, que comunica los ovarios con la matriz. Es el método anticonceptivo que más se usa en el mundo: más de 150 millones de mujeres se han esterilizado.

Es también una intervención quirúrgica, pero es necesario hacerla en un hospital porque requiere de anestesia. Con este método, el ciclo hormonal continúa su ritmo habitual en las reglas mensuales. El deseo sexual y las relaciones sexuales siguen igual, con la ventaja de tener la seguridad de no quedarte embarazada.

## VII. DISEÑO METODOLÓGICO

**Área de Estudio:** Cesamos del Valle de Sesecapa (Concepción, Ocotepeque, Sinuapa y Santa Fe), Ocotepeque, Honduras.

**Tipo de estudio:** Se realizó un estudio Descriptivo-Transversal sobre conocimientos y prácticas de las embarazadas adolescentes en educación sexual de los cesamos del valle de sesecapa, Ocotepeque, Honduras en el periodo Octubre-Diciembre 2012.

**Población de Estudio:** Embarazadas adolescentes de los Cesamos del valle de Sesecapa (Concepción, Ocotepeque, Sinuapa y Santa Fe) que son 120 embarazadas que asistieron a los controles.

**Unidad de análisis:** Embarazadas adolescentes de los Cesamos del Valle de Sesecapa. De Octubre-Diciembre 2012.

**Unidad de Observación:** Los Cesamos del Valle de Sesecapa: Ocotepeque 2; Sinuapa 1; Santa Fe 1 y Concepción 2.

**Técnica e instrumentos:** Para recolectar la información se usó la técnica de la entrevista y el instrumento una encuesta con preguntas estructuradas y cerradas dirigidas a las embarazadas adolescentes.

### **Criterios de selección:**

- Toda embarazada adolescente que asiste a atención a las cesamos.
- Aceptar ser entrevistada.

### **Criterios de exclusión:**

- No estar presente a la hora de visita domiciliaria

## **Variables**

### **A. Características generales de la embarazada adolescente en estudio.**

- Edad
- Ocupación
- Nivel educativo
- Situación de trabajo
- Estado Civil
- De quien depende económicamente
- Estudia actualmente
- Tiene apoyo por parte del padre del niño
- Tiene apoyo por parte de su familia

### **B. Nivel de conocimiento que posee la embarazada adolescente sobre educación sexual**

- Conocimiento sobre educación sexual
- Conocimientos sobre métodos de Planificación Familiar
- Conocimientos sobre Infecciones de transmisión sexual
- Conocimientos sobre riesgos de embarazo en adolescente
- Recibió educación sexual en la escuela o colegio
- De quien recibió información sobre Educación Sexual

### **C. Aplicación de práctica de los métodos de Planificación familiar por las embarazadas adolescentes.**

- Utilizan algún método de planificación familiar antes de embarazarse
- Tiene pensado que método usar después del embarazo
- Planifico el embarazo actual



**Fuentes y obtención de los datos:** La fuente primaria fueron toda embarazada adolescente de los Cesamos del Valle de Sesecapa entrevistada. Los datos se obtuvieron mediante entrevistas directas.

**Procesamiento de los datos:** Se utilizó Excel para procesar los datos. Una vez realizado el procesamiento se procedió a ordenar las respuestas en los resultados, siguiendo el orden de los objetivos específicos. Para la redacción de resultados se utilizó el Word de Windows.

**Análisis de los datos:** Los resultados se presentaron en tablas y gráficos, utilizando el Excel y se usó el procesador de texto Word para hacer el documento.

**Trabajo de campo:** Se solicitó autorización por escrito y verbal a los Directores y supervisoras de áreas de los Cesamos del Valle de Sesecapa, para realizar las entrevistas a las embarazadas adolescentes. Además, en cada Cesamos se le explicó el propósito del estudio y se pidió su consentimiento para participar en dicho estudio.

Las entrevistas se realizaron en los diferentes Cesamos por parte del investigador.

**Aspectos éticos:** A las embarazadas adolescentes que participaron en el estudio, se les informó acerca de la investigación, para que su participación fuera de forma consciente y voluntaria. Se hizo énfasis en la privacidad y confidencialidad de los datos que suministran en la entrevista y que solo se utilizará para fines del estudio.

## **VIII. RESULTADOS**

### **8.1 Características Demográficas:**

En el presente estudio se encontró que la distribución según rango edad esta comprendida de 16 a 17 con el 34%, seguido de las edades de 18 a 19 años con un 38% y el que menos presento fue el de 12 a 13 años con un 2%. Tabla 1

El estado civil que mas predomino fue el de solteras con un 55% (66), seguida de las de unión libre 34% (41). Tabla 2

El nivel educativo de las adolescentes embarazadas con mas influencia fue el de Secundaria incompleta con un 73 (61%), seguida de Primaria Incompleta con un 28% (33) y se destaca que hay 4 (3%) con ninguna. Tabla 3

En la situación de trabajo representa que un 65% (78) no trabajan y en comparación con las que SI el 35% (42). Tabla 4. Para lo que mas predomino en ocupación es dependientas con un 16% (20), seguidas de las Domesticas con 13% (11). Tabla 5

En relación a el apoyo por parte del padre del niño en su mayoría son que NO con un 63% (76) y solo el 37% (44) SI recibe apoyo. Tabla 6

Por parte de la familia SI reciben apoyo en su mayoría respondieron que NO con un 58% (70) y las que SI son 42% (50). Tabla 7

En lo que se refiere si estudian actualmente la mayoría contesto que NO con 72% (87) y SI 28% (33). Tabla 8

En la situación de quien dependen económicamente la mayoría contesto de nadie con 53% (64), seguido de madre con un 24% (29) y solo el 5% (6) es de su pareja. Tabla 9

## **8.2 Conocimientos que posee la embarazada adolescente sobre educación sexual**

En la mayoría de las adolescentes contestaron que las relaciones sexuales precoces pueden ser causa de un embarazo no deseado 100, incrementan el riesgo de traumatismo ginecológicos en la mujer 70, constituyen un gasto familiar 86, en relación a las preguntas falsas que fueron altas sus respuestas como ser que son una prueba de amor entre la pareja 107, no queda embarazada si no usa protección anticonceptiva 102 y que las adolescentes embarazadas son las que se dan en las mayores de 20 años contestaron verdadero 97. Tabla 13

En lo referente al embarazo contestaron, si trae riesgos para la vida de ellas y el R.N. en el parto 88, riesgos de prematuridad y anemia 109, causa de deserción escolar 99 , y a diferencia que contestaron que no produce cambios físicos y hormonales 25, solo es responsabilidad de la mujer 13 y puede ser producido por un empacho 35. Tabla 14

Las adolescentes piensan que las Infecciones de Transmisión Sexual pueden ser causantes de complicaciones en el hombre y mujer 92, es una forma principal de transmisión las relaciones sexuales 77, pero hay contradicción en que los varones con ITS frecuentemente si presentan síntomas 110, los padres son los únicos en dar información sobre este tema 115 y que pueden seguir teniendo relaciones sexuales sin protección 84. Tabla 15

