

**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ  
FACULTAD DE CIENCIAS AGROPECUARIAS  
ESCUELA DE EDUCACIÓN PARA EL HOGAR**

**TRABAJO DE GRADUACIÓN**

**ESTUDIO DE LOS CONOCIMIENTOS, MITOS Y PRÁCTICAS SOBRE  
SEXUALIDAD REPRODUCTIVA QUE TIENE UN GRUPO DE  
ADOLESCENTES QUE ASISTEN AL CENTRO EDUCATIVO  
VICTORIANO LORENZO DE LAS LOMAS, DAVID,  
CHIRIQUÍ, REPÚBLICA DE PANAMÁ, 2013.**

**POR:**

**JENNIFER SAMUDIO**

**CÉDULA: 4 -746-750**

**DAVID, CHIRIQUÍ, REPÚBLICA DE PANAMÁ**

**2014**

**ESTUDIO DE LOS CONOCIMIENTOS, MITOS Y PRÁCTICAS SOBRE  
SEXUALIDAD REPRODUCTIVA QUE TIENE UN GRUPO DE  
ADOLESCENTES QUE ASISTEN AL CENTRO EDUCATIVO VICTORIANO  
LORENZO DE LAS LOMAS, DAVID, CHIRIQUÍ, REPÚBLICA DE PANAMÁ,  
2013.**

**SOMETIDA PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE LICENCIADA  
EN CIENCIAS DE LA FAMILIA Y DEL DESARROLLO  
COMUNITARIO**

**FACULTAD DE CIENCIAS AGROPECUARIAS  
ESCUELA DE EDUCACIÓN PARA EL HOGAR**

**PERMISO PARA SU PUBLICACIÓN, REPRODUCCIÓN TOTAL  
O PARCIAL DEBE SER OBTENIDO DE LA FACULTAD DE  
CIENCIAS AGROPECUARIAS**

**APROBADO:** \_\_\_\_\_ **DIRECTORA**  
\_\_\_\_\_ **COMITÉ**  
\_\_\_\_\_ **COMITÉ**

**CHIRIQUÍ, REPÚBLICA DE PANAMÁ**

**2014**

## **AGRADECIMIENTO**

Dedico esta tesis A. DIOS, quien inspiro mi espíritu para la conclusión de esta tesis.

A mi familia por haberme dado su fuerza y apoyo incondicional.

A mis profesores a quienes les debo gran parte de mis conocimientos, gracias a su paciencia y enseñanza en especial A mi directora de tesis la Profesora **YOLANDA DE VÁSQUEZ**. A mis asesores de tesis Profesora **LILIA M. JARAMILLO DE QUINTERO** y el Profesor **ENRIQUE WEDEMEYER**.

Un eterno agradecimiento a la Universidad de Panamá, especialmente a la Facultad de Ciencias Agropecuarias la cual abre sus puertas a jóvenes para prepararles en un mundo competitivo y brindarles una formación integral.

*A todos Gracias...*

*Jennifer*

## DEDICATORIA

A mi madre y abuela quienes me apoyaron.

A mi esposo quien me apoyo.

A mis hijas quienes me dieron aliento para continuar, cuando parecía que me iba a rendir.

A mis profesores quienes nunca desistieron al enseñarme, aun sin importar que muchas veces no ponía atención en clase, a ellos que continuaron depositando su esperanza en mí.

A los asesores quienes estudiaron mi tesis y la aprobaron.

A todos los que me apoyaron para escribir y concluir este trabajo de graduación.

Para ellos es esta dedicatoria pues les debo su apoyo incondicional.

*Jennifer*

**SAMUDIO, JENNIFER. 2014.** ESTUDIO DE LOS CONOCIMIENTOS, MITOS Y PRÁCTICAS SOBRE SEXUALIDAD REPRODUCTIVA QUE TIENE UN GRUPO DE ADOLESCENTES QUE ASISTEN AL CENTRO EDUCATIVO VICTORIANO LORENZO DE LAS LOMAS, DAVID, CHIRIQUÍ, REPÚBLICA DE PANAMÁ, 2013.

**PALABRAS CLAVES:** adolescencia, sexualidad reproductiva, métodos anticonceptivos, relaciones sexuales, prevención.

## **RESUMEN**

La adolescencia es el ciclo en la vida del ser humano que continua a la pubescencia y la pubertad. Se inicia entre los 12 ó 14 años, según algunos autores, y culmina con la madurez (18 a 20 años), no sólo es la fase de mayores cambios psicológicos, sino que también está llena de cambios físicos y cognoscitivos. En esta etapa se toman grandes decisiones que marcaran a los jóvenes para siempre.

La investigación realizada fue de tipo descriptiva. Obteniéndose la información de una muestra no probabilística de 100 estudiantes que pertenecían al Centro Educativo Victoriano Lorenzo, los que pertenecían al décimo, undécimo y undécimo año.

En el desarrollo de este estudio se investigo cuáles son los conocimientos, mitos y prácticas sobre salud sexual reproductiva que tienen un grupo de adolescentes del Centro Educativo Victoriano Lorenzo de las Lomas, distrito de David, provincia de Chiriquí, República de Panamá, 2013. Entre los resultados encontrados tenemos: los adolescentes entrevistados presentan diferentes tipos de conocimientos, mitos y prácticas que se reflejaban en distintas conductas arriesgadas o no, sin percatarse muchas veces de las posibles consecuencias adversas. Esta manera de actuar lleva a que muchas personas jóvenes ignoren el riesgo de infecciones de transmisión sexual.

Un gran porcentaje de estos adolescentes tienen conocimiento acerca de la planificación familiar que han adquirido por medio de los padres, docentes, amigos, la cual consideran que ha sido de excelente a deficiente. Con respecto a los métodos anticonceptivos que conocen están: condones, píldoras, inyectables y el DIU. El 85 % afirmó que se le había indicado como usarlos y el 100% manifiestan utilizar diversos métodos que van desde un alto nivel de seguridad hasta muchos que tienen un nivel bajo de seguridad como el método del ritmo. El 49 % de los/as adolescentes afirmó que han iniciado las relaciones sexuales en edades que oscilan entre los doce a diecinueve años. Los adolescentes presentan diferentes mitos acerca de los métodos anticonceptivos que tergiversan la información basada en evidencias científicas.

# ÍNDICE DE CONTENIDO

	<b>PÁG.</b>
<b>AGRADECIMIENTO</b>	iii
<b>DEDICATORIA</b>	iv
<b>RESUMEN</b>	v
<b>ÍNDICE DE CONTENIDO</b>	vi
<b>ÍNDICE DE CUADROS</b>	viii
<b>ÍNDICE DE GRÁFICAS</b>	x
<b>ÍNDICE DE ANEXOS</b>	xii
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Antecedentes	2
1.3. Justificación del estudio	5
1.4. Objetivos	7
1.4.1. Objetivo General	7
1.4.2. Objetivos Específicos	7
1.5. Hipótesis del estudio	7
1.6. Alcances y limitaciones del estudio	8
1.6.1. Alcances	8
1.6.2. Limitaciones	8
<b>II. REVISIÓN DE LITERATURA</b>	<b>9</b>
2.1. Concepto de adolescencia	9
2.1.1. Adolescencia temprana	9
2.1.2. Adolescencia tardía	10
2.2. Concepto de Sexualidad	12
2.3. Concepto de salud sexual reproductiva	15
2.4. Embarazo	16
2.4.1. Embarazo en la adolescencia	17
2.5. Métodos anticonceptivos	19
2.5.1. Consideraciones sobre algunos métodos anticonceptivos y su uso por los adolescentes.	21

2.5.2.	Clasificación de los métodos contraceptivos	22
2.5.2.1.	Métodos naturales	22
2.5.2.2.	Métodos de barrera	23
2.5.2.3.	Anticonceptivos orales	24
2.5.2.4.	Inyectables e implantes	27
2.5.2.5.	DIU	28
2.5.2.6.	Esterilización	29
2.5.2.7.	Anticoncepción de emergencia	30
2.6.	¿Qué son las infecciones de transmisión sexual? (ITS).	32
2.6.1.	¿Cómo se pueden detectar las ITS	32
2.6.2.	¿Cuáles son las prácticas de riesgo para contraer ITS?	34
2.6.3.	¿Cómo se pueden prevenir las ITS	34
2.6.4.	¿Qué factores influyen en la prevención de las ITS y el VIH/SIDA?	35
2.7.	Principales mitos sobre los métodos anticonceptivos.	36
<b>III.</b>	<b>MATERIALES Y MÉTODOS</b>	41
3.1.	Tipo de Investigación	41
3.2.	Parámetros a evaluar	41
3.3.	Población	42
3.4.	Muestra	42
3.5.	Instrumentos de Investigación	43
3.6.	Análisis de datos	43
<b>IV.</b>	<b>RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	44
<b>V.</b>	<b>CONCLUSIONES</b>	81
<b>VI.</b>	<b>RECOMENDACIONES</b>	83
<b>VII.</b>	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	85

## ÍNDICE DE CUADROS

<b>N°</b>		<b>PÁG.</b>
I	SEXO DE LOS ESTUDIANTES DEL CENTRO EDUCATIVO VICTORIANO LORENZO PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.	45
II	EDAD DE LOS ESTUDIANTES DEL CENTRO EDUCATIVO VICTORIANO LORENZO PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.	47
III	AÑO DE ESCOLARIDAD QUE CURSAN LOS ESTUDIANTES DEL CENTRO EDUCATIVO VICTORIANO LORENZO PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.	49
IV	CANTIDAD DE HERMANOS QUE TIENEN LOS ESTUDIANTES DEL CENTRO EDUCATIVO VICTORIANO LORENZO PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.	51
V	TIPO DE FAMILIAS QUE TIENEN LOS ESTUDIANTES DEL CENTRO EDUCATIVO VICTORIANO LORENZO PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.	53
VI	RELACIÓN CON LA FAMILIA DE LOS ESTUDIANTES DEL CENTRO EDUCATIVO VICTORIANO LORENZO PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.	55
VII	CONOCIMIENTO ACERCA DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR SEGÚN LOS ESTUDIANTES DEL CENTRO EDUCATIVO VICTORIANO LORENZO PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.	57
VIII	PERSONAS QUE LE HAN HABLADO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR A LOS ESTUDIANTES DEL CENTRO EDUCATIVO VICTORIANO LORENZO PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.	59
IX	INFORMACIÓN RECIBIDA SOBRE DIFERENTES MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR SEGÚN LOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.	61

X	MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS QUE CONOCEN LOS ESTUDIANTES DEL CENTRO EDUCATIVO VICTORIANO LORENZO PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.	63
XI	INFORMACIÓN SOBRE CÓMO USAR LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN LOS ESTUDIANTES DEL CENTRO EDUCATIVO VICTORIANO LORENZO PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.	65
XII	MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS QUE UTILIZAN LOS ESTUDIANTES DEL CENTRO EDUCATIVO VICTORIANO LORENZO PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.	67
XIII	ESTUDIANTES QUE HAN INICIADO RELACIONES SEXUALES SEGÚN LOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.	69
XIV	CONOCIMIENTO ACERCA DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL SEGÚN LOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.	71
XV	PENSAMIENTOS SOBRE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE LOS ESTUDIANTES DEL CENTRO EDUCATIVO VICTORIANO LORENZO PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.	73
XVI	SITUACIONES DEL PORQUÉ LOS ADOLESCENTES NO ACUDEN POR INFORMACIÓN SOBRE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.	75
XVII	CONOCIMIENTO SOBRE ALGUNA ORGANIZACIÓN PARA PEDIR INFORMACIÓN SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.	77
XVIII	ASISTENCIA A ALGÚN PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL SEGÚN LOS ESTUDIANTES DEL CENTRO EDUCATIVO VICTORIANO LORENZO PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.	79

## ÍNDICE DE GRÁFICAS

<b>N°</b>		<b>PÁG.</b>
1	SEXO DE LOS ESTUDIANTES DEL CENTRO EDUCATIVO VICTORIANO LORENZO PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.	46
2	EDAD DE LOS ESTUDIANTES DEL CENTRO EDUCATIVO VICTORIANO LORENZO PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.	48
3	AÑO DE ESCOLARIDAD QUE CURSAN LOS ESTUDIANTES DEL CENTRO EDUCATIVO VICTORIANO LORENZO PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.	50
4	CANTIDAD DE HERMANOS QUE TIENEN LOS ESTUDIANTES DEL CENTRO EDUCATIVO VICTORIANO LORENZO PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.	52
5	TIPO DE FAMILIAS QUE TIENEN LOS ESTUDIANTES DEL CENTRO EDUCATIVO VICTORIANO LORENZO PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.	54
6	RELACIÓN CON LA FAMILIA DE LOS ESTUDIANTES DEL CENTRO EDUCATIVO VICTORIANO LORENZO PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.	56
7	CONOCIMIENTO ACERCA DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR SEGÚN LOS ESTUDIANTES DEL CENTRO EDUCATIVO VICTORIANO LORENZO PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.	58
8	PERSONAS QUE LE HAN HABLADO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR A LOS ESTUDIANTES DEL CENTRO EDUCATIVO VICTORIANO LORENZO PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.	60
9	INFORMACIÓN RECIBIDA SOBRE DIFERENTES MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR SEGÚN LOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.	62

10	MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS QUE CONOCEN LOS ESTUDIANTES DEL CENTRO EDUCATIVO VICTORIANO LORENZO PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.	64
11	INFORMACIÓN SOBRE CÓMO USAR LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN LOS ESTUDIANTES DEL CENTRO EDUCATIVO VICTORIANO LORENZO PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.	66
12	MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS QUE UTILIZAN LOS ESTUDIANTES DEL CENTRO EDUCATIVO VICTORIANO LORENZO PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.	68
13	ESTUDIANTES QUE HAN INICIADO RELACIONES SEXUALES SEGÚN LOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.	70
14	CONOCIMIENTO ACERCA DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL SEGÚN LOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.	72
15	PENSAMIENTOS SOBRE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE LOS ESTUDIANTES DEL CENTRO EDUCATIVO VICTORIANO LORENZO PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.	74
16	SITUACIONES DEL PORQUÉ LOS ADOLESCENTES NO ACUDEN POR INFORMACIÓN SOBRE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.	76
17	CONOCIMIENTO SOBRE ALGUNA ORGANIZACIÓN PARA PEDIR INFORMACIÓN SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.	78
18	ASISTENCIA A ALGÚN PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL SEGÚN LOS ESTUDIANTES DEL CENTRO EDUCATIVO VICTORIANO LORENZO PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.	80

## ÍNDICE DE ANEXOS

N°		PÁG.
I	ENCUESTA APLICADA A LOS ESTUDIANTES DEL CENTRO EDUCATIVO VICTORIANO LORENZO PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.	90

## **INTRODUCCIÓN**

La sexualidad del adolescente es un tema que ha ido aumentando en interés. En los estudios de población, se han abordado diversos aspectos dentro de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes tales como: embarazo en las adolescentes, uso de métodos anticonceptivos, riesgo de contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS) e implicaciones del género entre otros.

Según González, (2005) la adolescencia presenta problemas de salud propios en esta etapa, aunque la morbilidad y la mortalidad en los adolescentes son bajas; sin embargo, están expuestos a riesgos para la salud tales como el sobrepeso, el tabaquismo, el alcoholismo, los accidentes, los homicidios y los suicidios. Además deben enfrentarse a su sexualidad, y se encuentran ante la disyuntiva de ejercerla de manera segura y responsable o vivir las complicaciones de embarazos no deseados y el probable riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual.

### **1.1. Planteamiento del problema**

Un indicador de la educación sexual y reproductiva en los adolescentes son los conocimientos, mitos y prácticas sexuales en ellos, un hallazgo recurrente en diversas investigaciones tanto de corte sociológico como epidemiológico es la no correspondencia existente entre conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, brecha que en este grupo poblacional es particularmente

importante. Estas diferencias han dado lugar a diversas interrogantes sobre las desigualdades sociales y las relaciones de poder que permean estas prácticas.

Por lo tanto el problema investigado fue:

**¿Cuáles son los conocimientos, mitos y prácticas sobre salud sexual reproductiva que tienen un grupo de adolescentes del Centro Educativo Victoriano Lorenzo de las Lomas, distrito de David, provincia de Chiriquí, República de Panamá, 2013?**

## **1.2. ANTECEDENTES**

En el contexto mundial, el programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) decidió junto con sus copatrocinadores y asociados en 1998, centrar la Campaña Mundial del SIDA en los jóvenes. Entre las razones principales figuro que mas del 50% de las nuevas infecciones por VIH/SIDA, se produjeron en jóvenes del grupo de edad de 10 a 24 años. (ONUSIDA. 2002)

La epidemia ha tenido consecuencias importantes en la población adolescente y joven, al considerarse que en América Latina y el Caribe la mitad de todas las recientes infecciones se ostentaban en individuos menores de 25 años de edad y que la generalidad se contagiaba por medios sexuales. (OPS, 1997)

En México, del total de casos reportadas en el periodo 1993 – 1997, el 1.6% se ubico en el grupo de los adolescentes (15 a 19 años de edad), y cuya característica particular es que preponderaba la vía de transmisión sexual; este aspecto esta fuertemente ligado a la prevalencia del 30% que se presento en el grupo de 20 a 29 años, por el periodo de latencia que asciende entre dos y 11

años; y mas recientemente en el 2002 la Secretaría de Salud, reporta que la mortalidad por VIH/SIDA en adolescentes de 15 a 19 años de edad represento el 0.65% durante este periodo. (Villaseñor, Caballero y otros 2003)

Los jóvenes adolescentes son especialmente vulnerables a la infección por el VIH, ya que se encuentran en un periodo de transición en el que ya no son niños (as) pero no han llegado a la edad adulta, su desarrollo social, emocional y psicológico es incompleto, y estos tienden a experimentar con formas peligrosas de comportamiento, a menudo sin darse cuenta del peligro. (Rasmussen; Hidalgo y Alfaro, 2003).

Panamá no escapa de esta realidad mundial de alarmante aumento en los problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva en los jóvenes, lo que se refleja en las más recientes estadísticas.

Algunas de estas cifras demuestran que el 50% de los adolescentes se activan sexualmente entre los 14 y 17 años; que el 20% de los nacimientos en Panamá son de madres adolescentes; que 500 niñas menores de 15 años dan a luz anualmente; Panamá siendo el país con menos población en América Central, ocupa el tercer lugar en casos de SIDA en el área. Con 3,132 casos reportados y una estimación del Ministerio de Salud de alrededor de 90,000 infectados con el VIH.

Según Investigación de conocimientos, actitudes y prácticas de salud sexual y reproductiva en cuatro regiones de Salud del país en 1992 (Metropolitana, Panamá Oeste, Colón y San Miguelito), casi la mitad de los adolescentes encuestados que reportaron experiencia sexual utilizaron algún método

anticonceptivo, siendo el porcentaje del uso de algún método anticonceptivo mucho mayor en los varones que en las mujeres.

La mitad de las adolescentes que reportaron haber tenido un aborto, iniciaron sus relaciones sexuales entre los 14 y 16 años.

En adolescentes de ambos sexos con experiencia sexual, señalaron conocer métodos anticonceptivos, con mayor frecuencia que quienes no han tenido la experiencia sexual (coito genital). Entre las principales razones para el no uso de anticonceptivos, entre los encuestados están: pensar que son peligrosos, creer que no van a quedar embarazadas y el compañero le dice que no se preocupe.

