

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**“CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LOS PADRES DE FAMILIA
DE ADOLESCENTES SOBRE ANTICONCEPCIÓN”**

Estudio analítico cuasiexperimental realizado en los institutos nacionales: Mixto Experimental de Educación Básica con Orientación Ocupacional “Leónidas Mencos Ávila”; Educación Básica adscrita a la Escuela Rural No. 1 “Dr. Pedro Molina” y Básico por Cooperativa “José Joaquín Pardo Gallardo”

Tesis

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

**María Victoria Pérez Sitavi
Edgar Paolo De León Moscoso
Shaasty Catalina Cobos Amado**

Médico y Cirujano

Guatemala, junio de 2018

El infrascrito Decano y el Coordinador de la COTRAG de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hacen constar que:

Los estudiantes:

- | | | |
|---------------------------------|-----------|---------------|
| 1. María Victoria Pérez Sitavi | 200721210 | 1700457730101 |
| 2. Shaasty Catalina Cobos Amado | 200910366 | 2578025840101 |
| 3. Edgar Paolo De León Moscoso | 200910631 | 2064505160101 |

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

"CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LOS PADRES DE FAMILIA DE ADOLESCENTES SOBRE ANTICONCEPCIÓN"

Estudio analítico cuasiexperimental realizado en los institutos nacionales: Mixto Experimental de Educación Básica con Orientación Ocupacional "Leónidas Mencos Ávila"; Educación Básica adscrita a la Escuela Rural No. 1 "Dr. Pedro Molina" y Básico por Cooperativa "José Joaquín Pardo Gallardo"

Trabajo asesorado por la Dra. Mirna Jeaneth Montenegro Rangel y revisado por la Dra. Aída Guadalupe Barrera Pérez, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firman y sellan la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, el veintisiete de junio del dos mil dieciocho


DR. MARIO HERRERA CASTELLANOS
DECANO



César O. García G.
Doctor en Salud Pública
Colegiado 5,950


DR. C. CÉSAR OSWALDO GARCÍA GARCÍA
COORDINADOR



El infrascrito Coordinador de la COTRAG de la Facultad de Ciencias Médicas, de la Universidad de San Carlos de Guatemala, HACE CONSTAR que los estudiantes:

- | | | |
|---------------------------------|-----------|---------------|
| 1. María Victoria Pérez Sitavi | 200721210 | 1700457730101 |
| 2. Shaasty Catalina Cobos Amado | 200910366 | 2578025840101 |
| 3. Edgar Paolo De León Moscoso | 200910631 | 2064505160101 |

Presentaron el trabajo de graduación titulado:

**"CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LOS PADRES DE FAMILIA
DE ADOLESCENTES SOBRE ANTICONCEPCIÓN"**

Estudio analítico cuasiexperimental realizado en los institutos nacionales: Mixto Experimental de Educación Básica con Orientación Ocupacional "Leónidas Mencos Ávila"; Educación Básica adscrita a la Escuela Rural No. 1 "Dr. Pedro Molina" y Básico por Cooperativa "José Joaquín Pardo Gallardo"

El cual ha sido revisado por la Dra. Aída Guadalupe Barrera Pérez, y al establecer que cumplen con los requisitos establecidos por esta Coordinación, se les **AUTORIZA** continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala, a los veintisiete días de junio del año dos mil dieciocho.

*César O. García G.
Doctor en Salud Pública
Colegiado 5,950*

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Dr. C. César Oswaldo García García
Coordinador



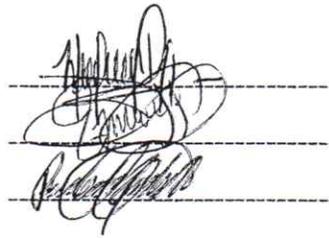
Guatemala, 27 de junio del 2018

Doctor
César Oswaldo García García
Coordinador de la COTRAG
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. García:

Le informamos que nosotras:

1. María Victoria Pérez Sitavi
2. Shaasty Catalina Cobos Amado
3. Edgar Paolo De León Moscoso



Presentamos el trabajo de graduación titulado:

"CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE LOS PADRES DE FAMILIA
DE ADOLESCENTES SOBRE ANTICONCEPCIÓN"

Estudio analítico cuasiexperimental realizado en los institutos nacionales: Mixto Experimental de Educación Básica con Orientación Ocupacional "Leónidas Mencos Ávila"; Educación Básica adscrita a la Escuela Rural No. 1 "Dr. Pedro Molina" y Básico por Cooperativa "José Joaquín Pardo Gallardo"

Del cual la asesora y la revisora se responsabilizan de la metodología, confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos y de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.

Revisora: Dra. Aída Guadalupe Barrera Pérez
Reg. de personal 20030843



Aída Guadalupe Barrera P.
MSc en Alimentación y Nutrición
Col. 11598

Asesora: Dra. Mirna Jeaneth Montenegro Rangel



Dra. Mirna J. Montenegro Rangel
MÉDICA CIRUJANA
81781

ACTO QUE DEDICO

A Dios, por permitirme alcanzar esta meta acompañada de mi familia, amigos y excelentes catedráticos.

A mis abuelos, mi mamá Mercedes Gómez por su apoyo incondicional, es y será siempre mi motivación en mi formación académica y personal, Santiago Sitaví que desde el cielo sé que me cuida y está feliz por este triunfo.

A mis padres, Rodemiro Pérez y Mercedes Sitaví por darme la vida, especialmente a mi mami por su apoyo y palabras de aliento.

A mis hermanos, José Pérez por su cariño y apoyo. Javier por traer alegría a nuestra vida.

A mis tíos y primos, por sus consejos, y acompañarme en todo momento. A mis tías por su guía y retarme cada día a ser mejor persona.

A Miguel Pichiyá que ha sido como un padre, gracias por sus enseñanzas y apoyo incondicional.

A mis amigos, por ser fuente de alegría y motivación, por gratos recuerdos compartidos. Lucy, Sop, Boca, Abner, Argentina, Benja, HS, Ruano, Rafa, Paolo, Karen y a mi Peki.

A Edgar Cabrera, por su amor y apoyo incondicional. Por compartir con entusiasmo mis metas y ser consuelo en momentos de flaqueza. Eres mi regalo más bonito del externado.