También en relación al VIH tienen presente que no solo da a los homosexuales 15, que la transmisión es fundamentalmente en las relaciones sexuales desprotegidas 113, pero hay algunas que contestaron que es curable 37 y que se puede transmitir a través de lagrima, sudor, orina y heces fecales 56. Tabla 16

En lo referente a los métodos anticonceptivos dicen que el coito interrumpido es una forma cien por ciento segura 93, usar condón significa falta de confianza en la pareja 86, los anticonceptivo intrauterino producen hemorragias vaginales frecuentes 80, las tabletas son ideal para las adolescentes 93, a diferencia que el

uso de hormonas inyectables constituyen una anticoncepción permanente 79.  
Tabla 17

### **8.3 Aplicación de prácticas de los métodos de planificación familiar de las embarazadas adolescentes**

En lo referente si utilizo algún método antes del embarazo la mayoría no usaba con 50% (61), seguido del condón con 32% (38) y el con menor uso es la inyección con 6% (7). Tabla 10

En relación a que si fue planificado su embarazo la mayoría respondió que NO con 72% (87) y los que SI son 28% (33). Tabla 8

## **IX. DISCUSION DE RESULTADOS**

### **9.1. Características Demográficas**

Con relación a la edad de las embarazadas adolescentes se puede observar de acuerdo con los datos obtenidos, que oscila en un rango de 16 a 17 años, en cambio el que menos esta en el rango de 12 a 13 años. Este dato demuestra que la edad del grupo de estudio es la adolescencia tardía lo que representa un comportamiento relativo según estudios referentes al tema en América Latina y el Caribe.

Con relación al estado civil su mayoría es Soltera, seguido de Unión Libre ya que las adolescentes se unen a sus parejas para no quedar solas y por esta razón de estar en gestación en su mayoría solo llegan a secundaria incompletas. Por lo que se puede ver en la mayoría de los países con estudios referentes al tema.

La mayoría no trabajan y las que si lo hacen tienen una ocupación de dependientas y también no cuentan con el apoyo del padre del niño, ni de su familia, por lo que dependen económicamente de nadie. Es lo que en la mayoría de los casos estudiados se puede observar lo que conlleva a vivir en pobreza.

### **9.2. Conocimientos sobre Educación Sexual**

Con relación al conocimiento que tiene en educación sexual las embarazadas adolescentes son en algunos temas como ser: relaciones sexuales, embarazo, infecciones de transmisión sexual y métodos de planificación de forma muy general pero no específica por lo que presenta en poco conocimiento en estos temas ya que la mayoría de centros educativos tiene muy limitado hablar de estos temas con las estudiantes y también afecta un poco las creencias y patrones culturales que cada quien tenga, por lo que a sido superficial su aprendizaje y también que el Departamento no cuenta con el Programa de Atención Integral al Adolescente, por lo que el personal de salud no sale a realizar charlas educativas y la atención en las unidades de salud no es muy integral por lo visto en este estudio.

Conocen lo referente a las relaciones sexuales pero si tienden a confundir algunas preguntas ya que no debieron haber puesto verdadero en sus respuestas por la misma información incompleta que se les brinda en las áreas de educación y salud.

En lo referente al embarazo en la adolescencia en su mayoría están consientes de que es un riesgo para ellas y el bebe, que produce anemia y prematuridad, es causa de deserción estudiantil y que no se puede producir por un empacho pero

algunas contestaron que no producen cambios físicos y hormonales y que solo es responsabilidad de la mujer. Por lo que se puede observar en la mayoría de los países estos patrones ya que solo le dejan la responsabilidad a la mujer y por la misma idiosincrasia y culturas de las adolescentes y su entorno.

Con las infecciones de transmisión sexual la mayoría contesto que son causantes de complicaciones como ser EPI, ca de Cervix, ca de pene entre otras, su principal forma de transmisión es por penetración vaginal, anal u oral y que facilita la trasmisión del VIH, pero a diferencia contestaron que los varones con ITS frecuentemente presentan síntomas, a pesar de tener síntomas de ITS pueden seguir teniendo relaciones sexuales, aunque que e otros países tienden a tener una mayor de conocimiento en las ITS sigue habiendo estos problemas en la población.

En referente al VIH la vía de transmisión es fundamentalmente a través de relaciones sexuales desprotegidas y pocos contestaron que solo es de homosexuales, es por contacto con lagrimas, sudor, saliva y que es curable, todavía existe cierto tabú en esta enfermedad por causas que algunas mujeres vienen de sectores en donde no hay energía eléctrica y por lo que no se encuentran informadas.

Con los métodos de planificación familiar su mayoría contesto que el coito interrumpido no es una forma de anticoncepción 100% segura, las pastillas es el método mas ideal para la adolescente, usar condón es falta de confianza, los anticonceptivos intrauterino pueden producir hemorragias vaginales frecuentes, la poca información que tiene las adolescentes sobre este tema hace que no se conozcan las alternativas anticonceptivas que se cuentan en el mercado y también que la secretaria de salud solo cuenta con 4 métodos para la población y son los mas conocidos por la población en estudio. A diferencia en otros países que educan en los demás métodos pero se cuenta con la religión que no los permite por lo que esto influye en el aumento de embarazos precoces y enfermedades de transmisión sexual.

### **9.3. Aplicación de métodos de planificación familiar**

Las adolescentes en su mayoría no uso ningún método antes de su embarazo por motivos diversos como ser para no perder la pareja, y algunas usan condón ya que es gratuito y no lo usan de forma correcta y no planificaron su embarazo esto se da en la mayoría de los países y es similar en este estudio por lo que las adolescentes tiene embarazos precoces.

Y la información sobre educación sexual a sido por parte de los profesores y seguido de los padres, aunque a veces no esta en su contesto completo por los muchos conflictos que este tema tiene y produce en la sociedad. Y sigue siendo un problema en Latinoamérica y del caribe.

El personal de la institución de salud no conocen la estrategia para un mejor manejo de las atenciones a este grupo de pacientes ya que la región no cuenta con el programa de atención al adolescente, lo que representa un gran desafío para el departamento bajar los porcentajes de embarazo en la adolescencia.

## **X. CONCLUSIONES**

- 1.** La edad mas predominante fue de 16 a 17 años, el estado civil es solteras, el nivel educativo es la secundaria incompleta, la mayoría trabaja y su ocupación es dependientas, no reciben apoyo por parte del padre del niño, no reciben apoyo de sus familias y dependen económicamente de nadie.
  
- 2.** En su mayoría no tiene conocimiento en relación a la educación sexual, embarazo, infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA y métodos de planificación familiar ya que contestaron erróneamente algunas respuestas ya que puede ser que tengan una información no completa de los temas
  
- 3.** En relación a las practicas de métodos de planificación familiar la mayoría no usaba ningún método y no planificaron el embarazo.