Los estudios realizados en 1998, sobre la vida sexual y reproductiva de los y las adolescentes en las provincias de Panamá, Coclé y Chiriquí, revelaron que la mitad de éstos tenían experiencia sexual, habían tenido su primera relación sexual entre los 14 y 16 años. Del total de adolescentes encuestados(as), el 25% asisten a la escuela y el 60% de los y las adolescentes no escolarizadas declararon haber tenido relaciones sexuales.

Los adolescentes encuestados que iniciaron más tarde sus relaciones sexuales usaron algún método anticonceptivo con mayor frecuencia que aquellos que dijeron haber tenido a una edad más temprana su primera relación sexual. No existen encuestas actualizadas en el uso de anticonceptivos en la población adolescente.

A través de los Registros Diarios del Departamento de Estadística del Ministerio de Salud, tenemos el conocimiento parcial del uso de métodos anticonceptivos de los/as adolescentes que acuden a las instalaciones. Los varones señalaron usar con mayor frecuencia el condón, el retiro y el ritmo. Las mujeres indicaron que los métodos más usados por ellas son las pastillas, la jalea, el DIU y el ritmo.

El Centro de Investigación en Reproducción Humana del Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de Salud, publicó en mayo de 2005, el Estudio sobre Mitos, Conocimientos, Prácticas y Opiniones sobre la Sexualidad Humana en Adolescentes Panameños.

### **1.3. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**

La salud de los jóvenes es un asunto de especial interés para cualquier observador de la sociedad actual. Los accidentes de tráfico, el Sida (Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida), los problemas de salud ligados al sexo, el consumo y el abuso de drogas y la conducta alimentaria, son un ejemplo de la diversidad y de la variedad de determinantes de la salud de los jóvenes. La susceptibilidad de la juventud al impacto de los cambios sociales y culturales y a factores de riesgo para la salud, les convierte en un punto focal en salud pública. La sociedad de hoy está interesada por los acontecimientos y efectos del binomio salud y juventud.

En 1996 King y Mendoza consideraban, al igual que se piensa hoy, que hablar de problemas de salud de los jóvenes es hacerlo, sobre todo, de Sida, accidentes de tráfico, problemas de salud relacionados con la sexualidad, el consumo y abuso de drogas y la alimentación.

El Centro Educativo Victoriano Lorenzo que es un centro de estudios de premedia a media diversificada que funciona en la comunidad de Las Lomas; localizado entre los 8°22' y 8°30' de latitud norte y los 82°20' y 82°24' de longitud oeste, en la región occidental de la República de Panamá, específicamente al este de la ciudad de David, que es parte de la provincia de Chiriquí donde según entrevista que realizó el diario La Estrella de Panamá al Dr. Parra los embarazos en adolescentes van en aumento reflejados en las estadísticas que se manejan en el Hospital José Domingo De Obaldía.

Johny Parra, jefe de la unidad de Cuidados Intensivos de este centro hospitalario, indicó que el 23% de los partos; es decir, 1955 que atiende ese centro materno-infantil, son de madres adolescentes. Fenómeno que se atribuye a diversos factores, como: aumento de familias disgregadas, pérdida de valores, mala orientación, el inicio temprano de las de relaciones sexuales y el consumo de drogas.

La Escuela de Educación para el Hogar de la Facultad de Ciencias Agropecuarias aporta información acerca de la importancia que tienen los conocimientos conocimientos, mitos y prácticas sobre salud sexual reproductiva que tienen un grupo de adolescentes del Centro Educativo Victoriano Lorenzo

de las Lomas, distrito de David, provincia de Chiriquí y analizar las necesidades formativas en sexualidad, educación en salud sexual y salud reproductiva, de los adolescentes participantes del estudio.

## **1.4. OBJETIVOS**

### **1.4.1. OBJETIVO GENERAL**

- Determinar los conocimientos, mitos y prácticas sobre salud sexual reproductiva que tienen un grupo de adolescentes del Centro Educativo Victoriano Lorenzo de las Lomas, distrito de David, provincia de Chiriquí.

### **1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Valorar el conocimiento respecto a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y métodos anticonceptivos (MAC), que tienen los estudiantes del Centro Educativo Victoriano Lorenzo.
- Evaluar datos sociodemográficos, historia personal de comportamientos sexuales.
- Diagnosticar las necesidades formativas en sexualidad, educación en salud sexual y salud reproductiva, de los adolescentes participantes del estudio como una estrategia que oriente la autodeterminación, el empoderamiento y el ejercicio responsable de la sexualidad.

## **1.5. Hipótesis**

- **H1.** Se identifican los conocimientos, mitos y prácticas sobre salud sexual reproductiva que tienen un grupo de adolescentes de educación media que asisten al Centro Educativo Victoriano Lorenzo de las Lomas, distrito de David, provincia de Chiriquí.

## **1.6. Alcances y limitaciones del estudio**

La generalización de los resultados no se pudo realizar, por ser un estudio descriptivo, pero si permitio cubrir expectativas en los educadores y padres de familia, además puede servir como base para otros estudios o proyectos.

### **1.6.1. Alcances**

Es importante resaltar que los datos obtenidos en esta investigación van a servir como punto de partida para:

- Organizar programas de capacitación referentes a la salud sexual reproductiva dirigidos a los adolescentes y docentes que ayuden a los adolescentes a iniciar su vida sexual con responsabilidad.
- Brindar una proyección social y académica hacia la solución de problemas de interés en salud sexual y reproductiva relacionados con embarazo adolescente y métodos de planificación familiar.

### **1.6.2. Limitaciones**

El presente estudio tuvo las siguientes limitaciones:

- Se circunscribio a los conocimientos, mitos y prácticas sobre sexualidad reproductiva que tienen los estudiantes de educación media del Centro Educativo Victoriano Lorenzo, Distrito de David, provincia de Chiriquí, 2013.
- El período que comprendio la investigación lo representan los meses de octubre del 2013 hasta abril del 2014.

## **2.0. REVISIÓN DE LITERATURA**

### **2.1. Concepto de Adolescencia**

La adolescencia es la etapa de la vida que separa la niñez de la adultez. Es un proceso universal que varía entre personas y culturas, donde ocurren diversos cambios biológicos, psicológicos y sociales, es muy intensa y diversa, y, por este motivo, la mayoría de las veces no se puede disfrutar a plenitud. La madurez psicológica y la incorporación a la sociedad ya como adulto joven pueden ocurrir más rápido o más lento, pero la edad establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es entre los 10 y los 19 años. Algunos especialistas en adolescencia la divide en:

- Adolescencia temprana, entre los 10 y los 14 años.
- Adolescencia tardía, entre los 15 y los 19 años.

#### **2.1.1. Adolescencia temprana**

Se considera entre los 10 y 14 años. Entre las particularidades de la adolescencia temprana se encuentran los cambios biológicos, como aquellos que interesan al aparato reproductor, y se desarrollan los caracteres sexuales secundarios. En ambos sexos aparece el vello pubiano. En la hembra comienza la telarquia, y el crecimiento y desarrollo de los órganos sexuales internos; en el varón el aumento testicular, los cambios de color y arrugamientos escrotales, y el crecimiento del pene. Como consecuencia de las transformaciones en los

órganos sexuales se produce también un influjo hormonal generador de impulsos psicosexuales.

En este periodo surge además la necesidad de independencia, la impulsividad, respuestas emocionales desproporcionadas, las alteraciones del ánimo y la búsqueda de solidaridad y comprensión entre pares, lo que se mezcla con necesidad sentida de apoyo de los padres, suele aparecer la menarquía. Continúan los cambios biológicos, entre los que el crecimiento estatural acelerado, y si no se había producido ocurre el estirón puberal en ambos sexos. Para entonces, el adolescente, dotado de la capacidad biológica para ejercer su sexualidad y de experimentar sus primeras vivencias psicosexuales, es inmaduro psicológica y socialmente. Las relaciones amorosas son inestables, el romanticismo e ímpetu del amor, extraordinarios, sin sustento en propiedades fundamentales. Son conductas propias de la edad la masturbación, los juegos sexuales y las relaciones íntimas, que en nuestro medio ocurren por debajo de los 18 años, lo que ha sido avalado por algunas investigaciones realizadas con este propósito y por criterios de expertos (Ramos, & Cantu, 2003).

### **2.1.2. Adolescencia tardía.**

En este periodo de la adolescencia tardía se alcanzan los caracteres sexuales de la edad adulta, termina el crecimiento, hay aproximación a la familia y una mayor independencia. El grupo comienza a ser desplazado por la relación de pareja, los impulsos van siendo mejor controlados, los cambios emocionales menos marcados y la ambivalencia se va disipando. Se construye un sistema propio de valores y proyectos de vida. (Águila, 2005).

La adolescencia es una etapa del ciclo vital en el desarrollo humano que se caracteriza por el crecimiento y maduración biológica, fisiológica, psicológica y social del individuo. (Caballero y otros, 2006)

El concepto moderno de adolescencia surgió en la primera mitad del siglo XIX y se vinculó a la escolarización de la población, como uno de los cambios que trajo consigo la revolución industrial, y que ya a finales del siglo XIX y principios del XX se fue extendiendo en las sociedades occidentales. Esta transformación provocó que se delimitara la edad para estar en la escuela. Durante este periodo los jóvenes ya no estaban bajo el dominio exclusivo de la familia pero todavía no tenían pleno acceso a la vida pública y adulta. (Stern; García, 2001).

En el ámbito social se produce un tránsito desde un estado de dependencia total a una de relativa independencia y se adquiere paulatinamente la capacidad jurídica. A medida que se avanza en edad, durante las etapas de crecimiento, el medio familiar, escolar, comunitario, laboral, los comportamientos emergentes, las nuevas interacciones sociales y los espacios de exploración e inserción, ofrecen nuevas posibilidades tanto de enriquecimiento como de riesgo.

La adolescencia es considerada como un periodo individual de dependencia, no de autosuficiencia, donde se muestran muy sensibles a la sociedad que los rodea, a sus reglas no escritas, sus valores, sus tensiones políticas y económicas (Stanley Hall, 1904). Este planteamiento evidencia que la adolescencia viene a constituir un periodo en donde se dan cambios físicos, biológicos y psicológicos mostrando comportamientos que en algunas ocasiones lo afectan tanto a sí mismo como el que lo rodea por falta de correspondencia

entre los sentimientos respecto de lo que son y lo que la sociedad quiere que sean.

En la esfera social, a pesar de su desarrollo físico e intelectual, los adolescentes no asumen con seriedad y reflexión los retos que la vida les va poniendo por delante, quieren sentir que son independientes y autónomos, cuando en realidad casi todos tienen una total dependencia económica de los padres y por consiguiente una relación social de dependencia. El adolescente es una mezcla de las enseñanzas y valores transmitidos en su familia con los adquiridos en su propia generación. De ahí que los hijos se parecen más a sus coetáneos que a sus padres, o sea, van cultivando su propia identidad. Los adolescentes tienen ideas sobre los roles y los valores, sobre las formas de conducirse que se fueron formando en el seno familiar. (Molina, 2000)

## **2.2. Concepto de Sexualidad**

Una definición elemental de sexualidad la propone la Real Academia Española de la Lengua (2010): la sexualidad es el “conjunto de condiciones anatómicas y fisiológicas que caracterizan a cada sexo”; sin embargo, el ser humano es mucho más que el cuerpo y sus posibilidades para el contacto genital; la sexualidad no está determinada únicamente por la corporalidad ya que está ligada al hecho de obtener placer y éste no se obtiene únicamente del intercambio genital, por tanto la sexualidad trasciende la esfera de la genitalidad y éste no es su único componente. Algunos autores consideran que la sexualidad involucra aspectos físicos porque está relacionada con el cuerpo;

aspectos emocionales ya que está vinculada con la identidad de la persona (lo que ella asume de sí) y los procesos afectivos propios de las relaciones interpersonales; además implica aspectos sociales, culturales y relacionales que se adquieren en la familia, la escuela y en la vida cotidiana. Se presenta de una manera particular en cada sociedad, espacio (región geográfica) y tiempo. En ella se resumen aspectos históricos ya que lo que se trasmite culturalmente en la educación, en cualquiera de sus formas, resume el desarrollo de las sociedades y los seres humanos que las conforman. La sexualidad no es “algo” que aparece con la adolescencia; está presente en todos los momentos de la existencia, desde que se nace hasta cuando se muere. Se relaciona con el hecho de que los humanos son seres sexuados, además de tener un cuerpo y un sexo (hecho común con los demás animales) se diferencian de estos no sólo por las posibilidades intelectuales, sino especialmente por el desarrollo de las funciones emocionales y operativas (el hacer y el quehacer); estas tres funciones posibilitan la toma de conciencia, la vivencia y asunción de las emociones que generan el cuerpo, sexo, género, la orientación sexual y las expresiones comportamentales sexuales”. . (Anuario Nacional de estadísticas 2006. disponible en: <http://bvs.sld.cu/cgi-bin/wxis/> Consultado: 19/Oct/2009).

Existen muchas formas de pensar, definir, y vivir la sexualidad; seguramente cada uno de los seres humanos tiene “su” manera especial de sentirla y manifestarla. La sexualidad tiene que ver con la manera de “ser” de cada persona en relación con los demás. Es algo que resulta complejo y a veces difícil de explicar porque está íntimamente vinculada con las primeras experiencias

infantiles. La forma de comunicarse y expresarse a través del cuerpo, los sentimientos, las emociones, la necesidad de contacto físico, el cuidado, el respeto y la intimidad. (Educación sexual, 2010).

Definir la sexualidad humana desde una perspectiva científica, y describirla desde un punto de vista genético, hormonal, fisiológico, anatómico o legal es científicamente interesante, pero se considera insuficiente para entenderla en su totalidad si no se atiende a factores psicológicos, sociales, antropológicos, culturales (entre los que están los morales y religiosos) y las emocionales.

La sexualidad humana es heterogénea y compleja y va mucho más allá de la mera reproducción y el coito. El comportamiento sexual humano se dirige a la satisfacción de pulsiones sexuales (libido), a la obtención de placer y a una necesidad de relación íntima. Se encuentra en la niñez y permanece hasta la edad adulta, constituyendo un ámbito fundamental de realización y satisfacción para las personas en el encuentro con otros y consigo mismo. (Leyva y otros, 2008).

Diferentes autores la definen como las características biológicas, psicológicas y socioculturales que permiten comprender el mundo y vivirlo a través del ser como hombres y mujeres.

Es una necesidad humana, expresada a través del cuerpo como parte de la personalidad, que determina lo femenino y lo masculino, de la imagen y conciencia de cada ser humano, y también es parte de la identidad. (Kon, 1990)

Según la OMS (2001), la salud sexual es la integración en el ser humano de lo somático, lo emocional, lo intelectual y lo social de la conducta sexual para lograr un enriquecimiento positivo de la sexualidad humana que facilite sus posibilidades de comunicación y de dar y recibir amor.

La educación sexual debe brindar a la adolescencia herramientas útiles para autoevaluar riesgos, que enfatizan el aplazamiento de la vida sexual. (Embarazo. 2011. Disponible en [http:// es.wikipedia. org/](http://es.wikipedia.org/wiki/Embarazo) wiki /Embarazo Consultado: 1/Jul/ 2011).

### **2.3. Concepto de salud sexual reproductiva**

Durante la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) auspiciada por la Organización de Naciones Unidas (ONU) y celebrada en El Cairo en 1994, los Estados allí representados acordaron tomar como base la definición de salud reproductiva propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que la define como un estado de completo bienestar físico, mental y social en lo que respecta a todo lo relacionado con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos, y no simplemente la ausencia de enfermedad o debilidad. La salud reproductiva implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, sin riesgos, y de procrear con la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.

El concepto en cuestión, abarca el derecho de todo ser humano, hombre o mujer, adulto o adolescente, entre otros aspectos:

- a. Asegurar el disfrute de las relaciones sexuales sin riesgos o temores.
- b. Obtener acceso a información y a métodos seguros, eficaces y asequibles para la regulación de su fecundidad y, por ende, para la planificación familiar, disminuyendo así el índice de embarazos no deseados.
- c. Recibir servicios adecuados para la atención de la salud que permitan el embarazo y el parto sin riesgo y, consecuentemente, mayores posibilidades de tener hijos en óptimas condiciones de salud.
- d. Acceder a los servicios necesarios para el tratamiento de problemas de esterilidad e infertilidad.
- e. Prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, así como de otros trastornos como el cáncer cérvico-uterino y de mama.

## **2.4. Embarazo**

Se denomina gestación, embarazo o gravidez (del latín gravitas) al período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto. Comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia. (Family Health Internacional. Vol 21)

### **2.4.1. Embarazo en la adolescencia**

Se define embarazo en la adolescencia aquella gestación que tiene lugar durante la etapa de la adolescencia, o lo que es igual, en mujeres menores de 20 años con independencia de la edad ginecológica. El embarazo irrumpe en la vida de las adolescentes en momentos en que todavía no alcanzan la madurez física y mental, a veces en circunstancias adversas como son las carencias nutricionales u otras enfermedades y en un medio familiar generalmente poco receptivo para aceptarlo y protegerlo. (Feldman & Maposhere, 2000)

El embarazo adolescente corresponde en la actualidad a uno de los seis criterios (dimensión sociodemográfica) que integran el Índice de Prioridad Social, índice que permite la focalización prioritaria de recursos en los diferentes territorios. De todo lo anteriormente expuesto se desprende la interrelación del embarazo en la adolescencia con otras problemáticas de orden sociocultural y en este sentido su enfrentamiento constituye un factor sinérgico que potencia la resolución de diversos problemas y fenómenos presentes en la sociedad actual.

Dentro de los factores de riesgo descritos del embarazo en la adolescencia se encuentran: aumento de la morbimortalidad materno-perinatal, abortos espontáneos, anemia, infecciones urinarias, amenaza de parto pretérmino, hipertensión arterial gravídica, parto pretérmino y bajo peso al nacer, presentaciones fetales distócicas, desproporciones céfalo pélvicas, trabajo de parto prolongado, ambivalencia afectiva hacia el neonato, atención prenatal deficiente, situación económica desfavorable, estado de soledad, sobrecarga

familiar, limitación de la oportunidad educacional, desarrollo cultural frustrado de la pareja, comenzar a trabajar sin la debida preparación cultural, interrupción de los estudios y de la preparación técnica y profesional, ir al matrimonio sin una debida madurez, vivir en condiciones de franca promiscuidad y hacinamiento, sentimiento de frustración por no poder realizar tareas propias de su edad; alteración de la dinámica familiar, falta de preparación para asumir la nueva situación, situaciones económicas desfavorables, actitud de rechazo de la familia hacia la adolescente, su pareja y al embarazo; aumento de la morbilidad neonatal, inadecuado desarrollo psicosocial, insuficiente aprovechamiento escolar, mayor número de accidentes en el hogar, malnutrición, maltrato, paternidad inadecuada, mortalidad incrementada y alto índice de bajo peso al nacer. (Peraza & Perez, 2001)

Los riesgos del embarazo en la adolescencia se incrementan en los países en vías de desarrollo. González (2002) señala que entre el 20% y el 46% de las mujeres provenientes de países en vías de desarrollo al llegar a los 20 años ya del 30% al 67% ha tenido su primer parto.