A la Universidad de San Carlos de Guatemala, a mis pacientes y a mi revisora Aida Barrera.

María Victoria Pérez Sitavi

ACTO QUE DEDICO

A mis padres, Edgar De León e Isabel Moscoso. Por tanto apoyo y consejos, por ser ejemplo a seguir y por su amor. Sin ustedes esto no fuera posible.

A mi hermana, Cossette De León. Por su cariño y por ser una confidente y compañera.

A mi hermanito, José Daniel, por su cariño y locuras.

A mis abuelitos, Francisco, Engracia y a mi abuelita Isabel

A mis primos, primas y tías. Por todo su cariño.

A Iveth Meléndez “Sandy”. Por su amor, cariño y positivismo.

A mis amigos. En especial a Alejandro, Astrid, Susy, Rafa, Karencilla y Vicky. Por los momentos de estrés y alegría compartidos.

A la Universidad de San Carlos De Guatemala y a la Facultad de Ciencias Medicas

Edgar Paolo

ACTO QUE DEDICO

A DIOS Por haberme brindado fuerza y permitirme llegar hasta este punto.

A MIS PADRES Aura Leticia Amado y Lester Cobos García por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A MIS HERMANOS Sofia Cobos, Lenny Cobos y Lester Jose Cobos por su gran apoyo, compañía y motivación, que mi logro sea un ejemplo para ellos.

A MIS TIAS Y PRIMOS Por haberme ayudado y apoyado cuando más necesité.

A MI NOVIO Dustin Rivera por haberme brindado su apoyo en todo momento.

Shaasty Cobos Amado

De la responsabilidad del trabajo de graduación:

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

RESUMEN

OBJETIVO: Evaluar los conocimientos y actitudes respecto a la anticoncepción antes y después de una intervención educativa en los padres de adolescentes de los institutos: Nacional Mixto Experimental de Educación Básica con Orientación Ocupacional “Leónidas Mencos Ávila”; Nacional de Educación Básica adscrita a la Escuela Rural No. 1 “Dr. Pedro Molina” y Básico por Cooperativa “José Joaquín Pardo Gallardo” del municipio de Chimaltenango durante octubre – noviembre 2017. **POBLACIÓN Y MÉTODOS:** Estudio cuasiexperimental realizado en una muestra aleatoria y representativa (n= 607), aplicando la prueba de McNemar. **RESULTADOS:** 153 entrevistados (25.2%) presentaron un nivel de conocimiento adecuado; posterior a la intervención fueron 431 (71%), por lo que hubo un aumento del 45.8%, con un valor $p= 0.0001$. 40 participantes (6.6%) se encontraron con “Muy buena” actitud, y posterior a la intervención, la cifra aumentó a 85 (14%; valor $p 0.0001$). Al asociar el conocimiento y la actitud con escolaridad se obtuvo un tau C de Kendall de +0.046 y +0.074 respectivamente; el conocimiento y la actitud se asocian con la escolaridad pues el χ^2 obtenido es mayor al crítico, aunque la fuerza de asociación es muy leve. No se encontró asociación entre conocimiento y actitud con la religión. El resultado de la prueba de McNemar para conocimiento fue de 246 con un valor $p < 0.025$; el χ^2 fue de 149.8 con un valor $p < 0.025$. **CONCLUSIONES:** Se evidencia un cambio positivo en el nivel de conocimiento y las actitudes de los padres sobre la anticoncepción después de la intervención educativa realizada, y este cambio es estadísticamente significativo.

PALABRAS CLAVE: Anticoncepción, padres, conocimientos, actitudes.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. MARCO DE REFERENCIA	5
2.1 Marco de antecedentes	5
2.2 Marco referencial.....	11
2.3 Marco teórico.....	20
2.4 Marco conceptual	25
2.5 Marco geográfico... ..	28
2.6 Marco institucional	29
2.7 Marco legal.....	29
3. OBJETIVOS	33
3.1 Objetivo general:	33
3.2 Objetivos específicos	33
4. HIPÓTESIS	35
4.1 Hipótesis de trabajo.....	35
5. POBLACIÓN Y MÉTODOS	37
5.1 Enfoque y diseño de la investigación	37
5.2 Unidad de análisis y de información	37
5.3 Población y muestra	37
5.4 Selección de los sujetos a estudio	41
5.5 Definición y operacionalización de variables	43
5.6 Recolección de datos.	45
5.7 Plan de procesamiento de datos	49
5.8 Alcances y límites de la investigación	53
6.9 Aspectos éticos de la investigación	53
6.RESULTADOS	55
7. DISCUSIÓN	61
8. CONCLUSIONES	65
9. RECOMENDACIONES	67
10. APORTES	69
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
12. ANEXOS	77
12.1 Cuadro métodos anticonceptivos.....	77
12.2 Cálculo de tamaño de muestra.....	84

12.3 Consentimiento informado	85
12.4 Instrumento recolección de datos.....	89
12.5 Material didáctico utilizado en intervención educativa.....	95

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 2.1	Conocimiento de métodos anticonceptivos en mujeres y hombres según lugar de residencia.	..... 14
Tabla 5.1	Cantidad de alumnos de los Institutos estudiados en el ciclo escolar 2017	..... 38
Tabla 5.2	Distribución estratificada proporcional de la muestra a estudio según grado y sección en el Instituto Leónidas Mencos Ávila	..... 40
Tabla 5.3	Distribución estratificada proporcional de la muestra a estudio según grado y sección en el Instituto Dr. Pedro Molina	.....40
Tabla 5.4	Distribución estratificada proporcional de la muestra a estudio según grado y sección en el Instituto José Joaquín Pardo Gallardo	..... 41
Tabla 5.5	Distribución de investigadores según establecimientos educativos	.....41
Tabla 5.6	Clave del instrumento de recolección de datos	.....47
Tabla 5.7	Listado de variables con códigos asignados para el instrumento de recolección de datos	.....50
Tabla 6.1	Características demográficas de los padres de familia	.....56
Tabla 6.2	Comparación del nivel de conocimiento de los padres de familia antes y después de la intervención	.....57
Tabla 6.3	Comparación del nivel de actitud de los padres de familia antes y después de la intervención	.....57
Tabla 6.4	Asociación del conocimiento con las variables: escolaridad, edad y religión	.....58
Tabla 6.5	Asociación de actitud con las variables: escolaridad, edad y religión	.....59