## **XI. RECOMENDACIONES**

- 1.** Gestionar a nivel de Secretaria de Salud la apertura del programa de atención integral del adolescente en el Departamento de Ocoatepeque.
- 2.** Para los Centros de Salud hacer actividades extra muros en las escuelas, colegios sobre los temas de educación sexual, métodos de planificación familiar, infecciones de transmisión sexual y riesgos del embarazo en la adolescencia.
- 3.** educación hacer participe a los padres de familia en la educación en estos temas al permitir participar en las charlas.
- 4.** en salud tener un programa para las embarazadas adolescentes en los Centros de Salud para una mejor atención por sus riesgos
- 5.** buscar estrategias de coordinación con otras instituciones para una mejor información en los temas para realizar distintas actividades en las áreas de educación y salud.
- 6.** capacitar al personal de salud en estos temas para brindar una mejor atención
- 7.** Capacitar al personal en las normas de atención integral del adolescente y se pueda dirigir el trabajo de forma mas segura tanto para ellas como para la población.
- 8.** Gestionar la realización de espacios físicos en las áreas de salud para esta atención de adolescentes sea de forma integral

## II. BIBLIOGRAFÍA

1. Necchi S, Schufer M. Adolescente varón: iniciación sexual y anticoncepción (Argentina). *Rev Chil Pediatr*, 2001. 72 (2): 159-168.
2. López N, Vera L, Orozco L. Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de riesgo para adquirir infección por VIH en jóvenes de Bucaramanga. *Revista Colombia Médica*, 2001; 32 (1):32-40.
3. Campos A, Olivo C. Factores de riesgo para ETS-VIH y educación sexual en adolescentes. *Revista Colombia Médica*, 2001; 37:181-185
4. Diamond L, Clements S, Stone N, Ingham R. Spatial variation in teenage conception in South and West England. *Eur J Public Health*, 2007; 17 (6):630-636.
5. Heredia B, Velazco A, Cutié E, Álvarez P: Enfermedades de transmisión sexual y su relación con el embarazo. *Rev Cubana Obst y Ginecol* 1998; 24 (1): 33-38.
6. Asociación entre algunos factores psicosociales y el inicio de las relaciones sexuales en adolescentes escolares. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2006; 22(1): 62-64.
7. García T, Rodríguez R, Castaño S. Efectividad de las técnicas participativas en los conocimientos de adolescentes sobre enfermedades de transmisión sexual. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1999; 15 (5): 536-540.
8. Abreu M, Fernández M, Martín A. SIDA. Información y conducta sexual en jóvenes. ISCM de La Habana FCM "Comandante Manuel Fajardo". *Rev Salud Pública* 2003: 37-42.
9. Ochoa R. y Cols. Intervención educativa: Vulnerabilidad en los más jóvenes. En su: *Manual para médicos de familia sobre ITS/VIH/SIDA*. Centro Nacional de Prevención de las ITS/VIH/SIDA, 2003. p: 102- 106.
10. Rigol O. Adolescencia y salud reproductiva. En su: *Obstetricia y Ginecología* Editorial Ecimed, Ciudad de La Habana, 2004. p: 417-426.
11. La prensa.hn.26 sept-2012

12. Womens Health, artículo en el sitio web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Consultado el 24/01/2010.

13. Anticoncepción, en el sitio web de la Federación Internacional de Planificación Familiar

14. Díaz M, Barroso A, Hernández C, Romero A, Daroqui P, Novo M. Sexualidad y adolescencia. Tenerife 2000 (citado 17 sept. 2004) Disponible en: <http://www.comkf.cs>.

15. Haffner D. W.: Facing Facts: Sexual healths for american´s adolescents. Nationals commission on adolescents sexual health. Sexuality information and education council on the United States (SIEGUS), 1995.

16. Martínez E, Salazar M, Parada D. La sexualidad de los adolescentes de 14-19 años de una población dada. Rev. Cubana de Enfermería 2002 18 (3): 92-100.

17. "Situación del embarazo en la adolescencia en la subregión andina"/Organismo andino de salud- Convenio Hipólito Unanue/Comité Subregional Andino para la prevención del embarazo en adolescencia- Lima:ORAS-conhu;2009.

18. <http://www.monografias.com/trabajo42/embarazo-precoz/embarazo-precoz.shtml>

19. Informe de un grupo de estudio de la OMS acerca de los jóvenes y la "Salud para todos en el año 2000" Tesis de Maestría: alternativa metodológica para la educación de una sexualidad responsable en los y las adolescentes de la secundaria básica desde la educación familiar. Omar Serrano Abreu.

20. Castro Alegret, Pedro Luis, Antonia Torres Cueto y Otros. Conocer nuestra sexualidad y prevenir el VIH/Sida. Editorial Molinos Trade S.A. MINED. 2004. La

educación de la Sexualidad en los adolescentes de noveno grado de la secundaria básica “26 de junio” Moa. Marbelis Capdesuñer Jiménez.

21. Noci ML, Sánchez M, Reyes C, Ruiz P. Adolescentes y métodos anticonceptivos. Disponible en URL.

# **ANEXOS**

## Anexo # 1

### Modelo de consentimiento informado

Yo: \_\_\_\_\_

Adolescente embarazada del CESAMO \_\_\_\_\_,  
estoy dispuesta a participar en la investigación  
relacionada con el conocimiento, actitudes y practicas  
sobre educación sexual, luego de haberseme  
explicado los objetivos de la investigación y solicitado  
mi cooperación.

Firma \_\_\_\_\_

## Anexo # 2. Cuestionario

Fecha: \_\_\_\_\_

Tu participación es muy útil. Necesitamos que respondas cada una de las preguntas cuidadosamente después de leerlas y según tu criterio personal.

### 1. Datos Generales:

Edad.

10 - 14 años [ ]

15 - 17 años [ ]

18 - 19 años [ ]

Ocupación:

Estudiante [ ]

Trabajador [ ]

Ama de casa [ ]

Desocupado [ ]

De las afirmaciones que a continuación te presentamos responde Verdadero (V) o Falso (F) según corresponda.

1. Las relaciones sexuales precoces pueden ser causa de un embarazo no deseado \_\_\_\_\_

Las relaciones sexuales precoces incrementan el riesgo de traumatismos ginecológicos en la mujer \_\_\_\_\_

Las relaciones sexuales precoces son una prueba del amor entre la pareja \_\_\_\_\_

Las relaciones sexuales precoces constituyen un grave problema familiar \_\_\_\_\_

Las relaciones sexuales precoces pueden ser causa de infecciones de transmisión sexual \_\_\_\_\_

2. Acerca del embarazo en la adolescencia, responda SI o NO:

Cuando una adolescente se embaraza trae riesgos para la vida de ella y la de su hijo \_\_\_\_\_

El embarazo en la adolescencia constituye un problema familiar para la futura madre y padre \_\_\_\_\_

Un embarazo en la adolescencia puede producir anemia y riesgo de prematuridad \_\_\_\_\_

El embarazo en la adolescencia es causa de deserción escolar \_\_\_\_\_

Si una adolescencia se embaraza puede tener complicaciones en el parto \_\_\_\_\_

3. En relación con las enfermedades de transmisión sexual, marque con una X las afirmaciones que considere correctas:

a) \_\_\_\_\_ Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son causantes de complicaciones como la enfermedad pélvica inflamatoria en la mujer, estrechez uretral en el hombre, infertilidad, cáncer cervical y cáncer de pene.

b) \_\_\_\_\_ La forma principal de transmisión es por las relaciones sexuales con penetración vaginal, anal u oral, sin protección.

c) \_\_\_\_\_ Las mujeres con infecciones de transmisión sexual (ITS) frecuentemente presentan síntomas.

d) \_\_\_\_\_ A pesar de tener síntomas de infecciones de transmisión sexual (ITS) puedes seguir teniendo relaciones sexuales.

e) \_\_\_\_\_ Las infecciones de transmisión sexual (ITS) facilita la transmisión del VIH de una persona a otra.