Con respecto a las enfermedades relacionadas con el embarazo, las adolescentes sufren más complicaciones que la mujer adulta, tales como: toxemia, eclampsia, anemia, partos pretérminos, recién nacidos de bajo peso, traumas obstétricos, riesgo elevado de muerte en el transcurso del primer año de vida, imposibilidad para continuar los estudios, riesgo nutricional, pues se añaden a las necesidades normales de su crecimiento, las del feto que engendra.

Las adolescentes tienen el doble de probabilidad de morir en relación con el parto. Los niños nacidos de mujeres menores de 20 años tienen 1½ más riesgo de morir antes de su primer año de vida que los niños nacidos de madres con edades entre 20 a 29 años. La inmadurez física coloca a la madre adolescente en mayor riesgo para la morbilidad y la mortalidad. (Vásquez, 2005)

## **2.5. Métodos anticonceptivos**

A pesar de los progresos en la tecnología contraceptiva y de que se dispone cada vez de más medidas para el control de la natalidad, muchas adolescentes quedan embarazadas sin una planificación previa y sin haber usado nunca antes anticonceptivo alguno. En Estados Unidos, se reporta que solo aproximadamente 66% de las adolescentes sexualmente activas utilizan algún método anticonceptivo. (Monterrosa, 2001). En Colombia, 70 de cada 1000 adolescentes se convierten en madres cada año, mientras que el 12% de las adolescentes urbanas y el 16% de las rurales requerirían de servicios de anticoncepción, porque ya han tenido un hijo y siguen siendo adolescentes. (Arribas y otros, 2004) Asimismo, en España, se producen 18,000 embarazos anuales en adolescentes, 7000 de las cuales deciden interrumpirse la gestación y 800 tienen entre 11 y 15 años. (Pelaez, 1999). Entre 1985 y 1990 la tasa de fecundidad de las adolescentes cubanas era de 8,5 hijos por 1000 mujeres, con una proporción de nacimientos en este grupo de 23%. Esta cifra ha ido disminuyendo paulatinamente; no obstante, se mantienen cifras que se consideran todavía elevadas, con 16% de proporción de nacimientos en este

grupo poblacional y constituye un motivo de preocupación por los riesgos y consecuencias que trae el mismo. (Pelaez, 2002)

Con el uso de métodos anticonceptivos ya no hay temor al embarazo y se produce entonces un aumento en las relaciones sexuales activas. Resulta importante destacar que rara vez los adolescentes sexualmente activos están bien informados de las opciones de anticonceptivos o de los riesgos de contraer enfermedades de transmisión sexual, que como también sabemos son prevenibles por medios anticonceptivos como el preservativo; y que a menudo dudan en acudir a los consultorios y posiblemente los desanime aún más la cercanía de los mismos, los horarios inadecuados que coinciden con clases, becas, etc.; así como otros factores que pudieran estar relacionados con un personal no bien entrenado que los recibe etcétera. (Barramondes, 2002)

Las parejas de adolescentes necesitan asesoramiento especial para aprender a usar los diferentes métodos anticonceptivos, pues hay que tener en cuenta diferentes factores tales como aspectos biológicos, de personalidad, estabilidad de la pareja, medio familiar, promiscuidad, antecedentes de embarazos y/o partos, proyecto de vida, etc.

De lo anteriormente expuesto se infiere que el método anticonceptivo a seleccionar en esta etapa debe ser individual, teniendo en cuenta además, la aceptabilidad, eficacia y seguridad del mismo. Aunque no es lo ideal, se debe educar también al adolescente en la anticoncepción de emergencia.

A pesar de los riesgos y complicaciones que tienen cada uno de los diferentes métodos anticonceptivos, éstos son mucho menos importantes que los que implica el embarazo no deseado, lo que significa que debemos asumir el reto de la anticoncepción como un aspecto fundamental en estos pacientes en ambos sexos, donde la educación sexual sea el pilar fundamental de estos servicios. (Machado, 2002)

### **2.5.1. Consideraciones sobre algunos métodos anticonceptivos y su uso por los adolescentes**

No existe un método anticonceptivo ideal para uso en la adolescencia, como tampoco existen razones médicas para negar el uso de algunos basándose solo en razones de edad. El mejor método será aquel que los adolescentes o ambos miembros de la pareja, escojan, una vez que han recibido una completa y detallada información, y hayan sido interrogados exhaustivamente sobre cuestiones inherentes a su sexualidad y derecho reproductivo, lo que facilitará, finalmente, que se produzca el acuerdo entre el proveedor de salud y la pareja. Deberán tomarse en consideración también a la hora de la selección del anticonceptivo, los hallazgos del examen físico general y de la esfera reproductiva, así como aspectos no médicos, pues estos no solo van a cumplir una función de prevención del embarazo, sino también la no menos importante de prevenir el contagio de una infección de transmisión sexual (ITS).

## **2.5.2. Clasificación de los métodos contraceptivos**

### **2.5.2.1. Métodos naturales**

Se basan en identificar el período fértil del ciclo menstrual evitando relaciones sexuales durante dicho período. El periodo fértil va desde los 6 días previos a la ovulación hasta 24 horas después de la misma.

Dentro de este grupo se incluyen el método del ritmo, el del moco cervical, el de la temperatura basal y el coito interrumpido.

Método Ogino o método del ritmo: se calcula el período fértil y se interrumpen las relaciones sexuales en esos días.

Método de la temperatura basal: se produce una elevación en la segunda fase debido a la progesterona.

Método de Billings o del moco cervical: consiste en observar las características del moco que en el período periovulatorio es transparente.

Coito interrumpido: es un método poco seguro y tiene el inconveniente de la existencia de fuga espermática previa a la eyaculación, de la capacidad de fecundación de los espermatozoides que quedan en vulva. Como efectos secundarios puede producir congestión pélvica, dispareunia, insatisfacción sexual.

Aunque para algunas parejas de adolescentes pueden ser la única opción disponible, se considera, en general, que las adolescentes no son las idóneas para usar estos métodos, pues ellas, frecuentemente, carecen de información

adecuada sobre el ciclo menstrual o padecen trastornos en este sentido, lo que condiciona una reducción importante de la eficacia anticonceptiva de los métodos naturales, y, además, estos no ofrecen protección contra las infecciones de transmisión sexual (ITS). (Pelaez, 2002)

### **2.5.2.2. Métodos de barrera**

Son los ideales para los adolescentes, pues son accesibles, baratos, seguros y solo en muy raras ocasiones producen efectos indeseables (alergia al látex). Otras de sus ventajas son la eficacia inmediata y el control por el propio usuario, así como el hecho de que su uso se inicia y descontinúa con facilidad, además de que algunos protegen contra las infecciones de transmisión sexual (ITS). La eficacia anticonceptiva de los métodos de barrera es alta, cuando se usan sistemática y correctamente, y son los ideales para las relaciones sexuales casuales y esporádicas propias de los adolescentes. (OMS, 2003)

Los métodos de barrera incluyen el condón masculino y los métodos femeninos (condón femenino, capuchón cervical, diafragma y espermicidas). Estos pueden usarse solos o combinados entre ellos, o con otros métodos anticonceptivos que no sean de barrera, como por ejemplo, las píldoras. En general, el más utilizado es el condón masculino (de látex o de poliuretano, para los alérgicos al primero), cuyo uso se ha incrementado actualmente por el miedo a infectarse con el VIH. Debe explicársele a los usuarios que debe ponerse antes de cualquier contacto genital, desenrollarse sobre el pene en erección, retirarse antes de que el miembro se torne flácido y verificarse su integridad tras haber concluido su uso.

Su tasa de fracaso en la población adolescente es de aproximadamente 14%, aunque con su uso correcto esta puede disminuir a 3%.

El diafragma, que puede ser un dispositivo eficaz cuando hay motivación, está “gozando” a nivel mundial, de popularidad creciente, en especial, en adolescentes mayores con educación avanzada. Cuando se combina con cremas o geles espermicidas (que contengan, por ejemplo, nonoxinol-9) su eficacia anticonceptiva aumenta. El diafragma ofrece también cierta protección contra algunas infecciones de transmisión sexual (ITS), aunque no contra el VIH.

El condón femenino es otra de las opciones disponibles de este grupo, si bien su uso es muy reducido todavía. Puede ser controlado por la propia paciente y ofrece protección contra las infecciones de transmisión sexual (ITS). (Perez y Perez, 2005).

### **2.5.2.3. Anticonceptivos orales**

Ocupan la segunda posición entre los métodos recomendados para ser utilizados por los adolescentes, y algunos autores consideran que si se guardan las precauciones adecuadas, puede ser el método anticonceptivo más idóneo para usar en esta etapa. Son muy seguros para las jóvenes y presentan varias ventajas: no interfieren con el acto sexual y pueden usarse sin la intervención de la pareja, son muy eficaces para prevenir el embarazo, cuando se usan sistemática y correctamente (tasa de embarazo inferior a 1%), producen escasos efectos secundarios y ofrecen beneficios no relacionados con la anticoncepción, como, la regulación de los ciclos menstruales, reducción del acné, disminución

de la frecuencia de dismenorrea y quistes ováricos, así como protección contra el embarazo ectópico, la enfermedad fibroquística benigna de la mama, el cáncer de ovario y el endometrial, y la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI). El bloqueo precoz del eje hipotálamo-hipofisario no tiene repercusiones negativas comprobadas en el organismo ni parece afectar el pico de masa ósea. Los anticonceptivos orales tampoco son responsables del aumento mantenido de peso, y el incremento del cáncer de mama detectado en mujeres que usaron preparados diferentes y de altas dosis de estrógeno en su adolescencia, no se ha demostrado con las formulaciones actuales.

Hay que tener en cuenta que el efecto anticonceptivo de la píldora desaparece con rapidez tan pronto como esta deja de tomarse y que no ofrece protección contra las infecciones de transmisión sexual (ITS), por lo que debe usarse en combinación con el condón masculino y femenino, si se pretende evitar el contagio de alguna enfermedad venérea. Su tasa de eficacia en adolescentes se ve mermada por la necesidad de la 84 en su uso, y se ha estimado que en Estados Unidos el 20% de las gestaciones no deseadas en jóvenes son debidas a la toma inadecuada de píldoras anticonceptivas. Se plantea que cuando son usadas por adolescentes hay una media de 3 píldoras olvidadas por ciclos, y que el 50% de las pacientes que iniciaron el método en un momento determinado, lo han abandonado a los 3 meses. (Best, 2003)

Existen dos tipos de píldoras anticonceptivas orales: los anticonceptivos orales combinados (AOC), que tienen estrógeno y progestina, y las píldoras de solo progestina (PSP). (Llops, 2001). Los anticonceptivos orales combinados (AOC)

son, con mucho, los que más se usan en el mundo, a la vez que constituyen el método anticonceptivo que con más frecuencia utilizan las adolescentes, en la gran mayoría de los países. (Busquets y otros, 2002). Se deben recomendar, de preferencia, los que contienen bajas dosis de estrógeno (entre 30 y 35  $\mu\text{g}$  de etinilestradiol), y progestinas de tercera generación, que son menos androgénicas (norgestimato, desogestrel y gestodeno, y más recientemente, nomegestrol y dienogest). (Wright, 2003). Pueden usarse también los de muy baja dosis de etinilestradiol (20  $\mu\text{g}$  o menos), aunque su administración se asocia con una elevada tasa de sangrado (hasta de un 30%), lo que propicia una alta tasa de abandono, además, la inhibición del eje gonadal que producen es menos intensa que la de los anticonceptivos orales combinados (AOC) clásicos, por lo que ante el olvido la recuperación de la fertilidad es más rápida, y estamos hablando de adolescentes, que con frecuencia olvidan tomarse de 1 a 3 píldoras en cada ciclo. (Monterrosa, 2006). No es necesario limitar el tiempo de uso (“descansar”) de los anticonceptivos orales combinados (AOC), ya que hasta ahora no existen evidencias contundentes de que su utilización prolongada aumente el riesgo de sufrir un cáncer de mama. (Best, 2003).

Los anticonceptivos orales de solo progestina también son una opción a tener en cuenta para su uso en la adolescencia. Se ha informado que su eficacia anticonceptiva es menor que la de los anticonceptivos orales combinados (AOC), y que son menos efectivos para corregir los trastornos menstruales que pueden ser frecuentes a esta edad, e incluso algunos autores refieren que pueden incrementarlos, dado que su acción anticonceptiva la realizan

preferentemente a través de un efecto local (espesamiento del moco cervical). No obstante, y aunque parezca paradójico, el hecho de tener poca influencia sobre el eje gonadal, es uno de los argumentos que sustentan la recomendación de su uso a estas edades, ya que, por un lado, aunque esto disminuye su eficacia para corregir los trastornos menstruales, por otro, garantiza que no disminuyan el tenor de estrógenos endógenos, lo cual sería perjudicial para la salud ósea si ocurriese en la adolescencia y juventud temprana, que es cuando se alcanza el pico de masa ósea. (Hatcher y otros, 1999)

#### **2.5.2.4. Inyectables e implantes**

No se recomendaba su uso sistemático durante la adolescencia porque pueden producir sangrado irregular, aunque ya algunos expertos los están proponiendo como de uso seguro en esta etapa. En un trabajo muy reciente de Arribas y otros que vio la luz en el año 2004, titulado “Indicación de un método anticonceptivo a una adolescente: implante subcutáneo de gestágeno”, los autores son defensores de este método para su uso en la adolescencia, y refieren que los países en los que se prescribe un “método doble” de contracepción, como píldora más condón, DIU más condón, o implante más condón, son los que están consiguiendo reducir las tasas de embarazo en la adolescencia y la incidencia de infecciones de transmisión sexual (ITS), e invitan a los médicos a cambiar de parecer, en relación con el uso de implantes durante la adolescencia.

Además, argumentan, que con este método la adolescente puede despreocuparse, en esencia y por un buen tiempo, del tratamiento, y que como, generalmente, los problemas mayores de salud son escasos (no usar cuando existe hipercolesterolemia familiar, obesidad mórbida o tabaquismo severo), su uso no entraña riesgos mayores. (Pelaez, 1999)

Los inyectables y los implantes son muy eficaces, pues las tasas de embarazos son inferiores al 1% después de un año de uso. Otras ventajas son que su uso no depende del acto sexual y no necesitan de administración diaria o consultada necesariamente con la pareja. Además, también producen beneficios a largo plazo que no se relacionan con la anticoncepción; por ejemplo, disminuyen el riesgo de sufrir una enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), un embarazo ectópico y un cáncer endometrial. (Hatcher y otros, 1999).

#### **2.5.2.5. DIU**

La OMS solo recomienda su uso en la adolescencia cuando no se dispone de otros métodos o si estos no son aceptados, ya que el riesgo de expulsión en mujeres menores de 20 años es más elevado, sobre todo, en aquellas que no han tenido hijos. Además, se reporta también, con frecuencia, en las usuarias de DIU durante la adolescencia, un aumento de la cantidad de sangrado y duración de las menstruaciones, incremento de los cólicos menstruales y de la aparición de flujo vaginal patológico, así como aumento del riesgo de padecer infecciones genitales bajas y enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) (no ofrecen protección contra las infecciones de transmisión sexual - ITS) (Monterrosa, 2001)

No obstante, todo lo dicho con anterioridad, cuando se realiza una correcta selección las adolescentes pueden utilizar los DIU sin peligro, sobre todo, cuando hay antecedentes de parto o aborto. (Pelaez, 2002). Asimismo, la nueva generación de DIU ya se está utilizando con mucho éxito en este grupo poblacional, y su mala fama anterior, sobre todo respecto a las EIP, son consecuencia, en gran medida, de un modelo, el escudo de Dalkon, cuyas características especiales, sobre todo del hilo, no tienen nada que ver con la de los DIU actuales. (Connell, 1998). Además, los DIU también ofrecen otras ventajas: gran eficacia anticonceptiva (tasas de embarazo inferiores al 1%), uso independiente del acto sexual y regreso rápido a la fertilidad después de la extracción. (Monterrosa, 2006). Por otra parte, los DIU medicados con levonorgestrel tampoco están contraindicados en las adolescentes, siempre que se pretenda conseguir una anticoncepción de larga duración. (Martínez, 2005)

#### **2.5.2.6. Esterilización**

No es un método de anticoncepción aprobado para las adolescentes y adultas jóvenes, pues es permanente e irreversible, y a estas edades comienza la vida reproductiva de la mujer. Excepcionalmente, puede recomendarse en estas etapas de la vida, ante la presencia de discapacidad mental o física o enfermedades invalidantes de transmisión genética, contando siempre con la previa autorización del interesado y/o de sus progenitores o tutores. (Pelaez, 2002)

### **2.5.2.7. Anticoncepción de emergencia**

Se refiere al uso de anticonceptivos para prevenir el embarazo después de un acto sexual sin protección y sus efectos secundarios son muy escasos. (Gold y otros, 2005). A pesar de que en muchos adolescentes las relaciones sexuales ocurren de forma imprevista y son esporádicas, pocos tienen conocimiento sobre la opción de la anticoncepción de emergencia. (Alvarez, 2005). Esta es un opción válida ante el olvido o accidente en el uso de un método de barrera, olvido en la toma de la píldora, uso incorrecto de un método, en el caso de relaciones sexuales imprevistas sin protección y en las víctimas de violación. (Lugones, 2006). Dado que, como se comentó, las adolescentes sexualmente activas generalmente tienen relaciones sexuales sin protección, especialmente durante los primeros seis meses de iniciada la actividad sexual, el acceso fácil a la anticoncepción de emergencia puede ser importante para esta población. Además, esta puede ayudar a prevenir un embarazo no planificado y también puede servir como una forma de introducción de la anticoncepción corriente en la joven. (Devlin, 2001).

Por suerte, en la actualidad, esta alternativa está alcanzando gran difusión entre las adolescentes dado lo sencillo de su uso, su alta eficacia para prevenir el embarazo (98-99% de los casos) y su fácil accesibilidad. El circuito para su obtención debe presentar las máximas facilidades, y la ocasión de prestación de este servicio debe aprovecharse para brindar el consejo, en relación con el uso de algún anticonceptivo de forma regular. (Martínez, 2005)

La anticoncepción en la adolescencia debe reunir una serie de requisitos por las circunstancias y características especiales de la vida, en general, a esta edad: (Martinez, 2003).

- Tener en cuenta el grado de maduración biológica y no interferir con el desarrollo y el crecimiento.
- Reversibilidad, salvo en casos excepcionales. Adecuada a su actividad sexual, valorando su tipo y frecuencia, y la existencia de compañero no monógamo o cambios frecuentes de pareja.
- De fácil realización.

Cuando se tienen en cuenta la edad y el número de partos de las jóvenes, casi todos los anticonceptivos modernos pueden usarse sin restricción. No existen casos en los que, basándose solo en la edad de la joven, no pueda recomendarse un método determinado o que un método entrañe un riesgo inaceptable. (Monterrosa, 2001).

En ausencia de un método anticonceptivo ideal, es muy importante poner a disposición del adolescente la gama más amplia posible de métodos anticonceptivos, analizando detalladamente cada uno de ellos, en relación con las variables biológicas, psicoafectivas y socioeconómicas, y los valores del entorno en que se desenvuelven. Por tanto, la edad, la situación familiar, el entorno social, el nivel educacional, las características de la actividad sexual y el grado de maduración psicológica, deben ser evaluados sistemáticamente, e

individualizar la indicación anticonceptiva para tratar siempre que el adolescente se sienta partícipe de la elección.