Tabla 12.6.1	Resultado de la intervención en el conocimiento de los padres de familia antes y después de la intervención educativa	.....99
Tabla 12.6.2	Asociación entre el nivel de conocimiento y escolaridad de los padres de familia antes de la intervención educativa	.....99
Tabla 12.6.3	Asociación entre el nivel de conocimiento de los padres de familia después de la intervención educativa	.....100
Tabla 12.6.4	Asociación entre el conocimiento y la edad de los padres de familia antes de la intervención educativa	.....100
Tabla 12.6.5	Asociación entre el conocimiento y la edad de los padres de familia después de la intervención educativa	.....101
Tabla 12.6.6	Asociación entre el conocimiento y la religión de los padres de familia antes de la intervención educativa	.....101
Tabla 12.6.7	Asociación entre el conocimiento y la religión de los padres de familia después de la intervención educativa	.....102
Tabla 12.6.8	Asociación entre actitud y escolaridad de los padres de familia antes de la intervención educativa	.....102
Tabla 12.6.9	Asociación entre actitud y escolaridad de los padres de familia después de la intervención educativa	.....103
Tabla 12.6.10	Asociación entre actitud y edad de los padres de familia antes de la intervención educativa	.....103
Tabla 12.6.11	Asociación entre actitud y edad de los padres de familia después de la intervención educativa	.....104
Tabla 12.6.12	Asociación entre actitud y religión de los padres de familia antes de la intervención educativa	.....104
Tabla 12.6.13	Asociación entre actitud y religión de los padres de familia después de la intervención educativa	.....105

1. INTRODUCCIÓN

La anticoncepción es un método que permite a las personas evitar embarazos no deseados.¹ Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, en aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Implica la posibilidad de tener una sexualidad responsable, satisfactoria y segura, así como la libertad de tener hijos si y cuando se desee.²

Se considera que la problemática que representa el desconocimiento o la falta de plan educacional de parte de los padres a los adolescentes a nivel mundial impacta sobre las actitudes y acciones respecto a temas de educación sexual y anticoncepción en los hijos.³ En la mayoría de los casos, el núcleo familiar se muestra desorientado acerca de cómo enfrentar la sexualidad en sus hijos. No comprenden que puedan ser sexualmente activos y menos aún, que tengan el derecho de serlo. “La verdadera solución al problema del embarazo no deseado, las infecciones de transmisión sexual (ITS), el virus de inmunodeficiencia humana/ síndrome de inmunodeficiencia humana adquirida (VIH/SIDA) y el aborto, no está en la prohibición de la relación sexual, sino en ayudar a nuestros jóvenes a expresar su sexualidad sin riesgo.”⁴

Whitaker y otros, por ejemplo, señalan que una adecuada educación sexual por parte de los padres a temprana edad, es decir, antes de llegar a la adolescencia, favorece la comunicación con la pareja sexual del adolescente y se relaciona con mayor uso del condón; también retrasa el tiempo de la primera relación sexual; fomenta la anticoncepción, disminuye el riesgo de embarazos en adolescentes, así como la actividad sexual.⁵

Respecto a las causas descritas sobre la falta de conocimientos o factores asociados a embarazos en adolescentes, se han realizado estudios en el país los cuales indican que hay incomodidad para tratar temas de sexualidad por parte de los padres en el hogar; otros factores relacionados son la baja escolaridad de los padres y la dificultad de acceso a la educación sexual.^{3,6,7,8}

El adolescente en ocasiones inicia su vida sexual a temprana edad, no obtiene información adecuada en el hogar, institución educativa y no acude por información o métodos a los servicios de salud. Esto tiene consecuencias en la dinámica familiar de los guatemaltecos, ya que con la adecuada información se evitarían embarazos a edad temprana, mortalidad materna, infecciones de transmisión sexual, ingreso temprano a la fuerza laboral, hacinamiento, baja escolaridad y altos índices de pobreza en el país.

Se estima que la tasa mundial de embarazo en adolescentes es de 46 nacimientos por cada 1.000 niñas; América Latina y el Caribe continúan siendo las subregiones con la segunda tasa más alta en el mundo de embarazos adolescentes, estimada en 66.5 nacimientos por cada 1000 niñas de entre 15 y 19 años, según un informe presentado por Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Según el UNFPA se estima que cada año, en la región, un 15% de todos los embarazos ocurre en adolescentes menores de 20 años, 2 millones de niños nacen de madres con edades entre los 15 y los 19 años.⁹

Por otra parte, la mortalidad materna es una de las principales causas de muerte en las adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años en la región de las Américas. En el año 2014, fallecieron cerca de 1 900 adolescentes y jóvenes como resultado de problemas de salud durante el embarazo, el parto y el posparto. A nivel global, el riesgo de muerte materna se duplica en madres más jóvenes de 15 años en países de ingreso bajo y mediano. Las muertes perinatales son un 50% más entre recién nacidos de madres menores de 20 años comparado con los recién nacidos de madres de 20 a 29 años.⁹

Guatemala tiene el mayor crecimiento demográfico de la región centroamericana; su población crece a un ritmo de 2.4% anual, lo cual impone mayores retos al desarrollo social y económico del país. La población se distribuye entre un 51% de mujeres y un 49% de hombres, la tasa de natalidad es de 36,6 por 1000 habitantes. Tiene una población relativamente joven, se registra que el 67% de los habitantes cuentan con menos de 30 años de edad, destacando dentro de la población joven, los ubicados dentro del rango de edad de 10 a 14 años representan el 13% de la población total.¹⁰

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud Materno-infantil del año 2015-2016 (ENSMI VI) la tasa global de fecundidad para Guatemala es de 3.1% globalmente con un 2.5% para el área urbana y un 3.7% para el área rural. Esta misma encuesta identifica cifras de mujeres embarazadas adolescentes solamente en el área de Chimaltenango de 10.5% que ya son madres y 2.7% que al momento de la encuesta ya se encontraban en gestación por primera vez.¹¹

Según el monitoreo del Observatorio en Salud Sexual y Reproductiva (OSAR) para el año 2017 el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) reportó 256 embarazos en Chimaltenango, 237 en San Martín Jilotepeque, 323 en Tecpán y 166 en Patzún, éstos en el rango de edad de 10-19 años.¹²Se realizó el estudio en el municipio de Chimaltenango, porque

cuenta con la mayor cantidad de adolescentes y en el mismo se reportan casos de embarazos en adolescentes.