4. Con relación al VIH-SIDA, marque con una X las oraciones correctas:

\_\_\_\_\_ El VIH- SIDA solo se presenta en los homosexuales.

\_\_\_\_\_ La vía de transmisión de esta enfermedad fundamentalmente es a través de relaciones sexuales desprotegida.



\_\_\_\_\_ El contacto con lágrimas, sudor, saliva, orina y heces fecales no constituye un modo de transmisión del VIH – SIDA.

\_\_\_\_\_ El SIDA es una infección de transmisión sexual (ITS) de causa curable.

\_\_\_\_\_ El resultado NEGATIVO en el examen de sangre no siempre descarta la presencia de SIDA.

5. Sobre los métodos anticonceptivos responda SI O NO.

\_\_\_\_\_ El coito interrumpido no es una forma de anticoncepción 100 por ciento segura.

\_\_\_\_\_ Usar Condón significa falta de confianza en la pareja.

\_\_\_\_\_ El uso de hormonas inyectables constituye anticoncepción permanente.

\_\_\_\_\_ Los anticonceptivos intrauterinos pueden producir hemorragias vaginales.

\_\_\_\_\_ El método ideal para los adolescentes son las tabletas anticonceptivas.

Anexo 3 Tablas

**Tabla N° 1**

Distribución por Edad de las embarazadas adolescentes atendidas en los CESAMOS del Valle de Sesecapa, Ocotepeque, Honduras 2012.

<b>Edades</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
12 - 13	2	2
14 - 15	20	17
16 - 17	52	43
18 - 19	46	38
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario de Embarazadas Adolescentes. Año 2012.

**Tabla N° 2**

Estado Civil de las embarazadas adolescentes atendidas en los CESAMOS del Valle de Sesecapa, Ocotepeque, Honduras 2012.

<b>Estado Civil</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Casada	7	6
Separada	6	5
Soltera	66	55
Unión Libre	41	34
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario de Embarazadas Adolescentes. Año 2012.

**Tabla N° 3**

Nivel Educativo de las embarazadas adolescentes atendidas en los CESAMOS del Valle de Sesecapa, Ocotepeque, Honduras 2012.

<b>Escolaridad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Primaria Completa	33	28
Primaria Incompleta	10	8
Secundaria Completa	0	0
Secundaria incompleta	73	61
Ninguna	4	3
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario de Embarazadas Adolescentes. Año 2012.

**Tabla N° 4**

Estado Laboral de las embarazadas adolescentes atendidas en los CESAMOS del Valle de Sesecapa, Ocotepeque, Honduras 2012.

Estado Laboral	Frecuencia	Porcentaje
Si	42	35
No	78	65
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario de Embarazadas Adolescentes. Año 2012.

**Tabla N° 5**

Ocupación Laboral de las embarazadas adolescentes atendidas en los CESAMOS del Valle de Sesecapa, Ocotepeque, Honduras 2012.

Trabajo	Frecuencia	Porcentaje
Cajera	2	2
Costurera	2	2
Dependiente	20	16
Domestica	13	11
Estilista	2	2
No Aplica	77	64
Tortillera	4	3
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario de Embarazadas Adolescentes. Año 2012.

**Tabla N° 6**

Apoyo por parte de la pareja de las embarazadas adolescentes atendidas en los CESAMOS del Valle de Sesecapa, Ocotepeque, Honduras 2012.

Apoyo de la Pareja	Frecuencia	Porcentaje
Si	44	37
No	76	63
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario de Embarazadas Adolescentes. Año 2012.

**Tabla N° 7**

Apoyo por parte de la Familia de las embarazadas adolescentes atendidas en los CESAMOS del Valle de Sesecapa, Ocotepeque, Honduras 2012.

Apoyo de la Familia	Frecuencia	Porcentaje
Si	50	42
No	70	58
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario de Embarazadas Adolescentes. Año 2012.

**Tabla N° 8**

Planificación del embarazo en las adolescentes embarazadas atendidas en los CESAMOS del Valle de Sesecapa, Ocotepeque, Honduras 2012.

Uso de Método de Planificación	Frecuencia	Porcentaje
Si	33	28
No	87	72
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario de Embarazadas Adolescentes. Año 2012.

**Tabla N° 9**

De quien dependen Económicamente las adolescentes embarazadas atendidas en los CESAMOS del Valle de Sesecapa, Ocotepeque, Honduras 2012.

Dependencia Económica	Frecuencia	Porcentaje
Padres	21	18
Madres	29	24
Nadie	64	53
Pareja	6	5
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario de Embarazadas Adolescentes. Año 2012.

**Tabla N° 10**

Que método usaba antes de embarazarse la adolescente embarazada atendidas en los CESAMOS del Valle de Sesecapa, Ocotepeque, Honduras 2012.

Método Utilizado	Frecuencia	Porcentaje
Depoprovera	7	6
ACOS	14	12
DIU	0	0
Condón	38	32
Ninguno	61	50
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario de Embarazadas Adolescentes. Año 2012.

**Tabla N° 11**

Quien le dio Educación Sexual a las adolescente embarazada atendidas en los CESAMOS del Valle de Sesecapa, Ocotepeque, Honduras 2012.

<b>Educación Sexual</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Profesores	39	32
Padres	30	25
Tv/ Revistas	2	2
Amigos	19	16
Nadie	26	21
Novio	2	2
Centro de Salud	2	2
<b>Total</b>	<b>120</b>	<b>100</b>

Fuente: Cuestionario de Embarazadas Adolescentes. Año 2012.

**Tabla N° 12**

Conocimiento sobre Relaciones Sexuales en las adolescentes embarazadas atendidas en los CESAMOS del Valle de Sesecapa, Ocotepeque, Honduras 2012.

<b>Conocimientos de Relaciones Sexuales.</b>	<b>Verdadero</b>	<b>Falso</b>
Las Relaciones precoces pueden ser causa de un embarazo no deseado.	100	20
Las Relaciones sexuales precoces incrementan el riesgo de traumatismos ginecológicos en la mujer.	70	50
Las relaciones sexuales precoces son las realizadas en las mayores de 20 años.	97	23
Las relaciones sexuales precoces son una prueba de amor entre la pareja.	107	13
Las relaciones sexuales precoces constituyen un grave problema familiar.	86	34
Las relaciones sexuales precoces no dejan embarazada a una adolescente que usa protección Anticonceptiva	102	18
Las relaciones sexuales precoces pueden ser causa de infecciones de transmisión sexual.	91	29

Fuente: Cuestionario de Embarazadas Adolescentes. Año 2012.