## **2.6. ¿Qué son las infecciones de transmisión sexual? (ITS)**

Existe un grupo de infecciones que pueden contagiarse si se tienen relaciones sexuales no protegidas con una persona que está infectada. Por lo general, el contagio se da a través del intercambio de fluidos corporales infectados (semen, líquido seminal pre-eyaculatorio, sangre, fluidos vaginales) que tienen una vía de entrada al cuerpo. La Organización Mundial de la Salud ha cambiado recientemente la nominación de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) por Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) por considerar que el término enfermedad es inapropiado para las infecciones que no producen manifestaciones, las cuales son las que se presentan con mayor frecuencia especialmente en mujeres.

Las infecciones de transmisión sexual más comunes son: gonorrea, sífilis, infección por clamidia, verrugas genitales, herpes genital y VIH/SIDA. El SIDA es una de las infecciones transmisibles más peligrosas. Es causada por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que afecta al sistema inmunológico y se adquiere por el contacto sexual con una persona portadora del virus.

### **2.6.1. ¿Cómo se pueden detectar las ITS?**

Algunas de las señales o síntomas más comunes de las ITS tanto en hombres como en mujeres son:

- Ardor o dolor al orinar

- Secreción u olor extraño en la vagina o en el pene
- Escoriaciones, ampollas, irritación, hinchazón o crecimiento de bultos alrededor de los genitales (que pueden o no doler).
- Comezón, ardor o dolor en los genitales o cerca de ellos
- Dolor al tener relaciones sexuales
- Dolor en la parte baja del abdomen
- Úlceras en los genitales

Las señales arriba mencionadas son características de las principales ITS. Por ejemplo:

**Úlcera genital.** El o la paciente se queja de la aparición de una úlcera o dolor en la región de los genitales. Si se encuentran múltiples lesiones pequeñas y dolorosas puede ser de un herpes. Si se encuentra una úlcera genital que puede acompañarse de ganglios inflamados podría ser una sífilis o un chancro blando.

**Secreción uretral.** El varón se queja de secreción uretral y dolor al orinar. Si se hace un examen al microscopio puede establecerse la diferencia entre gonorrea y clamidia.

**Flujo vaginal.** La mujer se queja de flujo vaginal; si el flujo es amarillo y de olor fétido es síntoma de tricomoniasis; si el flujo es blanco y hace espuma puede ser una moniliasis (hongo); si es gris y con olor a pescado se trata de una vaginosis, (generalmente producida por *garnerella vaginalis*). Para mayor seguridad se puede realizar un examen del flujo vaginal porque también puede tratarse de gonorrea o clamidia.

**Dolor en la parte inferior del abdomen.** La mujer se queja de dolor en la parte inferior del abdomen. Antecedentes o en este momento curse con infección vaginal, puede tratarse de una enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).

### **2.6.2. ¿ Cuáles son las prácticas de riesgo para contraer ITS?**

Las personas que tienen relaciones sexuales sin protección corren el riesgo de contraer una ITS, sin importar su edad, sexo u orientación sexual. Algunas de las prácticas que aumentan la posibilidad de contagio de una ITS son:

- Tener relaciones sexuales orales, anales o vaginales sin usar condón.
- Tener relaciones sexuales con alguien que tenga úlceras abiertas.
- Tener sexo oral sin usar protección.
- Transfundir sangre con VIH a una persona sana.
- De la madre al bebé si la madre vive con el VIH
- Por medio de la leche materna si la madre tiene o padece con el VIH/SIDA.

### **2.6.3. ¿ Cómo se pueden prevenir las ITS?**

Existen diversas maneras para protegerse de las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH:

- **Usar un condón correctamente cada vez que se tenga un contacto sexual.** Los condones pueden a la vez reducir el riesgo de contraer una ITS y prevenir un embarazo no planeado.

- **Tener relaciones sexuales protegidas.** En la medida que la pareja tenga la comunicación necesaria, donde hablen de lo que les preocupa y negocien el uso del condón, evitaren el riesgo de una infección de transmisión sexual, en consecuencia disfrutarán de una sexualidad placentera y responsable.
- **No compartir agujas o jeringas.** Es conveniente que las personas pongan atención en no compartir agujas o jeringas que no estén esterilizadas.
- **Hablar con la pareja respecto a la sexualidad y las ITS.** Antes de involucrarse sexualmente con alguien, es importante hablar sobre las expectativas de la pareja, el momento más oportuno para las relaciones sexuales y la necesidad de prevenir las ITS.
- **No mezclar el sexo con el alcohol o con otras drogas.** Las drogas y el alcohol influyen en las conductas y prácticas sexuales. Pueden llevar a las personas a hacer cosas que no harían si no estuvieran alcoholizados o drogados y correr riesgos innecesarios. Por ejemplo, alguien puede olvidarse de usar un condón y tener relaciones sexuales sin protección.

#### **2.6.4. ¿Qué factores influyen en la prevención de las ITS y el VIH/SIDA?**

El obstáculo más difícil para detener el VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual, es que las personas a pesar de conocer las medidas

preventivas, no las aplican. Diversos estudios en el mundo han demostrado que la mayoría de la población piensa que no tiene el riesgo de contraer el VIH/SIDA. Hay que reconocer que además de la falta de información existen factores culturales y psicológicos que hacen que las personas tomen riesgos que podrían evitarse.

## **2.7. Principales Mitos sobre los Métodos Anticonceptivos**

Los mitos no solo son el resultado de la cultura popular, también son creados o reforzados intencionalmente con el fin de sustentar determinadas posturas u opiniones. Hay pequeños grupos de la sociedad, que consideran que las relaciones sexuales tienen que estar siempre orientadas a la reproducción y que deben darse únicamente dentro del matrimonio. En consecuencia, cualquier mecanismo que impida este mandato se asume como una ofensa o como algo que no debería ocurrir. Esto lleva a que pequeños sectores que asumen estos principios piensen que los métodos anticonceptivos atentan contra esta forma de mirar la vida y en función de ello desarrollan determinadas campañas que tergiversan la información basada en evidencias científicas. A continuación se enumeran algunos mitos sobre los diferentes métodos anticonceptivos según el Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos PROMSEX.

## MITOS SOBRE LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES

MITOS	REALIDAD
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se dice que las píldoras afectan los nervios de las mujeres y las vuelven renegonas.</li> <li>2. El inyectable produce infertilidad.</li> <li>3. Las mujeres que no menstrúan por el inyectable se vuelven locas porque la sangre “se les sube a la cabeza”.</li> <li>4. Los métodos anticonceptivos que contienen hormonas producen cáncer.</li> <li>5. El implante puede producir cáncer de mama.</li> <li>6. Cuando la mujer no menstrúa por efecto de la inyección, la sangre forma un tumor en la matriz.</li> <li>7. La píldora y la inyección disminuyen el deseo sexual en la mujer.</li> <li>8. La píldora de emergencia es abortiva.</li> <li>9. Desde que uso la píldora soy más agresiva, pego a mis hijos, peleo con mi esposo por cualquier motivo.</li> <li>10. La píldora nos hace menos atractivas, nos engorda y produce acné.</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay evidencias de estos efectos y aunque las hormonas pueden alterar en algo el estado emocional, no son determinantes en los cambios de estado de ánimo.</li> <li>• No es así. Está demostrado que algunas mujeres que lo usan pueden tomar un tiempo para restablecer su fecundidad, pero en la mayoría ésta retorna rápidamente.</li> <li>• Aunque en algunas culturas la menstruación es entendida como un “desfogue natural de las mujeres”, se trata de un efecto inexistente. La ausencia de la menstruación está explicada porque no se llega a formar suficiente capa de endometrio. Está absolutamente comprobado que no es así, es más, los anticonceptivos hormonales previenen ciertos tipos de cáncer, como el de endometrio.</li> <li>• No hay ninguna evidencia científica, aunque se recomienda cuidado en el uso de anticonceptivos hormonales cuando hay una carga genética importante de cáncer de mama (cuando la madre o hermanas han presentado esta enfermedad).</li> <li>• Este efecto no existe, forma parte de concepciones culturales.</li> <li>• Los anticonceptivos tienen distintos componentes hormonales y aunque algunos pueden estar relacionados con la disminución de la libido, sus efectos son muy limitados con respecto a otros factores que sí pueden disminuir el apetito sexual.</li> <li>• Está científicamente comprobado que no lo es. Aunque ciertos métodos anticonceptivos en algunas mujeres pueden afectar el estado de ánimo, son otros factores los que podrían estar generando los problemas mencionados.</li> <li>• En absoluto, al contrario, muchos anticonceptivos hormonales tienen un efecto beneficioso en afecciones de la piel.</li> </ul>

## MITOS SOBRE LOS DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS

MITOS	REALIDAD
1. El DIU produce cáncer de cuello uterino.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay ninguna evidencia al respecto. Son otros los factores desencadenantes del cáncer de cuello uterino.</li> </ul>
2. El DIU es abortivo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay ninguna evidencia que señale este efecto.</li> </ul>
3. Si una mujer sale embarazada con el dispositivo intrauterino (DIU), éste se pega en el cuerpo del bebé, y le ocasiona daño.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay posibilidad de que ello ocurra por la protección que ofrecen la placenta y las membranas placentarias.</li> </ul>
4. El DIU se puede mover y llegar a otros órganos, como el estómago.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay ninguna evidencia, el útero no establece este tipo de comunicación con los órganos mencionados.</li> </ul>
5. El hombre siente el DIU cuando tiene relaciones sexuales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay ninguna evidencia, a no ser que el DIU esté mal colocado.</li> </ul>
6. El DIU incomoda al varón y le quita placer.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay ninguna evidencia que así lo demuestre. El pequeñísimo riesgo de perforación puede producirse en el momento de colocar el DIU, si se hace de manera inexperta.</li> </ul>
7. Con el DIU la mujer se vuelve liberal, “calentona”.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No es real, los DIU pueden ser usados por mujeres que no tienen hijos.</li> </ul>
8. Cuando la T de cobre se queda por mucho tiempo, perfora el útero.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay ninguna evidencia, el DIU se puede retirar por tiempo de expiración y colocar inmediatamente uno nuevo.</li> </ul>
9. La mujer que no ha tenido hijos no puede usar DIU.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No es real, en algunos lugares los proveedores ponen esta condición para asegurar que la mujer no está embarazada, lo que resulta relativo, pues puede haber embarazo y menstruación.</li> </ul>
10. Después de usar DIU se debe descansar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay ninguna razón, la mujer puede usarlo si es que desea postergar un nuevo embarazo</li> </ul>
11. Solo se coloca el DIU si la mujer está menstruando.	
12. Después de un aborto no se recomienda un DIU, porque no se tiene la seguridad de que haya sido un aborto espontáneo.	

## MITOS SOBRE LOS PRESERVATIVOS

MITOS	REALIDAD
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El condón se puede utilizar varias veces.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Aunque en algunos lugares el condón femenino es reutilizable, no está recomendada esta forma de uso. En el caso del condón masculino no se recomienda de ninguna manera.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El condón disminuye el placer en el hombre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ No hay evidencia de esto. En hombres y mujeres que se han acostumbrado al uso del condón, no se afecta el placer.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La mujer que pide a su pareja que use condón es porque no confía en él.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Es muy importante difundir el valor de prevención tanto del embarazo no deseado como de la transmisión del VIH.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El condón es para personas promiscuas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ El condón es para cualquier persona que quiera tener relaciones sexuales protegidas.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• El condón es para usarlo en relaciones sexuales fuera del matrimonio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ El condón también es un excelente método anticonceptivo y tiene la ventaja de ser utilizado solamente en el momento de la relación sexual.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si el pene es muy grande o grueso rompe el condón.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Los condones tiene una buena capacidad de adaptación al tamaño del pene, así lo permite su textura de látex.</li> </ul>

## MITOS SOBRE EL VIH – SIDA

MITOS	REALIDAD
1. No tengo que preocuparme por el VIH: Estoy casada.	✓ Lamentablemente, la monogamia de la mujer no le impide contraer el VIH, si es que su pareja porta el virus. La única manera de prevenir la transmisión es que tanto el hombre como la mujer no tengan relaciones sexuales con otras personas.
2. No tengo que preocuparme por este asunto: mi novio me quiere y yo confío en él.	✓ No me haría algo así. En la mayoría de los casos, la transmisión ocurre entre personas que no conocen su diagnóstico.
3. No puedo ser seropositiva: me siento bien y saludable.	✓ Muchas personas que viven con VIH, pero que no tienen la enfermedad (sida), por lo general, no tienen ningún síntoma.
4. Solo las prostitutas y los homosexuales tienen el VIH. Como yo no soy ninguna de las dos cosas no puedo tenerlo.	✓ Aunque la prevalencia de la enfermedad es mayor en hombres que tienen sexo con hombres y en especial en las personas trans y en las trabajadoras sexuales, todas las mujeres que tienen relaciones con una persona seropositiva tienen probabilidades de contraer el virus.
5. Solo personas provenientes de otros países tienen VIH: yo cuido mucho con quién tengo relaciones sexuales.	✓ Es muy difícil conocer a simple vista si una persona vive o no con el virus, y hay personas que pueden tener el virus dentro de su cuerpo por mucho tiempo y esto puede generar una falsa confianza.
6. Las personas con VIH son pecadoras: todo el mundo sabe que ese es el castigo de Dios para ellas.	✓ El VIH es una enfermedad, en la mayoría de los casos, de transmisión sexual. No tiene que ver con pecados, ni culpas, sino con las condiciones que tienen las personas para la prevención y con la importancia que le brindan al cuidado de su propia salud.
7. Una vez que contraes el VIH puedes darte por vencida, porque vas a morir.	✓ Los antirretrovirales, medicamentos para tratar el virus han demostrado una alta efectividad en la postergación del sida, y esto permite que las personas lleguen incluso a 20 años de vida con el virus, manteniendo buenas condiciones de salud.

### **3.0. MATERIALES Y MÉTODOS**

Dentro de los materiales, instrumentos y métodos a utilizar en esta investigación están:

#### **3.1. Tipo de investigación**

Esta investigación fue descriptiva porque el objetivo primordial es determinar los conocimientos, mitos y prácticas sobre salud sexual reproductiva que tienen un grupo de adolescentes del Centro Educativo Victoriano Lorenzo de las Lomas, distrito de David, provincia de Chiriquí.

Según Hernández, 2003 una investigación descriptiva busca especificar las propiedades, características y perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a este análisis.

#### **3.2. Parámetros a evaluar:**

- Variables socio-demográficas: edad, sexo y grado de escolaridad.
- Tipo de familia a la que pertenece.
- Relación con la familia
- Conocimiento acerca de la planificación familiar
- Personas que le han hablado de planificación familiar
- Información recibida sobre diferentes métodos de planificación familiar.
- Métodos anticonceptivos que conocen los estudiantes
- Información sobre cómo usar los métodos anticonceptivos

- Métodos anticonceptivos que han utilizado
- Estudiantes que han iniciado las relaciones sexuales
- Conocimiento acerca de las infecciones de Transmisión sexual
- Pensamientos sobre los métodos anticonceptivos
- Situaciones del porqué los adolescentes no acuden por información sobre los métodos anticonceptivos.
- Conocimiento sobre alguna organización para pedir información sobre planificación familiar.
- Asistencia a algún programa de educación sexual.

### **3.3. Población**

La población es considerada como el conjunto de estudiantes que pertenecía a la educación media del Centro Educativo de Victoriano Lorenzo, distrito de David, Chiriquí, República de Panamá, 2013; que proporcionaron informaciones relevantes para el desarrollo de esta investigación.

### **3.4. Muestra**

La muestra es en esencia, un subgrupo de la población. Los estudiantes que participaron de éste estudio fueron 100 adolescentes que cursaban el décimo, undécimo y duodécimo año en el Centro Educativo Victoriano Lorenzo de Las Lomas, David, Chiriquí, República de Panamá, 2013.

### **3.5. Instrumentos de investigación**

La utilización de la encuesta en esta investigación fue descriptiva y estuvo constituida con ítems cerrados con el objetivo de obtener información de manera científica por parte de los estudiantes participantes.

### **3.6. Análisis de datos**

La información recopilada se efectuó mediante la estadística descriptiva la cual fue empleada para describir, analizar, y representar de manera cualitativa los conocimientos, mitos y prácticas sobre sexualidad reproductiva que tenía un grupo de adolescentes que asistía al Centro Educativo Victoriano Lorenzo de Las Lomas, David, Chiriquí, República de Panamá, 2013.

## **4.0. RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

Los datos recopilados fueron analizados en forma cualitativa y cuantitativa a través del análisis de una encuesta semi estructurada aplicada a 100 adolescentes que asistían al Centro Educativo Victoriano Lorenzo de Las Lomas, David, Chiriquí, República de Panamá, 2013 la que aportó resultados e indicadores valiosos para analizar los conocimientos, mitos y prácticas sobre sexualidad reproductiva que tenían este grupo de adolescentes.

El análisis estadístico se realizó a través de cuadros de distribución de frecuencias absolutas y relativas con su respectivo análisis por ítems, descritos en la parte inferior de cada cuadro, que permitieron la representación e interpretación de los resultados de manera precisa para obtener las conclusiones e inferencias propias de una forma más veraz y confiable. Posteriormente se presentan las gráficas.

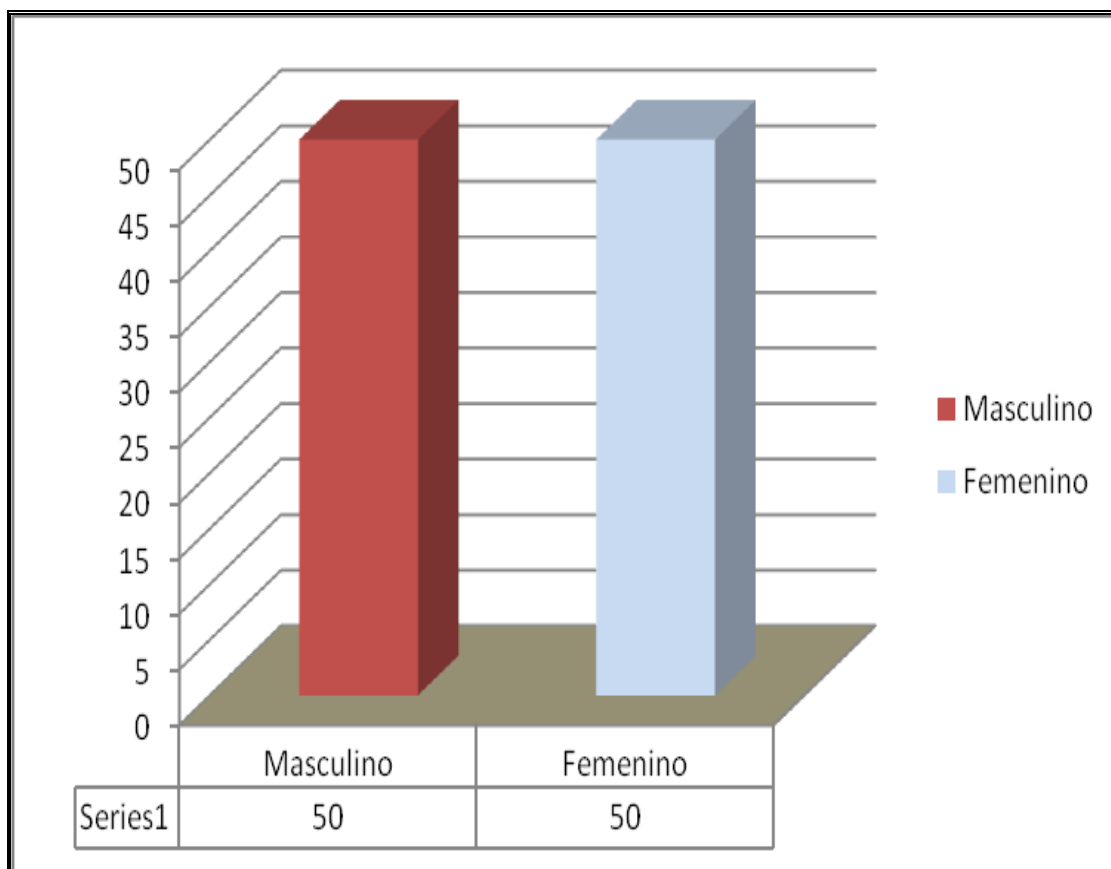
**Cuadro I: SEXO DE LOS ESTUDIANTES DEL CENTRO EDUCATIVO VICTORIANO LORENZO PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.**

<b>SEXO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Masculino	50	50.0
Femenino	50	50.0
<b>Totales</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada por Samudio, 2013.