Es importante investigar este problema ya que la educación sexual es influenciada por la educación recibida en el hogar, por consiguiente si los padres de familia no tienen suficientes conocimientos o sus actitudes respecto a la anticoncepción no son adecuadas, existiría una necesidad expresada u observada que debería ser cubierta por parte de las autoridades en el tema, tanto educativas como de salud. Esta deficiencia educativa en la vida del adolescente puede tener repercusiones psicológicas, biológicas, económicas y sociales tanto para el adolescente como para sus familias.

El propósito del estudio fue responder a la siguiente interrogante ¿Qué conocimientos y actitudes tienen los padres de familia de adolescentes respecto a anticoncepción antes y después de una intervención educativa? Se realizó a través de 607 encuestas a padres de familia con hijos adolescentes en tres institutos de educación básica en el departamento de Chimaltenango durante los meses de octubre a noviembre del 2017, aplicando una encuesta para evaluar el conocimiento y actitud. El test de McNemar se utilizó para evaluar la diferencia estadística. A través de la intervención, se involucró a los padres de familia como educadores en sexualidad desde el hogar, buscando sensibilizar a los mismos para que tengan una información oportuna para mejorar la educación sexual en adolescentes, puesto que pueden ser agentes de socialización al modelar actitudes y conductas que los hijos pueden aprender y reproducir.

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 Marco de antecedentes

Un estudio que habla sobre Intervención educativa sobre anticoncepción y adolescencia realizado en el municipio de Camagüey, La Habana Cuba en el año 2008 tuvo como objetivo principal elevar el nivel de conocimientos sobre los métodos anticonceptivos en un grupo de adolescentes a través de una intervención educativa a través de tres etapas, diagnóstica, de intervención, y de evaluación. Tuvo como resultados los siguientes: El grupo predominante de adolescentes fue comprendido en el rango de 12 a 14 años que representó un 48.8% seguido por el grupo de 15 a 17 años con un 41.1%. La escolaridad la primaria terminada representando cada uno un 48,8%, seguido de secundaria con 21%. El sexo femenino fue más frecuente con un 60% de los casos. La vía por la que más han escuchado hablar del tema fue por sus profesores en un 51.2%, a través de los medios de difusión masiva 22.2% y por el personal de salud 16.2% En relación al nivel de conocimiento que tenían los adolescentes sobre el empleo de los anticonceptivos antes de la intervención 21.3% poseía conocimiento adecuado y el 78.7 inadecuado. Conclusiones: Con la intervención se elevó el nivel de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos en los adolescentes seleccionados. ¹³

De acuerdo a un estudio que habla sobre intervención educativa sobre conocimientos de anticoncepción en adolescentes realizado en Camagüey, Cuba, en mayo y junio del año 2010 el cual tuvo como fundamento que el embarazo precoz es un grave problema que afecta a muchos adolescentes. Como objetivo: incrementar el nivel de conocimientos sobre anticoncepción en los adolescentes de una secundaria básica. Se realizó un estudio de intervención educativa en la secundaria básica Alfredo Álvarez Mola en el municipio de Camagüey desde septiembre de 2005 a junio de 2006. Constituyeron el universo trescientos noventa y ocho adolescentes, conformaron la muestra ciento treinta y seis estudiantes. Se aplicó una encuesta antes y después de la intervención. El procesamiento de la información se realizó según el paquete estadístico microsa, teniendo como resultados que más de la mitad de los adolescentes tenían un conocimiento inadecuado sobre anticoncepción, el 29,41% tuvieron relaciones sexuales previas, sin embargo, se evaluaron de mal al 20,60% de ellos y los padres no se encontraban dentro de las principales fuentes de información; al concluir el programa educativo se incrementó el nivel de conocimiento en el 57,35% de los adolescentes. Concluyendo que existía un conocimiento inadecuado sobre anticoncepción en la mayoría de los adolescentes, muchos iniciaron de forma precoz su vida sexual sin recibir orientación por

sus padres. Al concluir la intervención se logró un incremento del nivel de conocimiento en la mayoría de los adolescentes.¹⁴

Un estudio realizado en el año 2011 en La Habana, Cuba, evaluó la influencia de la familia en la sexualidad adolescente. El objetivo principal de este estudio era conocer el rol de la familia en la esfera sexual del adolescente, y la repercusión en la salud reproductiva. Fue un estudio cualitativo en el que se utilizó muestra de 128 adolescentes de secundaria básica, de ambos sexos, con edades de 14 y 15 años y sus respectivos padres, todos residentes en la barriada de Cayo Hueso, Centro Habana se utilizó el test descrito en la Carpeta Metodológica para Atención Primaria de Salud de La Habana Cuba que permite clasificar las familias en funcionales o disfuncionales, se aplicó un cuestionario y entrevistaron a padres en los hogares, los datos fueron analizados siguiendo procedimientos físico-manipulativos, mediante cuantificación de la información y análisis estadísticos. Se consideró como grupo A, el correspondiente a familias disfuncionales y el grupo B las familias funcionales.

Los resultados del estudio indicaron que el 69 % de los adolescentes vive con uno de sus padres. El 52 % pertenece a una familia disfuncional y el 48 % a familias funcionales. Los adolescentes de núcleos disfuncionales recibieron escasa información sobre temas sexuales por parte de sus padres en un 100 %. Los padres, poseen elevados conocimientos sobre temas sexuales, no fue así en el 78 % de los adolescentes. Es inadecuada la comunicación según los adolescentes (57 %) y para los padres, adecuada en el 82 %. El 47 % de los adolescentes se encontraba altamente expuesto a sufrir daño en la reproducción, 63 % de los miembros de familias disfuncionales. Solo el 18 % de los padres reconocieron que el comportamiento de sus hijos era riesgoso. Los resultados del estudio indicaron que la información recibida sobre sexualidad fue insuficiente, así como deficientes sus conocimientos a pesar de ser adecuada la comunicación entre padres e hijos. Todos estaban expuestos a factores de riesgo reproductivo y los miembros de familias disfuncionales fueron los más vulnerables.⁴