**Tabla N° 13**

Conocimientos sobre Embarazo en las adolescentes embarazadas atendidas en los CESAMOS del Valle de Sesecapa, Ocotepeque, Honduras 2012.

<b>Conocimientos de Embarazo</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
Cuando una adolescente se embaraza trae riesgo para la vida de ella y la de su hijo en el parto.	88	32
El embarazo en la adolescencia no produce cambios físicos y hormonales en la mujer.	95	25
Un embarazo en la adolescente puede producir anemia y riesgo de prematuridad del Recién Nacido.	109	11
El embarazo en la adolescencia es causa de deserción escolar.	99	21
El Embarazo en la adolescencia solo es responsabilidad de la mujer.	107	13
El embarazo Puede ser Producido por un empacho.	35	85

Fuente: Cuestionario de Embarazadas Adolescentes. Año 2012.

**Tabla N° 14**

Conocimientos sobre las Infecciones de Transmisión Sexual que tienen las adolescentes embarazadas atendidas en los CESAMOS del Valle de Sesecapa, Ocotepeque, Honduras 2012.

<b>Conocimientos de Infecciones de Transmisión Sexual.</b>	<b>X</b>	<b>No Respondieron</b>
Las ITS so causantes de complicaciones como la EPI en la mujer, estreches uretral en el varón, infertilidad, Cáncer de Cérvix, y Cáncer de Pene.	92	28
La Forma Principal de Transmisión es por las relaciones sexuales con penetración vaginal, anal u oral sin protección.	77	53
Los varones con Infección Sexual frecuentemente presentan síntomas	110	10
A pesar de tener síntomas de ITS pueden seguir teniendo relaciones sexuales sin protección Sexual.	84	36
Las ITS Facilita la transmisión del VIH de una persona a otra.	96	24
Los Padres son los únicos que nos pueden dar información	115	5

Fuente: Cuestionario de Embarazadas Adolescentes. Año 2012.

**Tabla N° 15**

Conocimientos sobre las Infecciones de Transmisión Sexual que tienen las adolescentes embarazadas atendidas en los CESAMOS del Valle de Sesecapa, Ocotepeque, Honduras 2012.

<b>Conocimientos de Infecciones de Transmisión Sexual.</b>	<b>X</b>	<b>No Respondieron</b>
Las ITS so causantes de complicaciones como la EPI en la mujer, estreches uretral en el varón, infertilidad, Cáncer de Cérvix, y Cáncer de Pene.	92	28
La Forma Principal de Transmisión es por las relaciones sexuales con penetración vaginal, anal u oral sin protección.	77	53
Los varones con Infección Sexual frecuentemente presentan síntomas	110	10
A pesar de tener síntomas de ITS pueden seguir teniendo relaciones sexuales sin protección Sexual.	84	36
Las ITS Facilita la transmisión del VIH de una persona a otra.	96	24

Fuente: Cuestionario de Embarazadas Adolescentes. Año 2012.



**Tabla N° 16**

Conocimientos en relación al VIH en las adolescentes embarazadas atendidas en los CESAMOS del Valle de Sesecapa, Ocotepeque, Honduras 2012.

<b>Conocimientos de Infecciones de Transmisión Sexual.</b>	<b>X</b>	<b>No Respondieron</b>
El VIH- Sida solo se presenta en los Homosexuales.	15	105
La Vía de transmisión de esta enfermedad es fundamentalmente a través de relaciones sexuales desprotegidas.	113	7
El contacto con lágrimas, sudor, saliva, orina y heces fecales no constituyen un modo de transmisión del VIH – Sida.	56	74
El Sida es una infección de transmisión sexual curable	37	103
El Resultado Negativo en el examen de sangre no siempre descarta la presencia de Sida.	44	86

Fuente: Cuestionario de Embarazadas Adolescentes. Año 2012.

**Tabla N° 17**

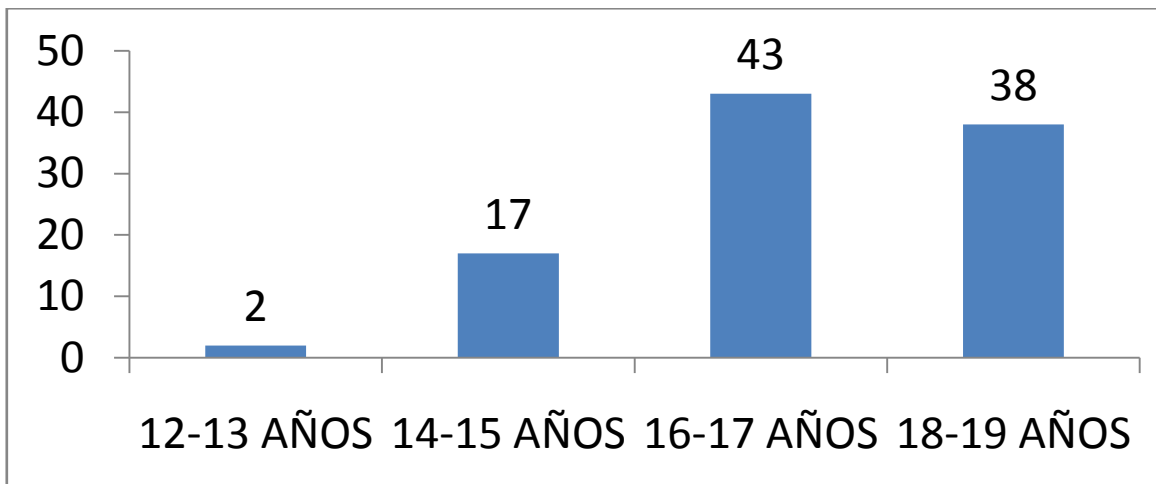
Conocimientos en relación al VIH en las adolescentes embarazadas atendidas en los CESAMOS del Valle de Sesecapa, Ocotepeque, Honduras 2012.

<b>Conocimientos sobre métodos de Planificación Familiar</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
El coito interrumpido no es una forma de anticoncepción 100% segura.	93	27
Usar condón significa falta de confianza en la pareja.	86	34
El Uso de hormonas inyectables constituye anticoncepción permanente	41	79
Los Anticonceptivos intrauterino pueden producir hemorragias vaginales frecuentes.	80	40
El método ideal para las adolescentes son las tabletas anticonceptivas.	93	27

Fuente: Cuestionario de Embarazadas Adolescentes. Año 2012.