En el Cuadro I, se presenta los estudiantes que pertenecen al Centro Educativo Victoriano Lorenzo que fueron en un 50 % del sexo masculino, mientras que el 50 % del sexo femenino.

**Gráfica 1: SEXO DE LOS ESTUDIANTES DEL CENTRO EDUCATIVO VICTORIANO LORENZO PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.**



Fuente: Encuesta aplicada por Samudio, 2013.

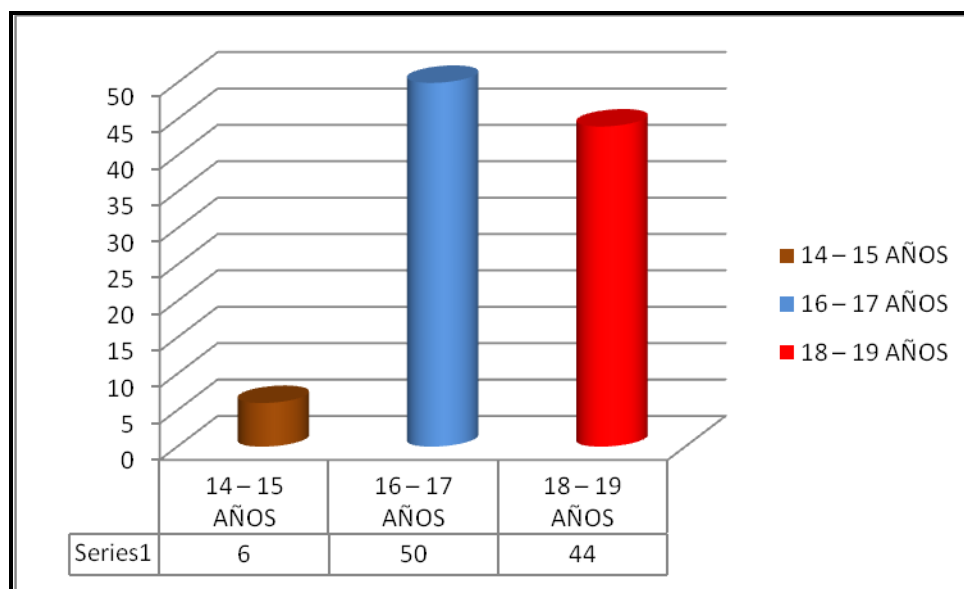
**Cuadro II: EDAD DE LOS ESTUDIANTES DEL CENTRO EDUCATIVO VICTORIANO LORENZO PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.**

<b>EDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
14 – 15 AÑOS	6	6.0
16 – 17 AÑOS	50	50.0
18 – 19 AÑOS	44	44.0
Totales	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada por Samudio, 2013.

En el Cuadro II, con respecto a la edad de los estudiantes participantes en el estudio el 6 % manifestó tener entre 14 y 15 años; el 50 % entre 16 a 17 años, mientras que el 44 % entre 18 a 19 años.

**Gráfica 2: EDAD DE LOS ESTUDIANTES DEL CENTRO EDUCATIVO VICTORIANO LORENZO PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.**



Fuente: Encuesta aplicada por Samudio, 2013.

**Cuadro III: AÑO DE ESCOLARIDAD QUE CURSAN LOS ESTUDIANTES DEL CENTRO EDUCATIVO VICTORIANO LORENZO PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.**

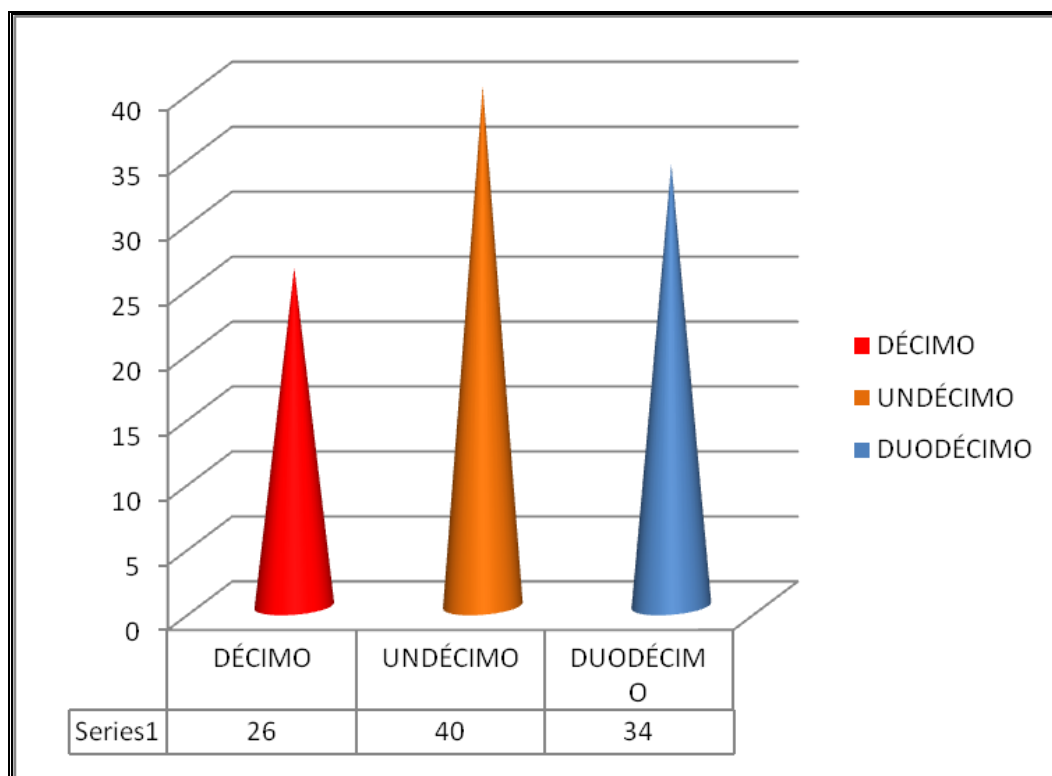
<b>AÑO DE ESCOLARIDAD</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
DÉCIMO	26	26.0
UNDÉCIMO	40	40.0
DUODÉCIMO	34	34.0
Totales	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada por Samudio, 2013.

En el Cuadro III, se presenta el año de escolaridad al que pertenecen los estudiantes participantes en el estudio.

El 26 % de los encuestados pertenecen al décimo año, 40 % al undécimo año; mientras que el 34 % asiste al duodécimo año del Centro Educativo Victoriano Lorenzo que es un centro de media diversificada que está ubicado en el Corregimiento de Las Lomas, distrito de David y que actualmente brinda el bachiller en ciencias con énfasis en informática.

**Gráfica 3: AÑO DE ESCOLARIDAD QUE CURSAN LOS ESTUDIANTES DEL CENTRO EDUCATIVO VICTORIANO LORENZO PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.**



Fuente: Encuesta aplicada por Samudio, 2013.

**Cuadro IV: CANTIDAD DE HERMANOS QUE TIENEN LOS ESTUDIANTES DEL CENTRO EDUCATIVO VICTORIANO LORENZO PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.**

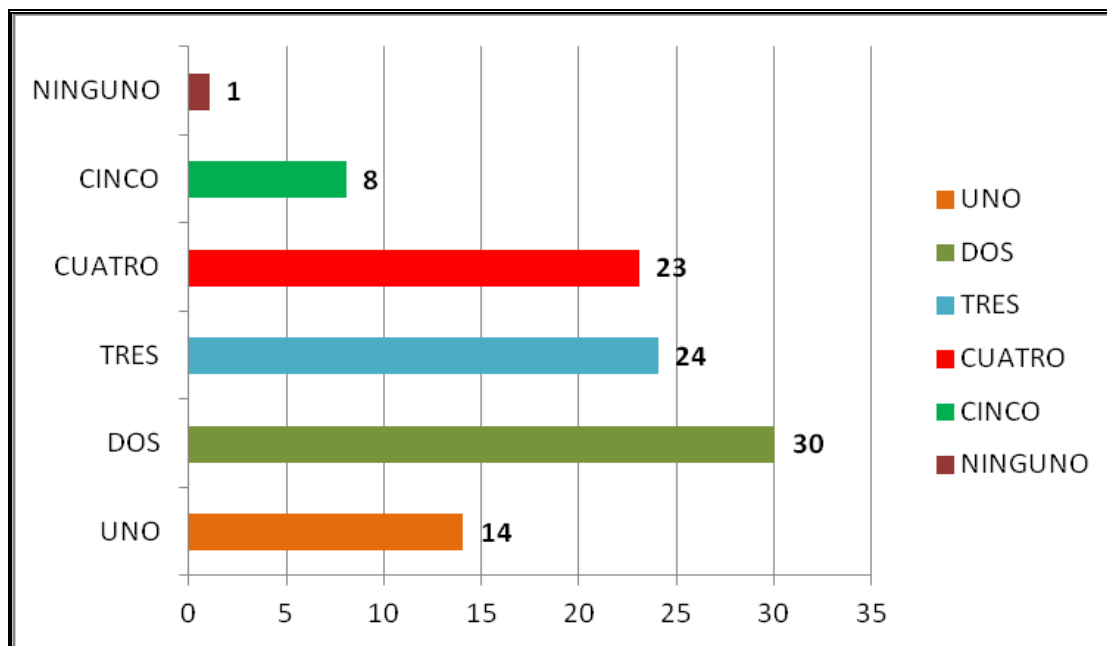
<b>CANTIDAD DE HERMANOS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
UNO	14	14.0
DOS	30	30.0
TRES	24	24.0
CUATRO	23	23.0
CINCO	8	8.0
NINGUNO	1	1.0
<b>Totales</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada por Samudio, 2013.

El Cuadro IV, presenta la cantidad de hermanos que tienen los estudiantes participantes en el estudio.

El 14% manifiesta que tiene un hermano; 30 % dos; 24 % tres hermanos; 23 % cuatro; 8 % cuenta con cinco hermanos; mientras que 1 % no tiene hermanos.

**Gráfica 4: CANTIDAD DE HERMANOS QUE TIENEN LOS ESTUDIANTES DEL CENTRO EDUCATIVO VICTORIANO LORENZO PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.**



Fuente: Encuesta aplicada por Samudio, 2013.

**Cuadro V: TIPO DE FAMILIAS QUE TIENEN LOS ESTUDIANTES DEL CENTRO EDUCATIVO VICTORIANO LORENZO PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.**

<b>TIPO DE FAMILIA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
NUCLEAR	45	45.0
MONOPARENTAL	44	44.0
EXTENDIDA	11	11.0
Totales	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada por Samudio, 2013.

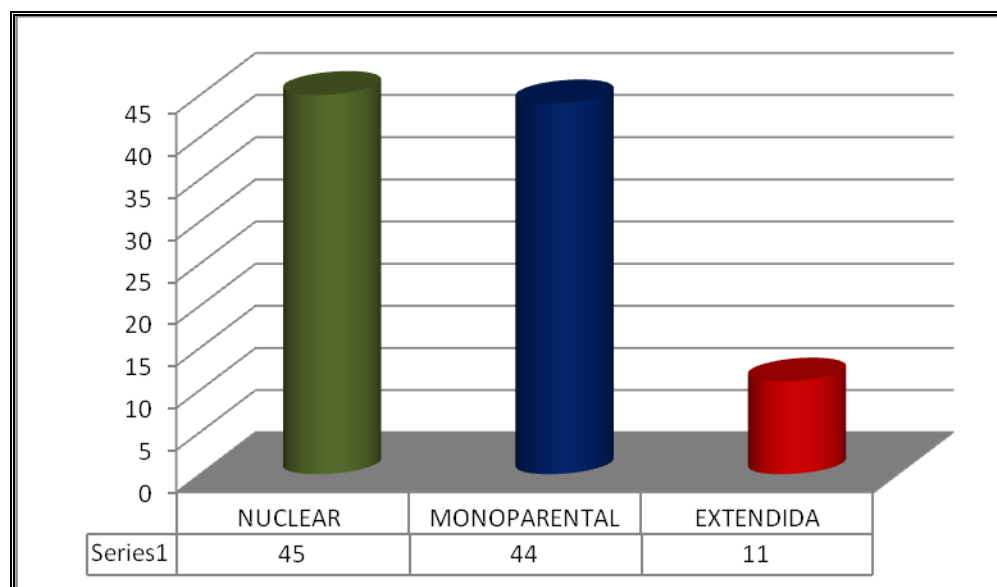
El Cuadro V, presenta el tipo de familias con los que vivían los estudiantes participantes en el estudio.

El 45 % manifiesta tener una familia nuclear es decir que vivían con el padre, la madre y cualquier número de hijos/as.

El 44 % pertenecía a una familia monoparental que es la que está compuesta por un solo progenitor (madre o padre) y los hijos/as.

El 11 % de las familias a las que pertenecían éstos estudiantes eran familias extendidas donde convivían con tías, tíos y abuelos.

**Gráfico 5: TIPO DE FAMILIAS QUE TIENEN LOS ESTUDIANTES DEL CENTRO EDUCATIVO VICTORIANO LORENZO PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.**



Fuente: Encuesta aplicada por Samudio, 2013.

**Cuadro VI: RELACIÓN CON LA FAMILIA DE LOS ESTUDIANTES DEL CENTRO EDUCATIVO VICTORIANO LORENZO PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.**

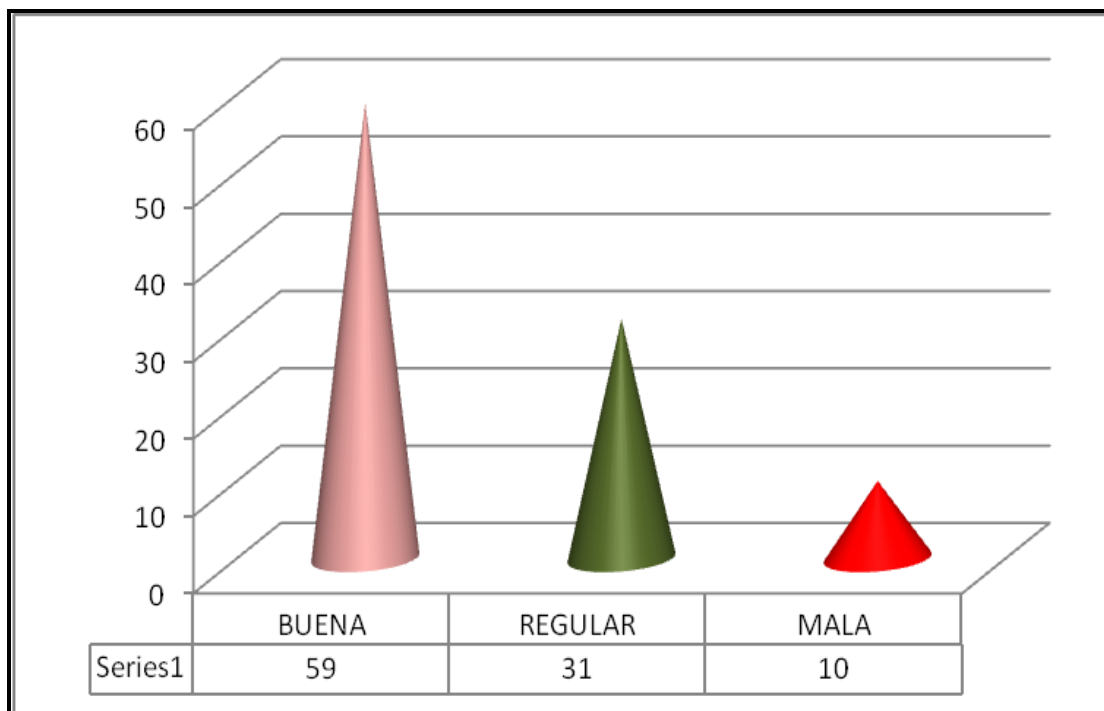
<b>RELACIÓN CON LA FAMILIA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
BUENA	59	59.0
REGULAR	31	31.0
MALA	10	10.0
<b>Totales</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada por Samudio, 2013.

El Cuadro VI, presenta la relación con la familia de los estudiantes participantes en el estudio.

El 59 % considera que es buena; 31 % manifiesta que es regular y un 10 % que la relación que tienen en la actualidad con la familia es considera mala. Esta relación entre padres y adolescentes se ve afectada ya que se han generado conflictos y problemas producto de la afirmación de los adolescentes en cuanto a sus amigos, vestimenta, hora de llegada, etc.

**Gráfica 6: RELACIÓN CON LA FAMILIA DE LOS ESTUDIANTES DEL CENTRO EDUCATIVO VICTORIANO LORENZO PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.**



Fuente: Encuesta aplicada por Samudio, 2013.

**Cuadro VII: CONOCIMIENTO ACERCA DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR SEGÚN LOS ESTUDIANTES DEL CENTRO EDUCATIVO VICTORIANO LORENZO PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.**

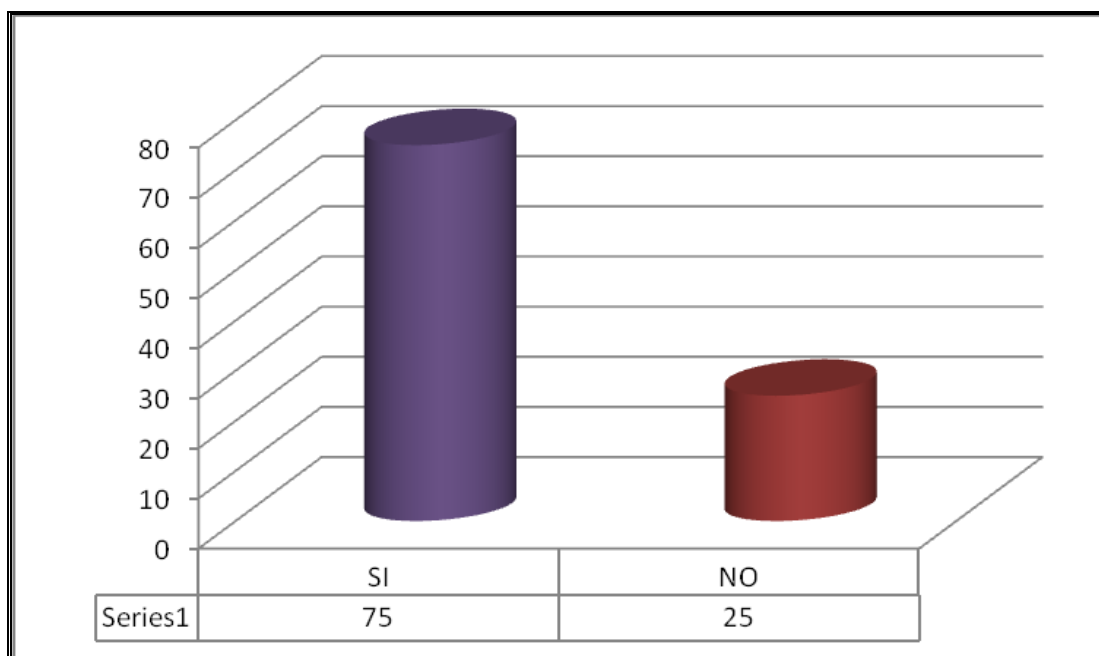
<b>CONOCIMIENTO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
SI	75	75.0
NO	25	25.0
<b>Totales</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada por Samudio, 2013.