Según un estudio realizado en el año 2011 en la Ciudad de México, tuvo como objetivo revisar los efectos de intervenciones con padres de familia para modificar el comportamiento sexual de sus hijos adolescentes. En este estudio se realizó una búsqueda sistemática en cinco bases de datos electrónicas de estudios de evaluación de intervenciones educativas con padres en los años 2002-2009. . La búsqueda se realizó en las bases de datos electrónicas: PubMed-Medline, Psycinfo, Eric, Cochrane Library y Cinahl. Las intervenciones se implementaron mayoritariamente en Estados Unidos; sólo una se realizó en México y otra en las Bahamas. Se usaron diversas teorías para explicar y/o modificar el comportamiento de los

adolescentes, y son los enfoques cognitivo-conductuales los más utilizados al diseñar las intervenciones. De una revisión extensa, 19 artículos cumplieron los criterios de inclusión los cuales eran: participación de padres de familia en las intervenciones, las variables de comportamiento sexual consideradas fueron: prácticas sexuales no coitales, inicio/frecuencia de relaciones sexuales (o abstinencia), uso de condón u otro método anticonceptivo y prevalencia de ITS/embarazos. De los 19 artículos, sólo uno se publicó en español y el resto en inglés. Sobre el comportamiento sexual se encuentran efectos positivos en las prácticas sexuales no-coitales en 2 de 3 estudios (2/3), las relaciones sexuales (5/9), y en el uso de condón en la última relación sexual (4/5) y en cualquier relación (5/5). Se encontró que había un aumento en las intenciones de retrasar las relaciones sexuales y de usar anticonceptivos, una reducción en el auto-reporte de relaciones sexuales e incremento en el uso de condón; esto es alentador considerando que las intenciones son determinantes de la conducta. También se encuentran resultados positivos en factores individuales protectores como conocimientos y actitudes; y en factores familiares como comunicación padres-hijos, percepción de reglas, monitoreo/supervisión de los padres y apoyo familiar. Esta revisión sistemática aporta evidencia en relación con el impacto de intervenciones que involucran a los padres de familia en la educación sexual de sus hijos, mostrando su efecto en el comportamiento sexual de los adolescentes, principalmente en cuanto a un mayor uso de condón.

Entre las conclusiones del estudio se encontró que las intervenciones educativas que incluyen a padres de familia favorecen comportamientos sexuales saludables en los adolescentes. La participación de padres es un elemento que puede ser incluido en cualquier intervención para adolescentes.¹⁵

Un estudio cualitativo sobre el aprendizaje de los adolescentes acerca de la salud sexual y la sexualidad realizado en Santiago, Chile en el año 2013 tuvo como objetivo explorar las fuentes de información y el aprendizaje de los adolescentes acerca de la salud sexual y la sexualidad en el adolescente. Entre los métodos establecidos se realizó la recolección de datos, la cual incluyó cuatro grupos de discusión con un total de 24 adolescentes de 18 a 19 años de edad, 20 entrevistas semiestructuradas con los adolescentes de 16 a 19 años de edad, y siete entrevistas con informantes clave que trabajan con adolescentes. Se determinó que las fuentes primarias de información sobre la salud y la sexualidad sexual fueron los padres, maestros y amigos, mientras que las fuentes secundarias incluyen profesionales de la salud para las mujeres y de Internet para los varones. La información obtenida se centró principalmente en las relaciones heterosexuales y la reproducción. Los adolescentes aprendieron acerca de las relaciones y los actos sexuales a través de amigos, socios y para muchos hombres, la

pornografía. El estudio puso de manifiesto numerosas brechas entre las necesidades de información de los adolescentes y la información proporcionada por los padres, maestros y profesionales de la salud. La prioridad de estas fuentes de confianza colocan en proporcionar información biológica eclipsa aprender sobre los aspectos emocionales y relacionales de la sexualidad. Así mismo, la provisión limitada de información práctica obstaculiza el desarrollo de las habilidades necesarias para garantizar unas relaciones sexuales seguras, consensuales y placenteras en el adolescente. Entre las recomendaciones establecidas se anima a adultos de confianza para participar adolescentes en la reflexión crítica sobre una amplia gama de temas de sexualidad, mitos disipando, y la construcción del conocimiento y las habilidades necesarias para tomar decisiones informadas. ¹⁶

De acuerdo a un estudio realizado que habla sobre estrategia educativa sobre salud sexual en estudiantes de educación básica, comunidad de Antigua Chinautla, Guatemala en el año 2013. Los problemas de salud sexual reproductiva en los adolescentes de Guatemala están vinculados a las condiciones sociales en que viven. Es una investigación de desarrollo tecnológico. Objetivo: desarrollar una estrategia educativa sobre salud sexual con los estudiantes del Instituto Nacional de Educación Básica de Santa Cruz Chinautla, Guatemala, durante el ciclo escolar 2013. Método: es una investigación de desarrollo tecnológico. Se diseñó una estrategia basada en el modelo Precede-Procede, que consistió en dos etapas fundamentales. Una descriptiva transversal para el diagnóstico social, epidemiológico y educativo, con técnicas cuantitativas y cualitativas; la segunda correspondió al diseño de la estrategia, su implementación y evaluación con un grupo control. Resultados: En relación con el concepto de sexualidad de los estudiantes contestaron de forma regular el 64.5 %, mal el 16.9 %, bueno solo el 4.8 %, y no contestó representó un 13.8%. ⁶

En relación con los métodos anticonceptivos para evitar embarazos, el 79.8 % fue evaluado mal, un 11 % regular, un 6.5 % no respondió, solo un 2.4 % respondió de forma correcta. Al comparar el nivel de conocimientos antes y después sobre el desarrollo que tienen los estudiantes del instituto de Santa Cruz Chinautla, se obtuvo que mejoraron un 12.9 % después de la intervención educativa, lo cual indica que la estrategia si tuvo efectos positivos. Los estudiantes de San Antonio las Flores antes y después mantuvieron iguales los conocimientos en la respuesta bueno (18.9%), disminuyeron en el nivel regular (1.8 %) y aumentaron en el nivel malo (6%), lo cual significa el nivel de desorientación al que los estudiantes están sujetos producto de diferentes influencias en el tipo de educación. Hasta aquí se evidencia una situación crítica respecto a los conocimientos de los estudiantes indígenas sobre sexualidad, con respecto a las variables evaluadas. El diagnóstico mostró que los

adolescentes tenían insuficiencias en su conocimiento sobre salud sexual y tuvieron comportamientos inadecuados, todo esto enmarcado en un escenario de pobreza, insuficiencias en educación, vivienda no apropiada, desnutrición e influencias por sus tradiciones culturales entre otras. Conclusiones: la estrategia educativa diseñada es eficaz y constituye una alternativa viable para ser replicada en contextos similares, siempre y cuando se tome en cuenta las particularidades socioculturales de cada etnia. Se evidenció que la participación de los diferentes actores locales facilita la construcción de procesos estratégicos que permiten obtener cambios a corto plazo, en los conocimientos sobre salud sexual.⁶