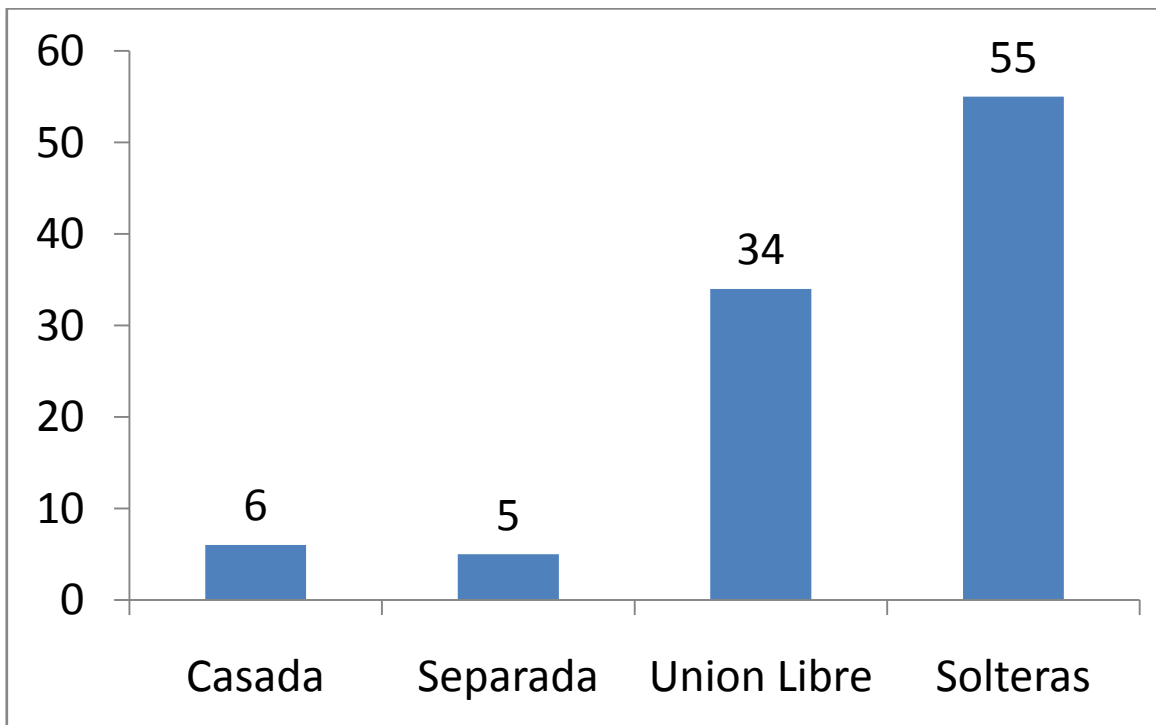
#### Anexo 4 Graficos

**Gráfico 1.** Edad de la población estudiada de los Cesamos del Valle de Sesecapa, Ocotepeque, Honduras. Año 2012



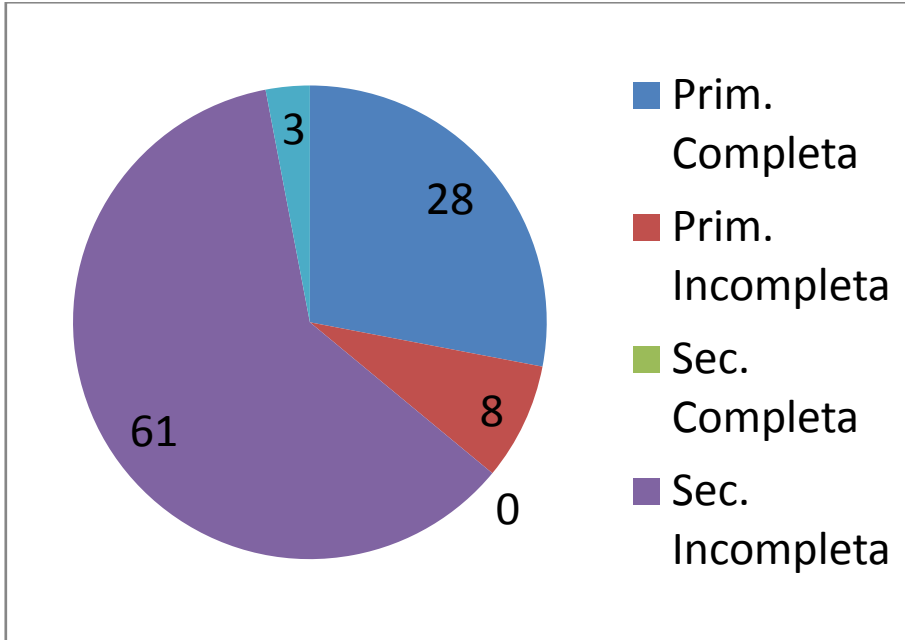
Fuente: Tabla 1

**Gráfico 2:** Estado Civil. De las adolescentes embarazadas atendidas en los Cesamos del Valle de Sesecapa, Ocotepeque, Honduras. Año 2012.



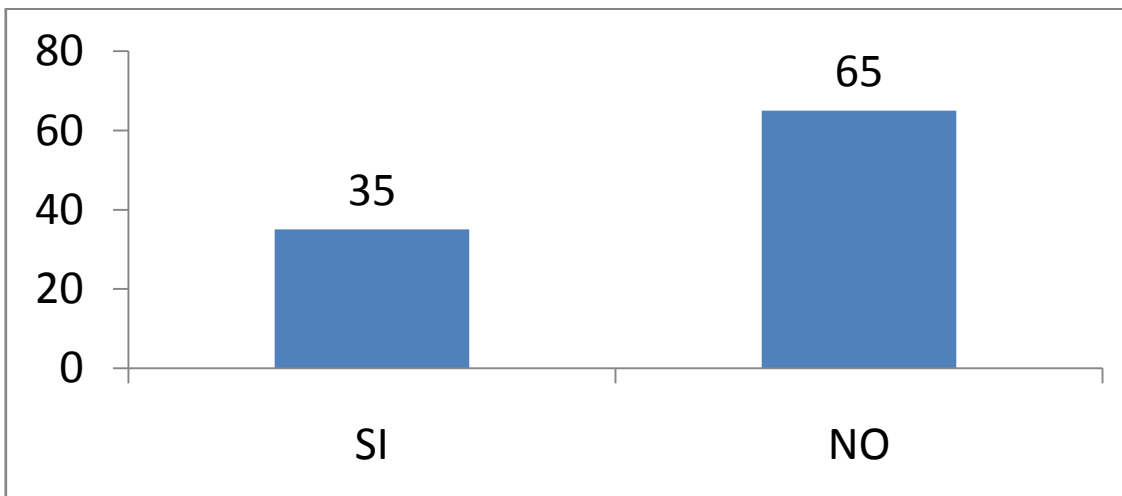
Fuente: Tabla 2

**Grafico 3.** Nivel educativo de las adolescentes embarazadas atendidas en los Cesamos del Valle de Sesecapa, Ocotepeque, Honduras. Año 2012.