El Cuadro VII, presenta el conocimiento sobre planificación familiar que tienen los estudiantes participantes en el estudio.

El 75 % manifiesta contar con este conocimiento, mientras que el 25 % considera que no.

**Gráfica 7: CONOCIMIENTO ACERCA DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR SEGÚN LOS ESTUDIANTES DEL CENTRO EDUCATIVO VICTORIANO LORENZO PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.**



Fuente: Encuesta aplicada por Samudio, 2013.

**Cuadro VIII: PERSONAS QUE LE HAN HABLADO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR A LOS ESTUDIANTES DEL CENTRO EDUCATIVO VICTORIANO LORENZO PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.**

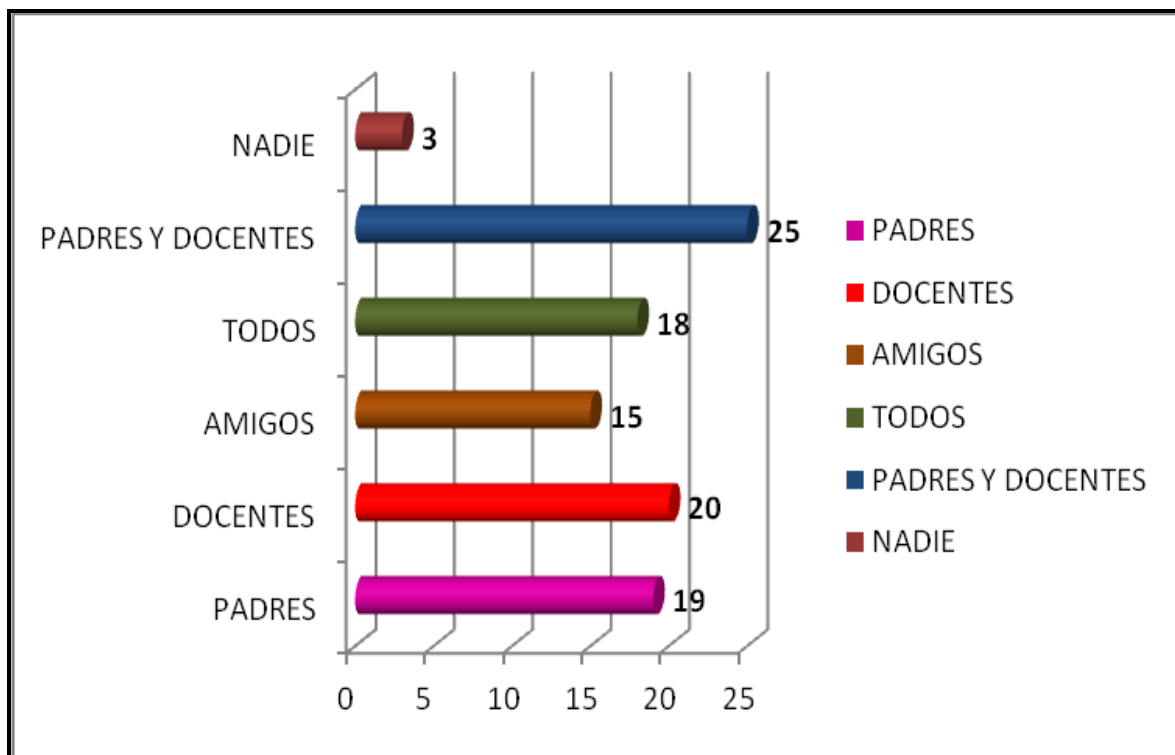
<b>PERSONAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
PADRES	19	19.0
DOCENTES	20	20.0
AMIGOS	15	15.0
TODOS	18	18.0
PADRES Y DOCENTES	25	25.0
NADIE	3	3.0
Totales	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada por Samudio, 2013.

En el Cuadro VIII, con respecto a las personas que le han hablado sobre planificación familiar a los estudiantes participantes en el estudio.

El 19 % considera que los padres, 20 % los docentes; 15 % los amigos; 18 % todos; 25 % padres y docentes y un 3 % considera que nadie hasta el momento les ha hablado de planificación familiar.

**Gráfica 8: PERSONAS QUE LE HAN HABLADO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR A LOS ESTUDIANTES DEL CENTRO EDUCATIVO VICTORIANO LORENZO PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.**



Fuente: Encuesta aplicada por Samudio, 2013.

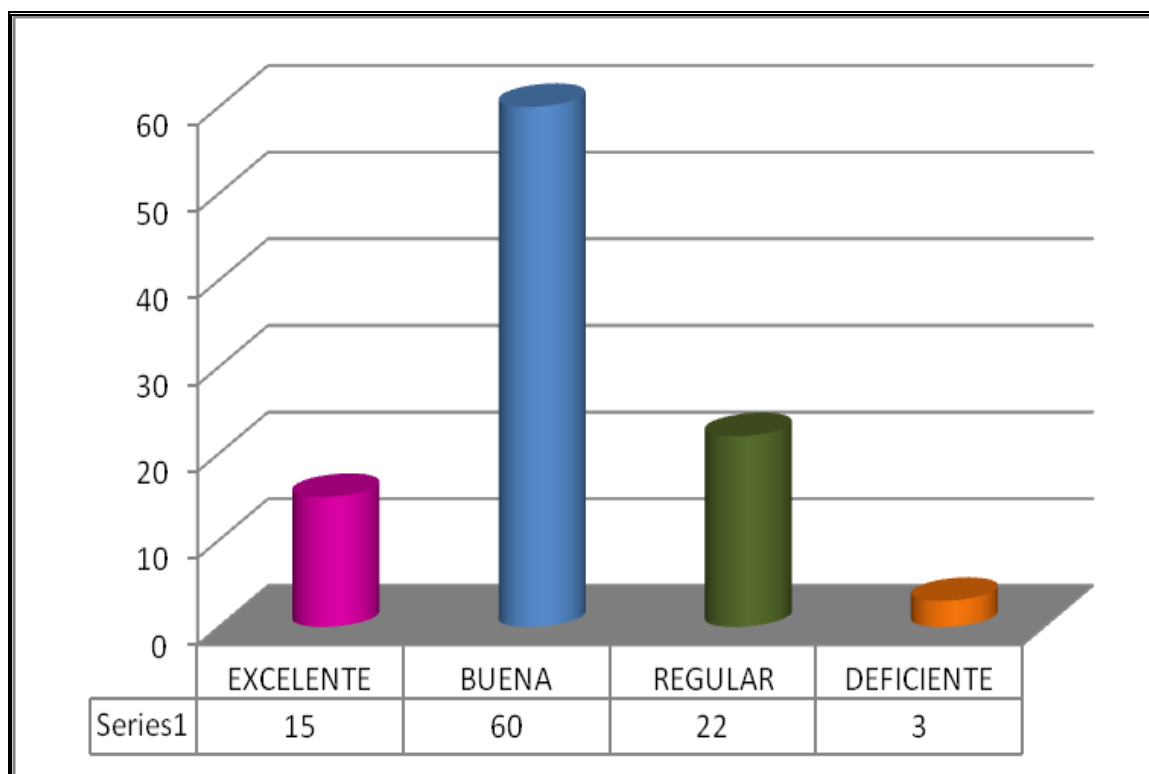
**Cuadro IX: INFORMACIÓN RECIBIDA SOBRE DIFERENTES MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR SEGÚN LOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.**

<b>TIPO DE INFORMACIÓN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
EXCELENTE	15	15.0
BUENA	60	60.0
REGULAR	22	22.0
DEFICIENTE	3	3.0
<b>Totales</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada por Samudio, 2013.

En el Cuadro IX, con relación a cómo consideran ha sido la información recibida acerca de los distintos métodos de planificación familiar; los estudiantes encuestados participantes en el estudio manifiestan en un 15 % que fue excelente; 60 % consideran que fue buena; 22 % que fue regular, mientras que un 3 % considera que fue deficiente.

**Gráfica 9: INFORMACIÓN RECIBIDA SOBRE DIFERENTES MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR SEGÚN LOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.**



Fuente: Encuesta aplicada por Samudio, 2013.

**Cuadro X: MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS QUE CONOCEN LOS ESTUDIANTES DEL CENTRO EDUCATIVO VICTORIANO LORENZO PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.**

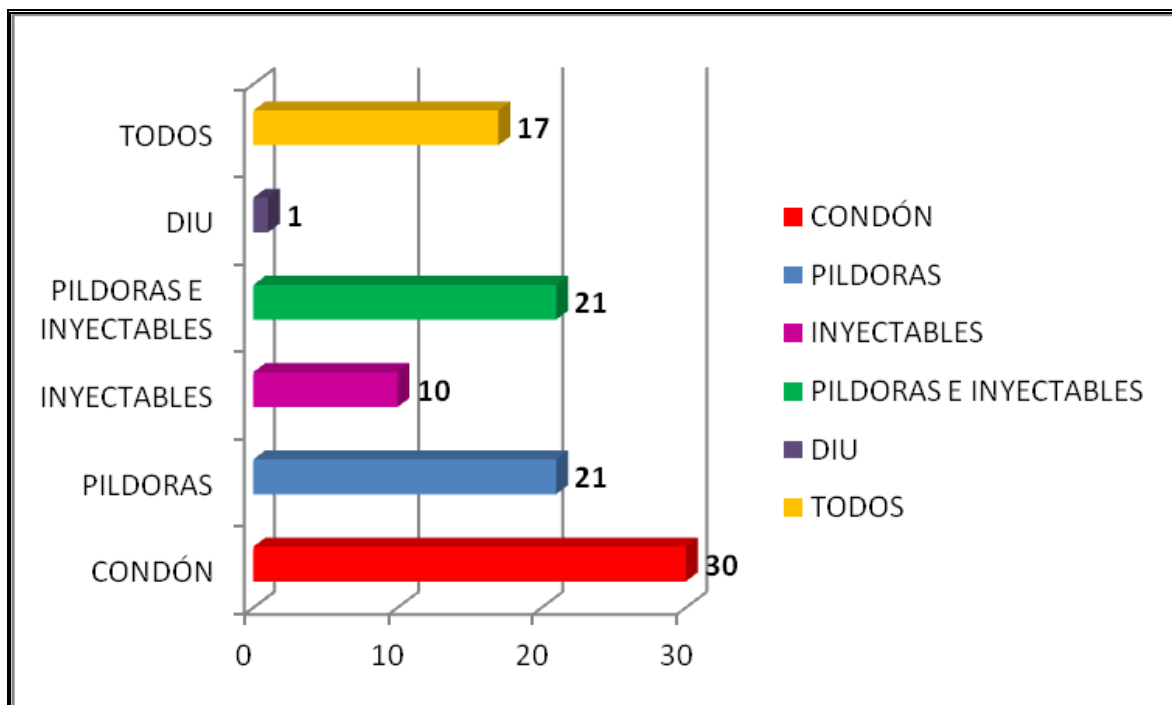
<b>MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS QUE CONOCEN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
CONDÓN	30	30.0
PILDORAS	21	21.0
INYECTABLES	10	10.0
PILDORAS E INYECTABLES	21	21.0
DIU	1	1.0
TODOS	17	17.0
Totales	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada por Samudio, 2013.

El Cuadro X, representa los métodos anticonceptivos que conocen los estudiantes participantes en el estudio.

El 30 % afirmó que conocía el condón; el 21 % las píldoras; el 10 % los inyectables; 21 % las píldoras y los inyectables; uno por ciento el DIU y un 17 % tienen conocimiento de los distintos métodos anticonceptivos.

**Gráfica 10: MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS QUE CONOCEN LOS ESTUDIANTES DEL CENTRO EDUCATIVO VICTORIANO LORENZO PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.**



Fuente: Encuesta aplicada por Samudio, 2013.

**Cuadro XI: INFORMACIÓN SOBRE CÓMO USAR LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN LOS ESTUDIANTES DEL CENTRO EDUCATIVO VICTORIANO LORENZO PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.**

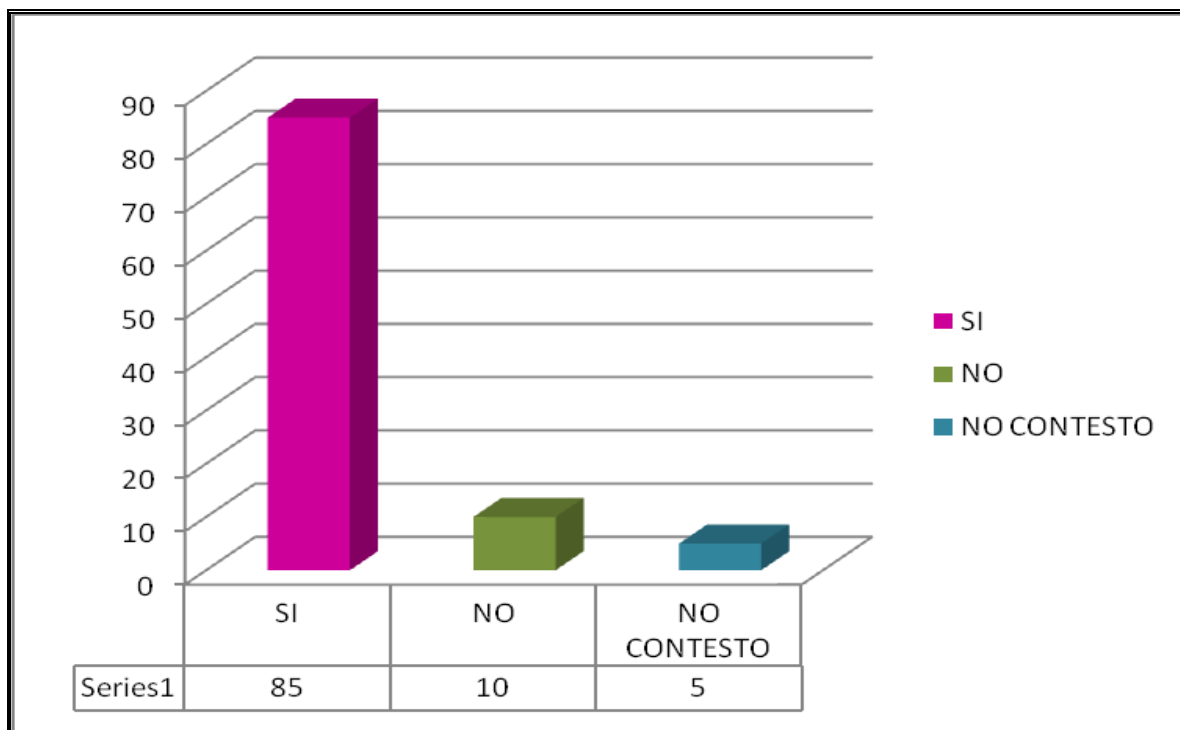
<b>INFORMACIÓN RECIBIDA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
SI	85	85.0
NO	10	10.0
NO CONTESTO	5	5.0
<b>Totales</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada por Samudio, 2013.

El Cuadro XI, si en la información recibida le habían contemplado la forma de cómo usar los distintos métodos anticonceptivos.

El 85 % confirmó que sí y el 10 % que no; mientras que un 5 % no contesto a la pregunta.

**Gráfica 11: INFORMACIÓN SOBRE CÓMO USAR LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN LOS ESTUDIANTES DEL CENTRO EDUCATIVO VICTORIANO LORENZO PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.**



Fuente: Encuesta aplicada por Samudio, 2013.

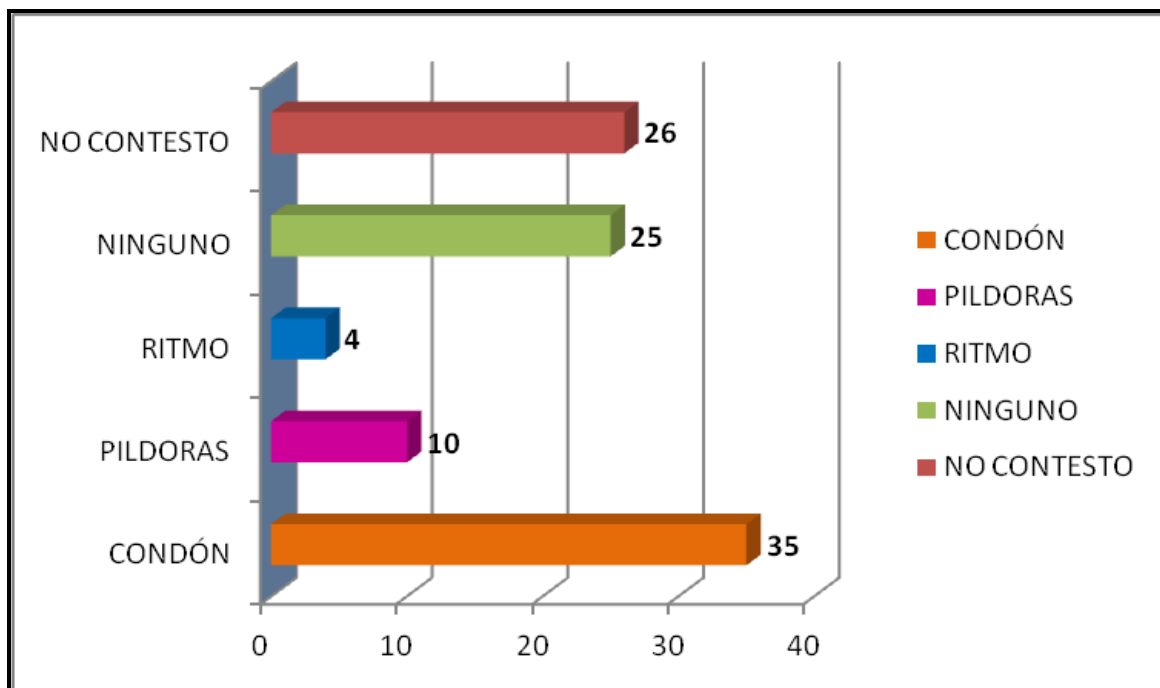
**Cuadro XII: MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS QUE UTILIZAN LOS ESTUDIANTES DEL CENTRO EDUCATIVO VICTORIANO LORENZO PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.**

<b>MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS QUE UTILIZABAN</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
CONDÓN	35	35.0
PILDORAS	10	10.0
RITMO	4	4.0
NINGUNO	25	25.0
NO CONTESTO	26	26.0
Totales	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada por Samudio, 2013.