Un estudio realizado que habla sobre saberes de prevención en padres de familia sobre el embarazo en adolescentes realizado en el municipio El Progreso, Guatemala en el año 2014 tuvo como objetivo principal describir los saberes de prevención del embarazo que poseen los padres de familia con hijos adolescentes de 10 a 19 años. Se trata de un estudio cualitativo, en donde los participantes fueron padres y madres con hijos adolescentes de 10 a 19 años que habitan en las comunidades del Área de Salud del municipio donde los estudiantes realizaron su práctica supervisada, se realizaron 30 grupos focales en 18 comunidades; la información fue transcrita conforme a las subcategorías, elaborando un análisis e interpretación por objetivo. Durante el análisis se identificó que el saber de los padres de familia sobre la prevención del embarazo en adolescentes, es influido por varios factores como nivel de escolaridad y religión. Concluyendo que en prevención primaria los padres de familia saben que la educación sexual son consejos que se deben dar a temprana edad, que incluye edad de inicio de relaciones sexuales, órganos reproductores, cambios y cuidados así como el uso de métodos anticonceptivos; tarea designada a la escuela.¹⁷

Algunos saben que la educación sexual es hacer picardías o buscar otras mujeres. En prevención secundaria los padres saben que un embarazo adolescente ocurre en menores de edad; el control prenatal se lleva en un puesto de salud que proporciona vitaminas para el desarrollo del bebé e identificar complicaciones. En prevención terciaria saben que las repercusiones en padres adolescentes ocasionan deserción escolar, poca preparación y experiencia, limitando opciones laborales y mal remuneración.¹⁷

De acuerdo a un estudio realizado en el año 2014 tuvo como objetivo describir los factores sociales, culturales y personales asociados al embarazo en adolescentes de los departamentos de Guatemala, Huehuetenango, Escuintla y Sacatepéquez. Fue un estudio descriptivo transversal, en este el 65% de los hogares no se habla sobre ningún tema de

educación sexual. El 84% de las adolescentes refirieron no conocer algún método anticonceptivo, el 14% tenían una vida sexual activa, el 45% desconocieron las respuestas en donde se evaluaba el conocimiento con respecto a la educación sexual. Huehuetenango fue el departamento con mayor riesgo de embarazo en adolescente. Por lo que se determinó que los factores sociales asociados a embarazos en adolescentes son: Desintegración familiar, deserción escolar, empleo y edad de inicio de vida sexual. Así mismo, los factores demográficos que se encuentran asociados a embarazos en adolescentes son: edad, escolaridad de los padres y estado civil de la adolescente.⁷

Según la ENSMI VI, se consideran como adolescentes las mujeres de 15 a 19 años. La conducta reproductiva de las adolescentes es un tópico de reconocida importancia, no sólo en lo concerniente a embarazos no deseados y abortos, sino también en relación con las consecuencias sociales, económicas y de salud. La tasa de fecundidad fue de 3.1% globalmente con un 2.5% para el área urbana y un 3.7% para el área rural. Esta misma encuesta identifica cifras de mujeres embarazadas adolescentes solamente en el área de Chimaltenango de 10.5% que ya son madres y 2.7% que al momento de la encuesta ya se encontraban embarazadas de su primer hijo. Así mismo se evaluaron conocimientos acerca de métodos de planificación familiar en mujeres casadas o unidas y para las no unidas, pero sexualmente activas; de igual forma, para los hombres casados o unidos y los que no están en unión, pero son sexualmente activos. En el ámbito nacional, los niveles de conocimiento en mujeres y hombres casados o unidos son muy similares. Casi la totalidad (99 por ciento) conoce algún método moderno; en cambio, los métodos tradicionales son menos conocidos, tanto en mujeres (80 por ciento) como en hombres (86 por ciento). Un resultado similar se obtiene para el total de mujeres y de hombres de los cuales se presentan los resultados con detalle en la tabla 2.1 El número promedio de métodos anticonceptivos conocidos por todas las mujeres casadas o unidas es 10; mientras en las sexualmente activas esta cifra es 11 métodos conocidos, en promedio. Tanto los hombres casados o unidos como los sexualmente activos refieren conocer 10 métodos en promedio. Cabe mencionar que en el departamento de Chimaltenango el nivel de conocimientos en mujeres fue del 99.3% y en hombres del 100%.¹¹

OSAR para el año 2014-2015 reporta datos según distribución porcentual de las mujeres actualmente casadas/unidas y de las mujeres no unidas sexualmente activas de 15-49 años en quienes el uso de anticonceptivos aumenta con el número de hijos e hijas sobrevivientes, la educación y, en general, con el aumento de la riqueza. El uso de anticonceptivos es de 38 por ciento en las mujeres sin educación comparado con un 60 por ciento en las mujeres con educación superior. Por su parte, estas cifras son de 33 y 63 por ciento en mujeres del quintil

inferior y las del quintil superior, respectivamente. Los datos muestran que 61 por ciento de las mujeres casadas o unidas usa actualmente un método: un 49 por ciento usa un método moderno y 12 por ciento está usando un método tradicional. Entre las mujeres actualmente casadas o unidas, los métodos más populares son la esterilización femenina (21 por ciento) y los inyectables (17 por ciento). El condón masculino y la píldora son usados por un 4 y 3 por ciento, respectivamente. Por su parte, entre los métodos tradicionales sobresalen el ritmo y la abstinencia (ambos con un 6 por ciento) como los más usados dentro de los métodos tradicionales”¹⁸