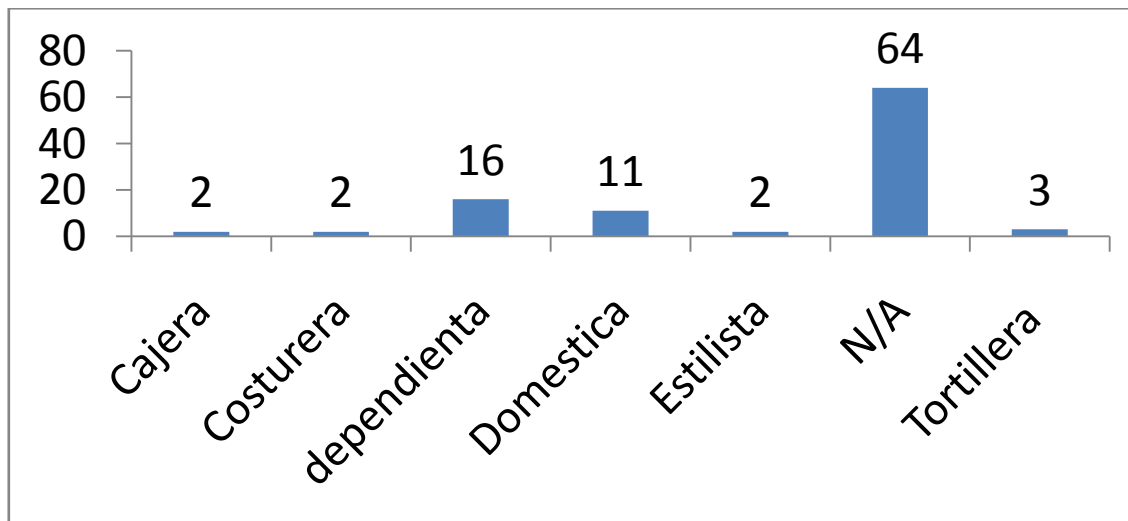
Fuente: Tabla 3

**Grafico 4.** Trabajo de la población estudiada en los Cesamos del Valle de Sesecapa, Ocotepeque, Honduras 2012.



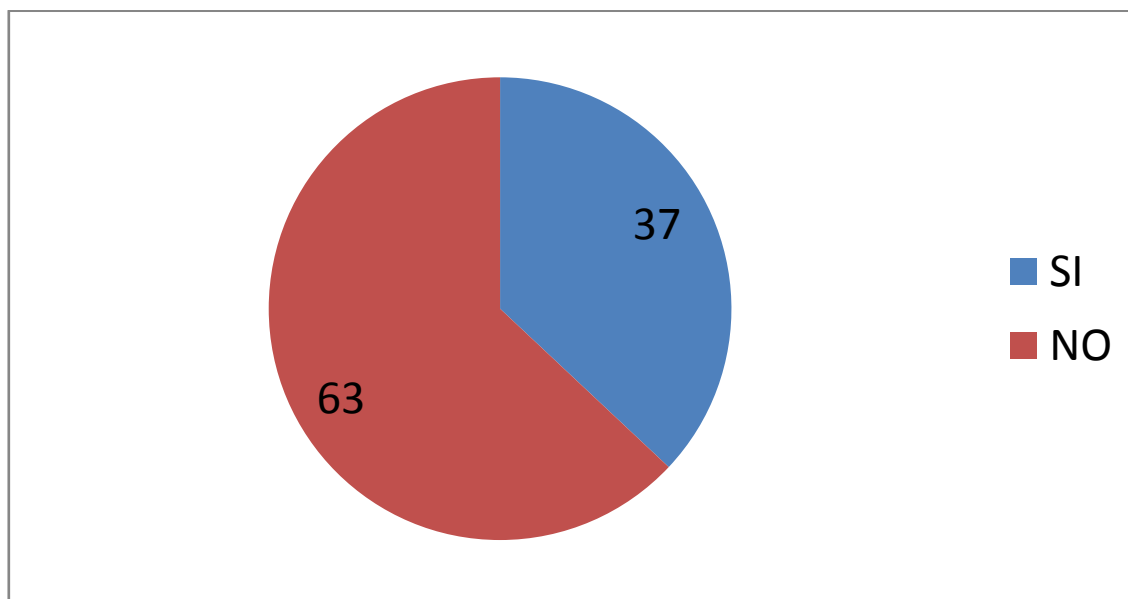
Fuente: Tabla 4

**Grafico 5.** Ocupación de la población estudiada en los Cesamos del Valle de Sesecapa, Ocotepeque, Honduras. Año 2012



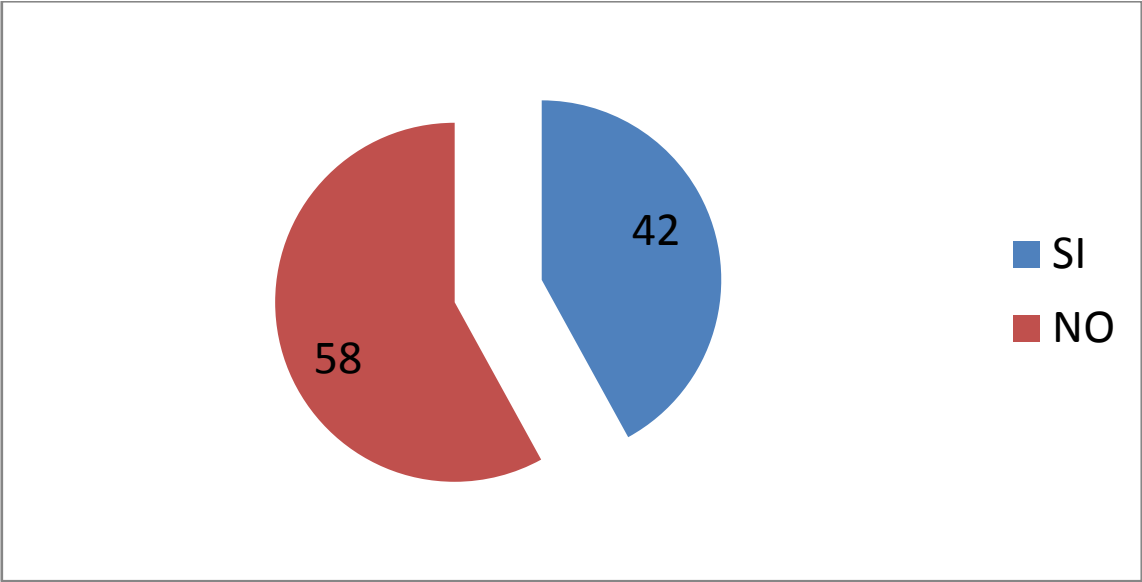
Fuente: Tabla 5

**Grafico 6.** Apoyo por parte de la pareja de la adolescente embarazada atendida en los Cesamos del Valle de Sesecapa, Ocotepeque, Honduras. Año 2012



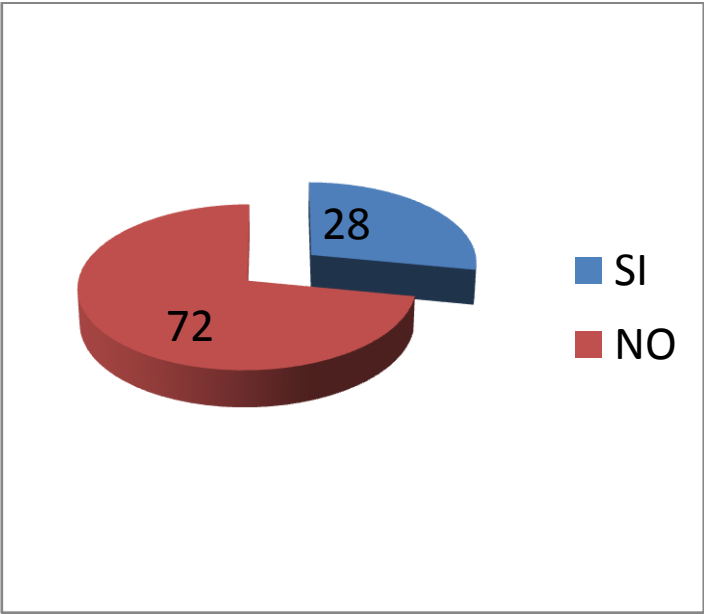
Fuente: Tabla 6

**Grafico 7** Apoyo por parte de la familia de la adolescente embarazada atendida en los Cesamos del Valle de Seseccapa, Ocotepeque, Honduras 2012