El Cuadro XII, respecto a los métodos anticonceptivos que han utilizado el 35 % contestó que el condón, 10% píldoras y un 4 % el método del ritmo; mientras que un 25 % afirmó que ninguno y un 26 % no contestó.

**Gráfica 12: MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS QUE UTILIZAN LOS ESTUDIANTES DEL CENTRO EDUCATIVO VICTORIANO LORENZO PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.**



Fuente: Encuesta aplicada por Samudio, 2013.

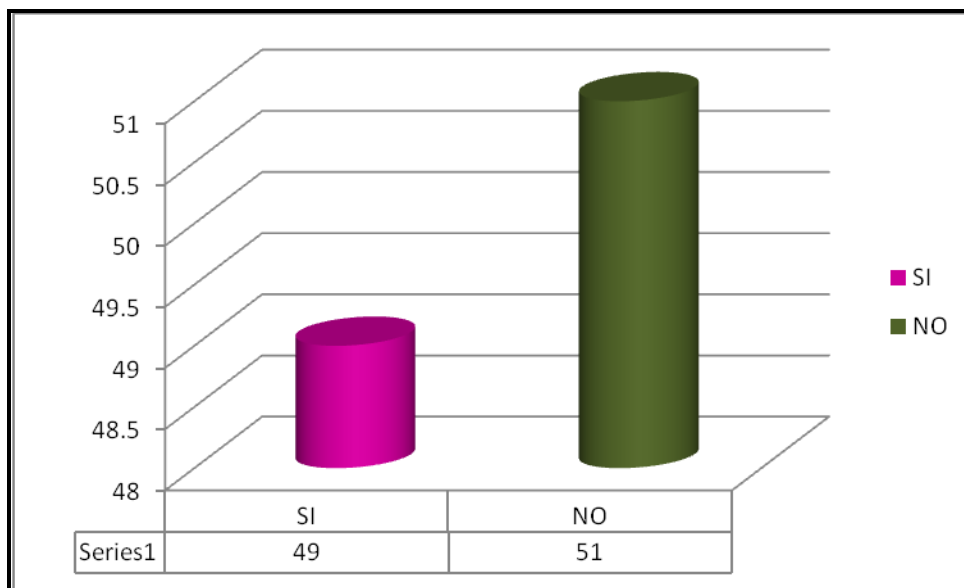
**Cuadro XIII: ESTUDIANTES QUE HAN INICIADO RELACIONES SEXUALES SEGÚN LOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.**

<b>HAN INICIADO RELACIONES SEXUALES</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
SI	49	49.0
NO	51	51.0
<b>Totales</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada por Samudio, 2013.

En el Cuadro XIII, se presenta los resultados de la pregunta realizada a los estudiantes participantes en el estudio, respecto a, si habían iniciado o no las relaciones sexuales, a los que un 49 % contestó que sí y un 51 % que no; a los que contestaron afirmativamente se les pregunto a qué edad habían iniciado las relaciones sexuales un 10 % contestó que entre 12 a 14 años y un 90 % entre los 15 a los 19 años.

**Gráfica 13: ESTUDIANTES QUE HAN INICIADO RELACIONES SEXUALES SEGÚN LOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.**



Fuente: Encuesta aplicada por Samudio, 2013.

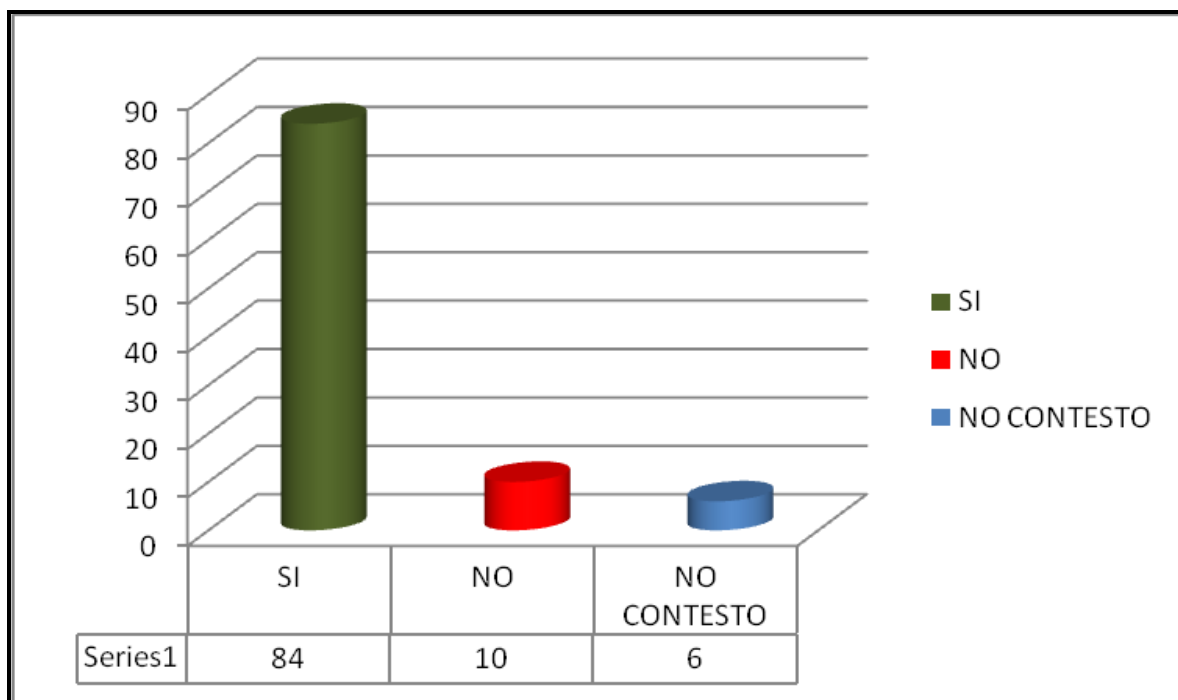
**Cuadro XIV: CONOCIMIENTO ACERCA DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL SEGÚN LOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.**

<b>CONOCIMIENTO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
SI	84	84.0
NO	10	10.0
NO CONTESTO	6	6.0
Totales	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada por Samudio, 2013.

El Cuadro XIV, presenta el conocimiento que tienen los estudiantes acerca de las infecciones de transmisión sexual. El 84 % revela que si conoce acerca de las infecciones, mientras que el 10 % manifiesta no conocer de dichas infecciones de transmisión sexual y un 6 % no contestó.

**Gráfica 14: CONOCIMIENTO ACERCA DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL SEGÚN LOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.**



Fuente: Encuesta aplicada por Samudio, 2013.

**Cuadro XV: PENSAMIENTOS SOBRE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE LOS ESTUDIANTES DEL CENTRO EDUCATIVO VICTORIANO LORENZO PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.**

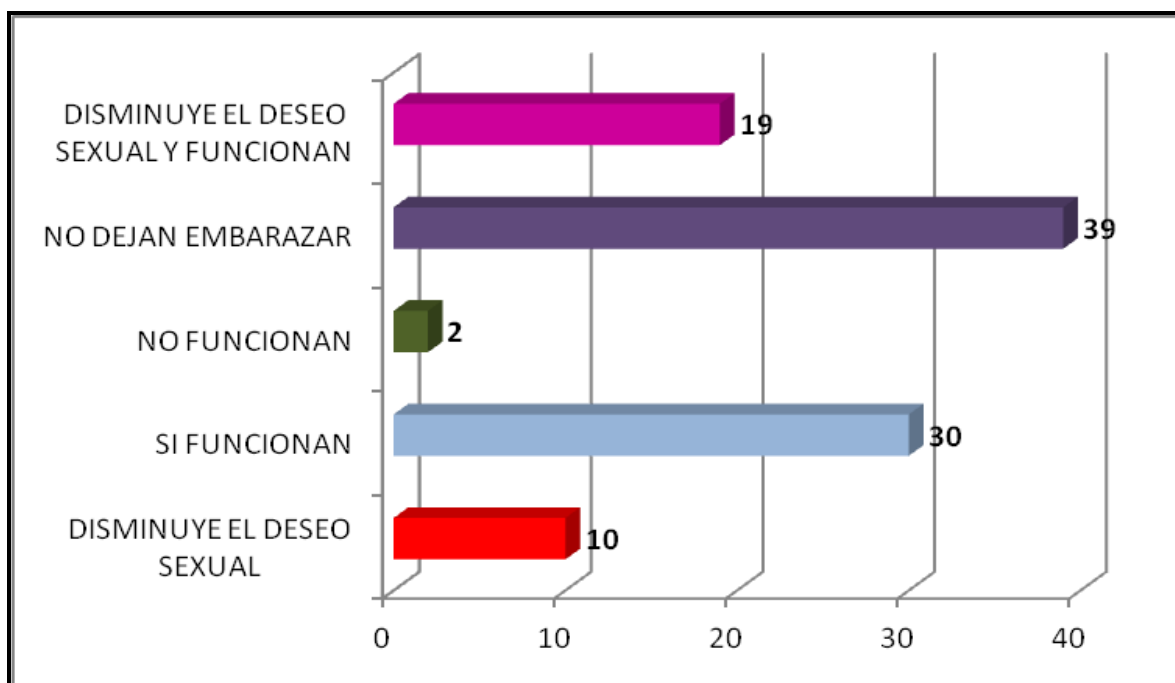
<b>PENSAMIENTOS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
DISMINUYE EL DESEO SEXUAL	10	10.0
SI FUNCIONAN	30	30.0
NO FUNCIONAN	2	2.0
NO DEJAN EMBARAZAR	39	39.0
DISMINUYE EL DESEO SEXUAL Y SI FUNCIONAN	19	19.0
Totales	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada por Samudio, 2013.

En el Cuadro XV, se observa los diferentes pensamientos que tienen los estudiantes que participaron en el estudio acerca de los métodos anticonceptivos.

El 39% considera que no dejan embarazar, 30 % que si funcionan; el 19% que disminuyen el deseo sexual y si funcionan; el 10 % considera que disminuye el deseo sexual, solamente el 2 % afirma que no funcionan.

**Gráfica 15: PENSAMIENTOS SOBRE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE LOS ESTUDIANTES DEL CENTRO EDUCATIVO VICTORIANO LORENZO PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.**



Fuente: Encuesta aplicada por Samudio, 2013.

**Cuadro XVI: SITUACIONES DEL PORQUÉ LOS ADOLESCENTES NO ACUDEN POR INFORMACIÓN SOBRE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.**

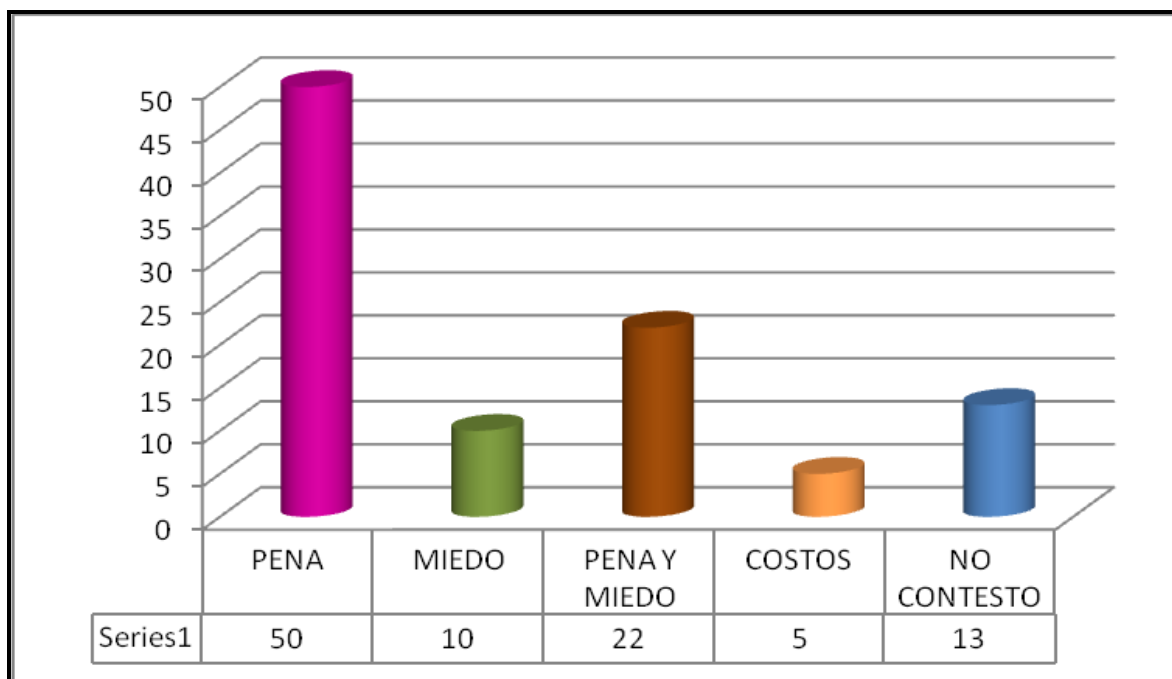
<b>PENSAMIENTOS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
PENA	50	50.0
MIEDO	10	10.0
PENA Y MIEDO	22	22.0
COSTOS	5	5.0
NO CONTESTO	13	13.0
<b>Totales</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada por Samudio, 2013.

El Cuadro XVI, presenta diversas situaciones que consideran los estudiantes participantes en el estudio por las que los mismos no buscan información sobre los métodos anticonceptivos.

El 50% considera que por pena, 22% por pena y miedo, 13% no contesto, 5 % por costos y el 10% por miedo.

**Gráfica 16: SITUACIONES DEL PORQUÉ LOS ADOLESCENTES NO ACUDEN POR INFORMACIÓN SOBRE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.**



Fuente: Encuesta aplicada por Samudio, 2013.

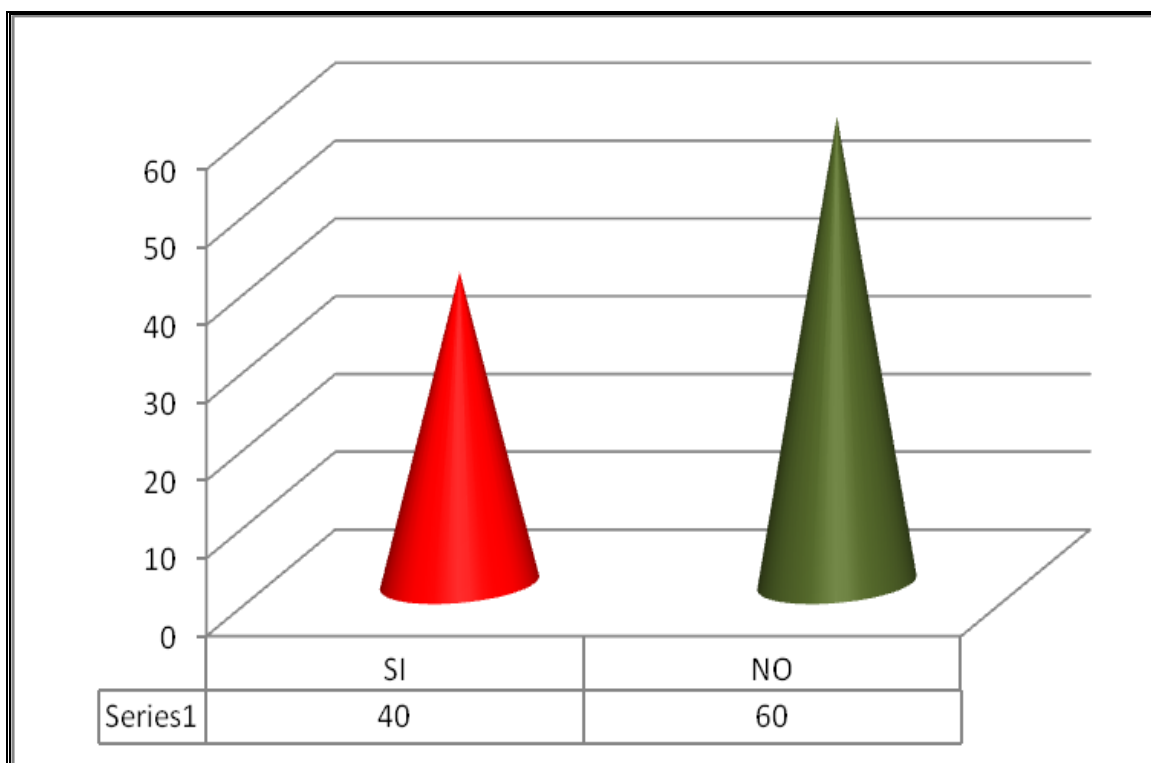
**Cuadro XVII: CONOCIMIENTO SOBRE ALGUNA ORGANIZACIÓN PARA PEDIR INFORMACIÓN SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.**

<b>CONOCIMIENTO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
SI	40	40.0
NO	60	60.0
<b>Totales</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada por Samudio, 2013.

El Cuadro XVII, presenta el conocimiento sobre alguna organización para pedir información sobre planificación familiar por los estudiantes participantes en el estudio. El 40 % considera que sí, mientras que el 60 % considera que no han escuchado hablar sobre alguna organización que a nivel local les proporcione información sobre planificación familiar.

**Gráfica 17: CONOCIMIENTO SOBRE ALGUNA ORGANIZACIÓN PARA PEDIR INFORMACIÓN SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.**



Fuente: Encuesta aplicada por Samudio, 2013.

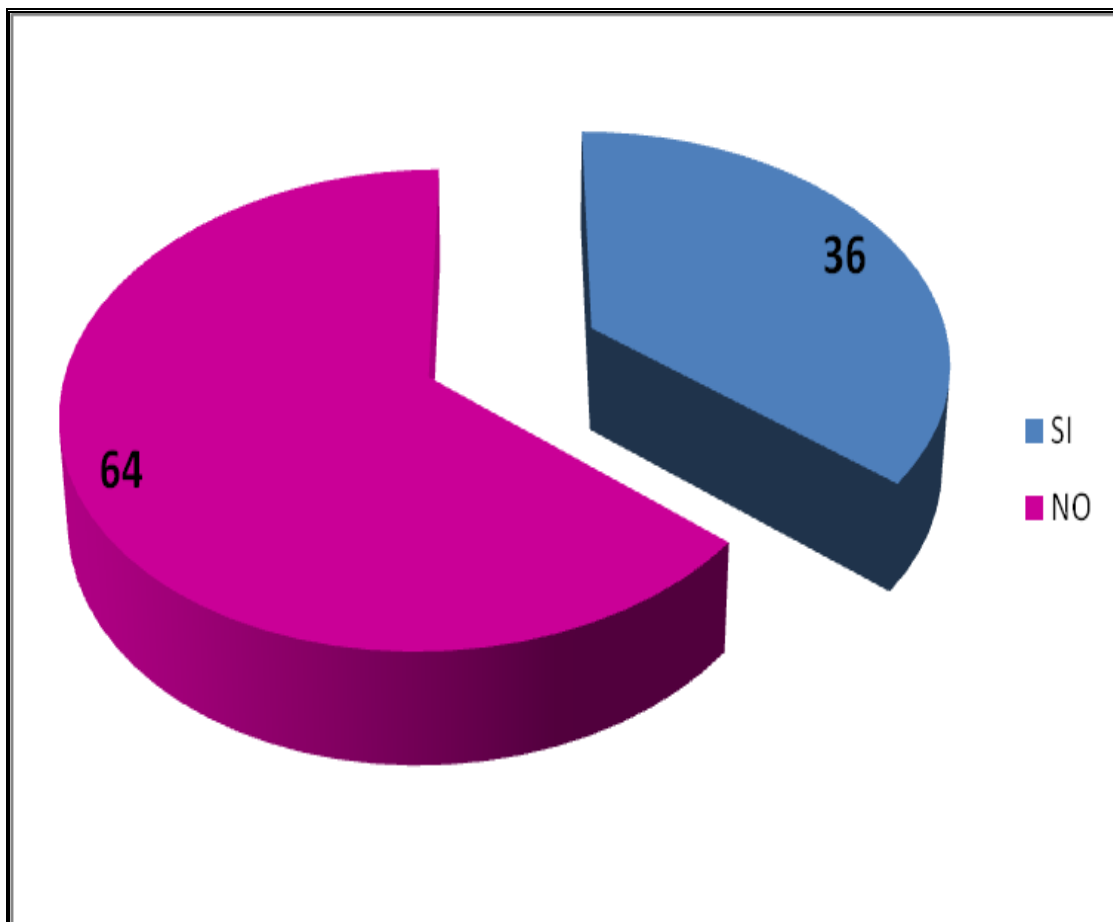
**Cuadro XVIII: ASISTENCIA A ALGÚN PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL SEGÚN LOS ESTUDIANTES DEL CENTRO EDUCATIVO VICTORIANO LORENZO PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.**

<b>ASISTENCIA A PROGRAMA</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
SI	36	36.0
NO	64	64.0
<b>Totales</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta aplicada por Samudio, 2013.