2.2. Marco referencial

2.2.1 Datos epidemiológicos

- **A nivel mundial**

El número total de jóvenes hoy día es mayor que nunca, hay cerca de 2,524,171,000 adolescentes de entre 10 y 19 años de edad, 582,880 son sexo femenino según proyecciones demográficas moderadas del año 2015 de las Naciones Unidas. ¹⁹

A pesar de que la población joven de muchos países está disminuyendo, los países menos adelantados cuentan con una población joven numerosa que crece a gran velocidad. En estos momentos, cerca del 60% de la población de los países menos adelantados es menor de 24 años, y para mediados del presente siglo este grupo de edad habrá aumentado otro 60%. El número creciente de personas jóvenes, junto con la disminución de las tasas de fecundidad, ofrece una oportunidad económica clave.²⁰

- **A nivel nacional**

El número total de adolescentes en Guatemala es de 7715 millones. La población en Guatemala se distribuye en mujeres el 51% y en hombres el 49%. Por grupos de edad se compone de la siguiente forma: el 58 por ciento con menos de 20 años y el 8 por ciento con 60 años o más.¹⁰

Según los últimos censos XI de población y VI de habitación realizados en el país, cuatro de cada diez guatemaltecos se autodefinen como indígena; dentro de esta categoría se

distinguen a su vez 22 comunidades lingüísticas de origen maya, una xinca y una garífuna. Los pueblos mayas predominantes en el país son el K'iché, el Q'eqchí, el Kaqchikel y el Mam, que representan el 81% del total de la población indígena.²¹

La pobreza y la extrema pobreza que padece la familia rural indígena constituyen los factores más decisivos que frenan a los padres a inscribir a sus hijas en la escuela o a hacerlo después de los siete años de edad. Además, la familia requiere del apoyo de la niña y la adolescente para realizar tareas necesarias para el sostenimiento del hogar. Se trata de faenas agrícolas y artesanales, que muchas veces no se ven como “trabajo” sino como aprendizaje útil para la vida.

Un informe de USAID-AID, indica que 1,2 millones de niños, niñas y adolescentes entre los 5 y los 18 años no están dentro del sistema escolar, lo cual representa el 26,5% de la población en dicha edad. Otro estudio elaborado por el Centro para la Acción Legal en Derechos Humanos, CALDH, indica que la proporción de los y las jóvenes que finalizan el ciclo básico es del 15%, y de quienes terminan el diversificado el 14% y menos del 5% completa la universidad.²²

Guatemala se encuentra en uno de los países con la tasa de fecundidad más alta en América Latina. Esto refleja en pocas ocasiones un deseo de las familias de tener más hijos, en cambio es un problema causado a la falta de acceso a métodos de planificación familiar, así como prejuicios de distintos tipos hacia estos mismos.

La población de Guatemala es eminentemente rural, la relación de urbanidad corresponde a la razón entre la población que vive en áreas urbanas con respecto a la que reside en áreas rurales. Se estima una relación de urbanidad de 94.1, significa que por cada 100 personas que viven en el área rural 94 viven en el área urbana.¹⁰

En Guatemala aproximadamente el 46% de la población son mujeres en edad fértil, se considera que de 20 mujeres, 8 no han iniciado actividad sexual, 3 no pueden embarazarse por causas fisiológicas, 5 emplean métodos anticonceptivos y 4 no emplean método alguno y las causas son: religión, falta de educación sexual, efectos secundarios de algún método anticonceptivo, machismo, cultura, etc.

La tasa de prevalencia de uso de anticonceptivos se ha incrementado en la última década, sin embargo aún se presenta disparidad entre grupos socioeconómicos y culturales distintos, también viéndose afectada por zonas geográfica y tipo de población.¹⁰

Según el Informe de Desarrollo Humano, “Guatemala tiene alta tasa de fecundidad global en América Latina. Sin embargo, las restricciones presupuestarias del sector público, la cobertura limitada de la seguridad social y el énfasis urbano de las acciones de las organizaciones públicas y privadas, así como las barreras económicas y geográficas que para la mayoría de población pobre significan los precios de los anticonceptivos del sector privado, despiertan preocupaciones importantes acerca de las posibilidades reales de alcanzar la Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos (DAIA) en Guatemala entre el corto y el mediano plazo”.

La segmentación del mercado de anticonceptivos es considerada una de las más eficaces estrategias para identificar brechas en la entrega de servicios y asegurar que los insumos proporcionados por el sector público se distribuyan entre quienes más los necesitan.²²

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil (ENSMI) la tasa de fecundidad en Guatemala es de 3.1 hijos por mujer. La mayoría de partos son atendidos en casa o casa de comadrona (59%). El uso de métodos modernos de planificación familiar es de 32% y la necesidad insatisfecha es de 25.3%. Al compararlo con el promedio nacional, 44% y 20.8%, se observa que el acceso a métodos de PF, no satisface las necesidades de las mujeres.¹¹

El departamento de Chimaltenango cuenta con una población de 218,304 adolescentes comprendidos en edades de 10 a 19 años, según la proyección de población del 2017 proporcionada por el Área de Salud del departamento.

Dentro de los municipios que reportan más cantidad de adolescentes están Chimaltenango con 35,611 adolescentes; San Martín Jilotepeque con 20,010 adolescentes; Tecpán con 18,000 adolescentes y Patzún con 13,900 adolescentes.*

(*) López España G L. Área de Salud del departamento de Chimaltenango. Observaciones no publicadas, septiembre 2017

Tabla 2.1

Conocimiento de métodos anticonceptivos en mujeres y hombres casada(o) ó unida(o) según lugar de residencia que conocen por lo menos 1 método anticonceptivo. Guatemala 2014-2015