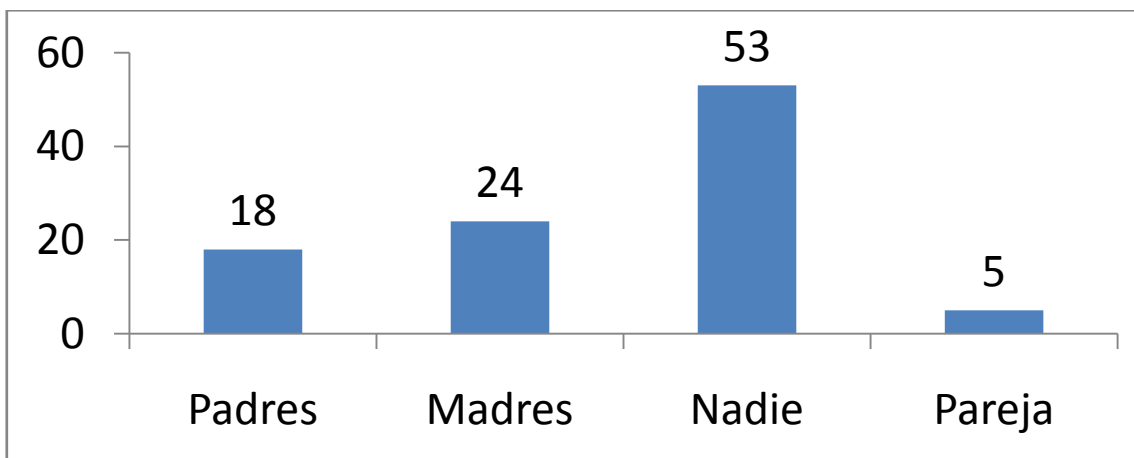
Fuente: Tabla 7

**Grafico 8.** Planificación del embarazo de la adolescente embarazada atendida en los Cesamos del Valle de Seseccapa, Ocotepeque, Honduras 2012



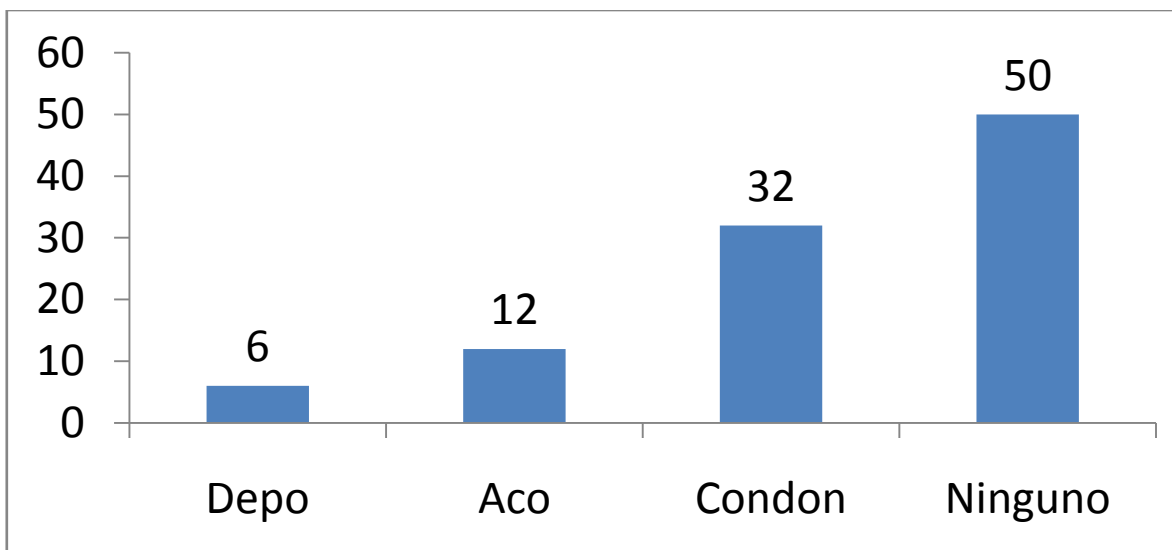
Fuente: Tabla 8

**Grafico 9.** Dependencia Económica de la adolescente embarazada atendida en los Cesamos del Valle de Sesecapa, Ocotepeque, Honduras 2012



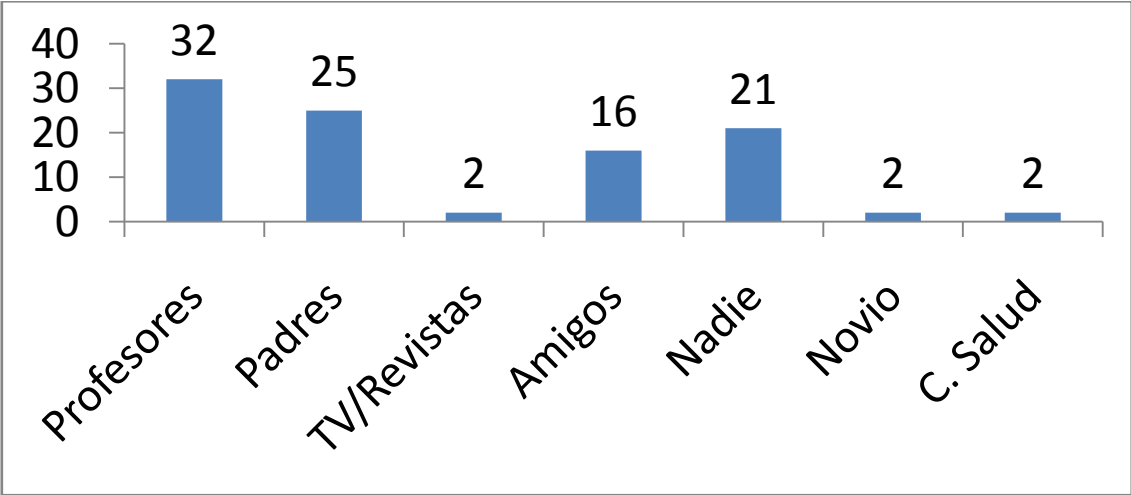
Fuente: Tabla 9

**Grafico 10.** Uso de método de planificación Familiar antes del embarazo de la adolescente embarazada atendida en los Cesamos del Valle de Sesecapa, Ocotepeque, Honduras 2012.



Fuente: Tabla 10

Grafico 11. De Quien recibió educación Sexual la adolescente embarazada atendida en los Cesamos del Valle de Sesecapa, Ocotepeque, Honduras 2012.



Fuente: Tabla 11