En el Cuadro XVIII, el 36 % de los estudiantes encuestados manifestó que si han acudido a diferentes programas de educación sexual y el 64 % consideran que no. Al preguntarles donde habían asistido a estos programas contestaron que en charlas que habían brindado el Centro de Salud de Las Lomas.

**Gráfica 18: ASISTENCIA A ALGÚN PROGRAMA DE EDUCACIÓN SEXUAL SEGÚN LOS ESTUDIANTES DEL CENTRO EDUCATIVO VICTORIANO LORENZO PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO.**



Fuente: Encuesta aplicada por Samudio, 2013.

## CONCLUSIONES

Al finalizar esta investigación sobre conocimientos, mitos y prácticas sobre salud sexual reproductiva que tienen un grupo de adolescentes del Centro Educativo Victoriano Lorenzo de las Lomas, distrito de David, se concluye lo siguiente:

- La adolescencia es un período en el que se experimentan importantes cambios a nivel biológico, psicológico y social. Durante esta etapa suele aumentar el interés por el sexo y se dan las primeras relaciones sexuales.
- El índice de conocimientos, mitos y prácticas sexuales que tienen los adolescentes son indicadores de la educación sexual que han recibido especialmente en la familia y en el ámbito educativo.
- Los/las adolescentes inician cada vez más temprano su vida sexual, y lo hacen sin usar las protecciones adecuadas y necesarias, lo que conduce a infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados.
- Un gran porcentaje de los estudiantes entrevistados ha tenido relaciones sexuales coitales desde los 12 años.
- El 93 por ciento de los estudiantes que tuvieron relaciones sexuales en el último año usó algún método anticonceptivo y el 76 por ciento dijo haber recibido información sobre sexualidad y manifiestan algunos

pensamientos sobre éstos métodos tales como: impiden tener un embarazo no deseado, funcionan pero disminuyen el deseo sexual.

- Los adolescentes forman una población que se encuentra en una etapa donde existe un alto riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual.
- Los cursos o programas sobre educación sexual pueden ser un avance trascendente para la formación integral de los adolescentes, en los cuales no solo les brinde información orientada a la prevención de embarazos o de enfermedades de transmisión sexual, sino también formación de valores positivos sobre una vida sexual segura y responsable.

## RECOMENDACIONES

Luego de realizada la investigación se puede recomendar lo siguiente:

- Se hace necesaria la introducción de procesos informativos, educativos y preventivos relacionados con la sexualidad, la salud sexual y la salud reproductiva.
- Promover la accesibilidad a programas de educación sexual integral que incluyan aspectos relacionados con el desarrollo psicológico, social y familiar de los adolescentes.
- En el caso de métodos anticonceptivos como el preservativo, en la medida que pueda adquirirse en supermercados, máquinas dispensadoras, centros de atención para adolescentes, y que su compra no suponga una barrera para el joven, que desee adquirirlo.
- La Escuela de Educación para el Hogar dentro de sus actividades de extensión debe utilizar la información obtenida en esta investigación para trabajar en programas de servicio social dirigida especialmente a la comunidad adolescente y padres de familia.

- El creciente porcentaje de adolescentes según la encuesta aplicada que ha iniciado a temprana edad las relaciones sexuales, es indicativo de la necesidad de iniciar la promoción y la educación para la salud sexual integral desde la enseñanza primaria, así como de intensificar los programas educativos dirigidos a jóvenes en situaciones de alto riesgo.
- Los resultados de esta investigación deben servir a las instancias de gobierno, organizaciones no gubernamentales, medios de comunicación, instituciones académicas, y público en general para aumentar su conocimiento acerca del tema.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Águila, A. 2005. Métodos anticonceptivos. Intervención educativa en alumnos de noveno grado de la ESBU Simón Reyes. Trabajo investigativo para optar por el título de Especialista de Primer Grado en MGI. Ciego de Ávila: Policlínica Majagua:75-89.
- Álvarez, D.; Arribas, L.; Cabero, L.; Lete, I.; Ollé, C. & De Lorenzo, R. 2005. Guía de actuación en anticoncepción de emergencia. Ed. SEC.
- Álvarez, R. 2001. Temas de Medicina General Integral. La Habana. Cuba: Ed. Ecmec: 50-51.
- Arribas, L.; Duarte, S. & Saavedra, A.M. 2004. Indicación de un método anticonceptivo a una adolescente: implante subcutáneo de gestágeno. Rev. Atención Primaria. Vol 34(9):499-503.
- Bahamondes, L. 2002. Mejores servicios pueden reducir el riesgo de aborto: El miedo, la vergüenza y la desesperación pueden hacer que algunas jóvenes pongan fin al embarazo. Rev. Network en español, Family Health International. Vol 20(3):18,16.
- Barrios M. y otros. 2004. *Manual de Trabajo de Grado de Especialización y Maestría y Tesis Doctorales*. 2da edición Fondo Editorial. FEDUPEL.
- Best, K. 2003. Anticoncepción hormonal e infecciones de transmisión sexual (ITS). Network en español. Vol 22(3):20-1.
- Bravo, O. 2000. Los médicos y enfermeras de la familia también trabajan por una sexualidad placentera CENESEX.
- Busquets, M.; Preisler, J. & Poli, C. 2002. Mecanismo de acción de anticonceptivos orales: ¿cumplen los ACO de bajas dosis con el objetivo de inhibir la ovulación? Rev. Chilena Obstetricia Ginecología. Vol 67(3):242-8.
- Coll, C.; Ramírez, I.M.; Martínez, F.; Ramírez, A.; Bernabeu, S. & Díaz, E. 2001. Anticoncepción en la adolescencia. Métodos de barrera, naturales y DIU. En: Buil, C.; Lete, I.; Ros, R. & De Pablo, J.L. Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Aspectos básicos y clínicos. Zaragoza: Editorial Wyeth-Lederle: 729-71.

- CONASIDA. Comportamiento sexual en la ciudad de México. Encuesta 1992-93. Rodríguez G., 1996. "Sexualidad juvenil" en jóvenes: una evaluación del conocimiento, SEP / Causa Joven, Centro de Estudios sobre la juventud, tomo II.
- Connell, E.B. 1998. El dispositivo intrauterino: reevaluación de su papel como opción anticonceptiva. *Rev. Mundo Médico*.
- Devlin E. 2001. El acceso fácil a las píldoras es importante. *Network en español*. Vol 21(1):18-21.
- Díaz, Alma y otros. 2008. Conducta autodestructiva relacionada con trastornos de personalidad en los adolescentes mexicanos. FES Iztacala UNAM. México.*
- Domínguez, L. 2006. La adolescencia y la juventud como etapas del desarrollo de la personalidad. Distintas concepciones en torno a la determinación de sus límites y regularidades. En su *Psicología del desarrollo adolescencia y juventud*. La Habana. Ed. ECIMED. Vol 9.
- Feldman, R. & Maposhere, C. 2000. La exposición al riesgo suele ser mayor ahora. *Rev. Network en español*. Vol 64.
- González Garza y cols. 2005. Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de la ENSA 2000, en *Revista de Salud Pública*, mayo-junio de 2005, volumen 47, número 3, p. 210.
- Grace J. Craig y otros. 2008-2009. *Desarrollo Psicológico*. Editorial PEARSON 9na edición. Caracas.
- Hernández, D. 2009. Trabajo para optar por el título de especialista de primer grado en enfermería comunitaria: Conocimiento sobre embarazo en la adolescencia. Consejo Popular Crespo. Municipio Cumanayagua. 2008. Policlínico universitario "Aracelio Rodríguez Castellón". Cumanayagua.
- Kon, I.S. 1990. *Psicología de la edad juvenil*. Editorial Pueblo y Educación. La Habana, :62.
- Lugones, M. & Ramírez, M. 2006. Anticoncepción de emergencia en la adolescencia. *Rev. Cubana Pediatría*.
- Lugones, M.; Quintana, T.Y. & Cruz, Y. 1997. Anticoncepción hormonal. *Rev. Cubana Medicina General Integral*. Vol 13(1):49-58.

- Machado, H. 2002. Historia de la anticoncepción. En: Peláez, J. Métodos anticonceptivos. Actualidad y perspectiva para el nuevo milenio. 2da ed. Ciudad de la Habana Cuba: Científico – Técnica: 96.
- Martínez, J.; Serrano, I. & Doval, J.L. 2005. Anticoncepción hormonal oral en jóvenes II: atención contraceptiva, prescripción, AHO y ETS. En: Álvarez, D.; Álvarez, S.; Balasch, B.; Barranco, E. & Bernabeu, S. Manual de anticoncepción hormonal. Madrid: Ed. SEC: 263-73.
- Martínez, S. 2003. Valoración epidemiológica de las actividades de atención primaria de salud. Rev. Cubana Salud Pública. Vol 19 (1):62-9.
- Molina, R. 2000. Enfoque de riesgo en Adolescentes Embarazadas. Universidad de Chile.
- Monterrosa, A. 2001. Anticonceptivos orales combinados y adolescencia. En: Monterrosa, A. Actualización de conceptos en anticonceptivos orales combinados. 3ra. ed. Bogotá: Editorial Whyeth Inc.:89-92.
- Monterrosa, C. 2001. Los nuevos anticonceptivos orales combinados de ultra baja dosis. Rev. Feder Colomb Asoc Obstet Ginecol. Vol 52(2):1-8.
- Necchi, S. & Schufer, M. 2001. Adolescente varón: iniciación sexual y anticoncepción. Arch Pediatr Urug. Vol 72(2):149-57.
- OMS. 2005. Consideraciones especiales. En: OMS. Recomendaciones para el uso de anticonceptivos. Ginebra 2da. ed: 8.
- OMS. 2000. La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad, 2000, Informe Salud para todos en el año. Vol 12.
- OMS. 2003. Nuevo análisis del papel de los dispositivos de barrera vaginales. Out Look. Vol 20(2).
- ONUSIDA / OMS, 1997. Informe sobre la epidemia mundial del VIH / SIDA.
- ONUSIDA. 2002. Informe sobre la epidemia mundial del VIH/SIDA ONU/OMS ([www.unaids.org](http://www.unaids.org)).
- OPS. 1997. Salud de los adolescentes. Plan de Acción 1998-2001 sobre la salud y desarrollo del adolescente en las Americas OPS/OMS Washington D.C.
- Peláez, J. 2002. Anticoncepción en los adolescentes y adultos jóvenes. En: Peláez, J. Métodos anticonceptivos. Actualidad y perspectivas para el nuevo milenio. 2da ed. Ciudad de la Habana, Cuba: Científico Técnica: 56 (8):60-1.

- Peláez, J. 1999. Embarazo en la adolescencia. En: Peláez, J. Ginecología infante/juvenil. Salud reproductiva del adolescente. La Habana: Editorial Científico-Técnica:190-7.
- Peláez, J.; Rodríguez, O. & Bermúdez, R. 1998. Adolescente varón y anticoncepción. Rev. Cubana Obstetricia Ginecología. Vol 24(1):5-12.
- Pérez, I.; Pérez, E.F. & Plá, E. 2005. Métodos de anticoncepción en adolescentes. Píldora de emergencia. Aspectos ético-legales. Rev. Pediatría Atención Primaria. Vol 7(1):81-7.
- Quintero, P.P.; Santalla, R.; Torres, J.B. & Regal, I. 2004. Anticonceptivos en la adolescencia. Policlínico "Turcios Lima", año 2002. Medicina General Integral. Vol 8 (34):1-6.
- Ramos, M.T. & Cantu, P.C. 2009. El VIH/SIDA y la adolescencia. Revista de Salud Pública y Nutrición. 2003. Disponible en: <http://www.respyn.uanl.mx/iv/4/ensayos/vih-adole.htm>. Consultado: 19/Oct/2009.
- Rasmussen Cruz B, A Hidalgo San Martín y N. Alfaró Alfaró 2003. Comportamientos de riesgo de ITS/SIDA en adolescentes trabajadores de hoteles de Puerto Vallarta y su asociación con el ambiente laboral. Salud Publica Méx 45 supl1:S81-S91.
- Santana, F.; Gómez, M. & Real, R.M. 2000. Sistema de implante subdérmico: Norplant. Rev. Cubana Endocrinología. Vol 11(1): 41-50.
- SEC. 2001. Recomendaciones de la conferencia de consenso: actualización del manejo de la anticoncepción intrauterina. Ed. Schering.
- Shaffer Daniel R. 2000. *Psicología del Desarrollo -Infancia y Adolescencia*. 5ta edición Editorial Thompson. Puerto Rico.
- Vázquez, A.; De la Cruz, F.; Almirall, A. & Sánchez, M. 2000. Repercusión Materna del embarazo precoz. Rev. Cubana. Obst. Ginecol. Vol 1(2): 40.
- Wright, K.L. 2003. Adelantos en anticoncepción hormonal. Network en español. Vol 22(3):4-7.

# Anexos

**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ**  
**FACULTAD DE CIENCIAS AGROPECUARIAS**  
**ESCUELA DE EDUCACIÓN PARA EL HOGAR**  
**ENCUESTA SOBRE CONOCIMIENTOS, MITOS Y PRÁCTICAS SOBRE**  
**SEXUALIDAD REPRODUCTIVA QUE TIENE UN GRUPO DE DOLESCENTES**

Esta encuesta tiene como objetivo investigar Determinar los conocimientos, mitos y prácticas sobre salud sexual reproductiva que tienen un grupo de adolescentes del Centro Educativo Victoriano Lorenzo de las Lomas, distrito de David, provincia de Chiriquí.

1. SEXO

Masculino \_\_\_\_\_

Femenino \_\_\_\_\_

2. Edad que tienes actualmente \_\_\_\_\_

3. Nivel que cursas

IV año \_\_\_\_\_

V año \_\_\_\_\_

VI año \_\_\_\_\_

4. Cuántos hermanos tienes:

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

5. Con quién vives actualmente

Papá y mamá \_\_\_\_\_ Papá \_\_\_\_\_ Mamá \_\_\_\_\_

Abuelos \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

6. Relación con la familia

Buena \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ Mala \_\_\_\_\_

7. ¿Sabes que es la planificación familiar?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

8. Quien te ha hablado de planificación familiar y métodos anticonceptivos:

Padre \_\_\_\_\_ docentes \_\_\_\_\_ amigos \_\_\_\_\_ otros \_\_\_\_\_

9. Como consideras que fue la información proporcionada en la escuela o por tus familiares sobre los diferentes métodos de planificación familiar:

\_\_\_\_\_ Excelente \_\_\_\_\_ Buena \_\_\_\_\_ Regular \_\_\_\_\_ Deficiente

10. ¿Sabes que son los métodos anticonceptivos?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

11. ¿Qué métodos anticonceptivos conoces?

Pildoras \_\_\_\_\_ Inyectables \_\_\_\_\_ ritmo \_\_\_\_\_ DIU \_\_\_\_\_ DIAFRAGMA \_\_\_\_\_ OTRO \_  
 CUAL \_\_\_\_\_

12. Recibiste información de cómo usarlos: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

13. Utilizas algún método anticonceptivo. Marca el que utilizas: condón\_\_  
píldoras\_\_ inyectables\_\_ ritmo\_\_ DIU\_\_ diafragma\_\_ otro\_\_ cual\_\_
14. ¿ha iniciado relaciones sexuales? Si\_\_ no\_\_ a qué edad\_\_
15. ¿Cuál crees que es la edad ideal para iniciar la relaciones sexuales?\_\_
16. Los métodos anticonceptivos previenen el embarazo: Si\_\_ No\_\_ A veces\_\_
17. Cual crees que es la edad ideal para tener hijos\_\_
18. ¿Sabes que son las infecciones de transmisión sexual? Si\_\_ no\_\_
19. Considera que el uso de métodos anticonceptivos previene el embarazo y la presencia de ITS o VIH-SIDA: si\_\_ no\_\_
20. ¿Crees que es recomendable el uso de métodos anticonceptivos en el acto sexual?  
Si\_\_ no\_\_ porque\_\_\_\_\_
21. ¿Qué mitos conoce sobre los métodos anticonceptivos?  
Explique\_\_\_\_\_
22. Que piensas sobre los métodos anticonceptivos:  
\_\_\_\_a. que disminuye el deseo sexual  
\_\_\_\_b)que si funcionan  
\_\_\_\_c) que no funcionan  
\_\_\_\_d) que no dejan embarazar
23. ¿Porque crees que los adolescentes no acuden por información al médico/enfermera sobre métodos anticonceptivos?  
\_\_\_\_a) pena  
\_\_\_\_b) miedo  
\_\_\_\_c) por costos  
\_\_\_\_d) por difícil acceso  
\_\_\_\_e) otro, cual\_\_\_\_\_
24. Porque consideras que las adolescentes se embarazan a pesar de tener disponibles muchos métodos anticonceptivos:  
  
\_\_\_\_\_
25. Sabes de alguna organización a la cual acudir para pedir información sobre planificación familiar y métodos anticonceptivos: Si\_\_ No\_\_  
Cual\_\_\_\_\_
26. Ha asistido a algún programa de Educación Sexual:  
\_\_\_\_a) Si  
\_\_\_\_b) No Donde \_\_\_\_\_
27. El programa que has asistido es:  
\_\_\_\_a) Consejería  
\_\_\_\_b) Métodos anticonceptivos  
\_\_\_\_c) Salud sexual  
\_\_\_\_d) salud reproductiva  
\_\_\_\_e) Otros \_\_\_\_\_
28. Como considera que fue la información proporcionada en estos programas:  
\_\_\_\_a) Excelente  
\_\_\_\_b) Buena  
\_\_\_\_c) Regular  
\_\_\_\_d) Deficiente