Lugar de residencia	Mujeres			Hombres		
	Conoce algún método	Conoce algún método moderno ¹	Número	Conoce algún método	Conoce algún método moderno ¹	Número
Guatemala	99.9	99.9	2,841	100.0	100.0	1,181
El Progreso	100.0	100.0	192	99.5	99.5	63
Sacatepéquez	99.7	99.7	318	100.0	99.6	123
Chimaltenango	99.3	99.3	629	100.0	100.0	228
Escuintla	100.0	100.0	747	100.0	100.0	283
Santa Rosa	100.0	100.0	410	99.6	99.6	144
Sololá	97.3	96.8	381	99.0	99.0	147
Totonicapán	98.6	98.5	405	98.8	97.6	129
Quetzaltenango	99.4	99.4	904	98.6	98.6	318
Suchitepéquez	100.0	100.0	507	100.0	100.0	193
Retalhuleu	99.9	99.9	372	99.5	99.5	144
San Marcos	99.7	99.7	1,010	100.0	100.0	340
Huehuetenango	97.1	96.7	1,204	98.2	98.2	391
Quiché	97.2	96.6	1,001	99.0	99.0	324
Baja Verapaz	98.2	98.1	289	99.5	99.5	96
Alta Verapaz	98.5	97.8	1,190	98.0	97.4	432
Petén	99.2	98.8	611	99.7	99.7	223
Izabal	99.3	99.3	421	99.2	99.2	152
Zacapa	100.0	99.9	273	99.6	99.6	103
Chiquimula	98.8	98.8	426	99.2	99.2	146
Jalapa	99.8	99.8	362	100.0	100.0	111
Jutiapa	100.0	100.0	530	99.6	99.6	147
Total 15-49	99.1	98.9	15,024	99.4	99.3	5,418

na = No aplica sujetos mayores de 49 años. Fuente: ENSMI VI

1 Esterilización femenina, esterilización masculina, píldora, DIU, inyecciones, implantes, condón masculino, condón femenino, método de la amenorrea por lactancia (MELA), anticoncepción de emergencia, collar y otros métodos modernos.

2.2.2 Organizaciones Nacionales de Salud Reproductiva en Chimaltenango

2.2.2.1 Asociación Pro Bienestar de la Familia (APROFAM) clínica de planificación familiar ²³

Esta institución fue creada para asesorar, proporcionar información y dar atención médica a la mujer y el hombre que necesita planificar su vida sexual y familiar, cuenta para ello con personal especializado que orienta a la persona sobre el uso de métodos anticonceptivos no hormonales, hormonales, combinados y permanentes. Asimismo, aplica el método que más le convenga al usuario o la usuaria y le da seguimiento y vigilancia al uso del mismo. Prestan servicios de salud con calidad y con igualdad de género, con prioridad en la salud sexual y reproductiva. Ofrece orientación para planificación familiar, ofreciendo estos servicios a costos cómodos para así crear una ayuda, Sirviendo de esta forma a personas de escasos recursos en todo el país.

2.2.2.2 Observatorio en Salud Sexual y Reproductiva (OSAR) ¹⁸

Desde el año 2009 se lanzó al público en Chimaltenango el Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva en Chimaltenango en la cual existe participación de la sociedad civil con un énfasis en ser multidisciplinaria.

Esta entidad está conformada por: APROFAM, Fundación Guatemalteca para el desarrollo Caroll Behrhorst, Asociación de Médicos de Chimaltenango, Asociación de la Federación de Salud Infantil y Reproductiva de Guatemala (FESIRGUA), Centro de Investigación y Capacitación de apoyo a la Mujer, Asociación Renacimiento (CICAM), Asociación Pop Jay/ Oslajuj B'ey, Asociación de Desarrollo Kakanaoj (ADIKAN), Asociación de Servicios Comunitarios de Salud (ASECSA), Asociación Generando, Asociación ALAS de Guatemala (KICHIN KONOJEL), Federación Nacional de Mujeres Rurales de Guatemala (FEDEMURG), Chimaltenango -Oficina Municipal de la Mujer-, OMM Coordinadora Juvenil de Comalapa, Go Joven, y Programa de Liderazgo Joven en Salud Reproductiva. OSAR permanece haciendo foros para brindar oportunidad de participación de mujeres, sociedad civil, profesionales e investigadores, que con sus aportes contribuyen a generar información e investigaciones para reducir las desigualdades en el sistema de salud, principalmente en la salud reproductiva y educación sexual

2.2.2.3 Red de Organizaciones de Mujeres Indígenas por la Salud Reproductiva (REDMISAR) ²⁴

Esta surgió como respuesta al derecho de participación de la sociedad civil y generación de alianzas, para abogar por cambios políticos tendientes a disminuir las grandes brechas existentes entre poblaciones indígenas y no indígenas, rurales y urbanas, relacionadas con servicios de salud, nutrición y educación. Se conformó el cuatro de febrero del 2010 con diez organizaciones.

Trabajan con políticas modificándolas para que transformen los servicios de salud y que se dé un aumento de recursos financieros, garantizando la entrega de los servicios con calidad, respeto y dignidad a los pueblos indígenas y logrando que estos puedan ejercer su derecho a la salud.

Velan por que haya cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos de los pueblos indígenas, a través de la vigilancia y dialogo, y así promover la formulación e implementación de políticas públicas que contribuyan a disminuir la mortalidad materna de las mujeres indígenas de Guatemala.

2.2.3 Métodos anticonceptivos ofrecidos por el MSPAS²⁵

- Condón
- Pastillas anticonceptivas orales
- Inyectable mensual, bimensual y trimestral
- Implante subdérmico
- Método de la lactancia amenorrea (MELA)
- T de cobre
- Collar del ciclo
- Anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina y masculina

2.2.3.1 Descripción de los métodos anticonceptivos ofrecidos por el MSPAS²⁵

a) Condón masculino

Método para colocarse antes de cada relación sexual.

Ventajas:

- Protege contra el VIH y contra infecciones de transmisión sexual.
- Protege contra embarazos no deseados.

- Es fácil de adquirir.

Desventajas:

- Algunas personas son alérgicas al látex.
- Se requiere el uso de un condón en cada relación sexual.

b) Pastillas anticonceptivas orales²⁵

Se toma una diaria durante 28 días, contiene estrógenos y progesterona los cuales impiden la ovulación.

Beneficios:

- Permite el retorno de la fertilidad al dejar de usarlas.
- No interrumpe las relaciones sexuales.
- Previenen embarazos si se usan correctamente.

Efectos adversos:

- No protege contra VIH y otras infecciones de transmisión sexual.
- Pueden ocasionar amenorrea, manchado irregular, náuseas y cefaleas.

c) Inyectable mensual²⁵

Contiene progestágeno y estrógeno sintético.

Beneficios:

- Es de carácter temporal y reversible.
- Previene embarazos si es utilizada correctamente.
- No interfiere con las relaciones sexuales.

Efectos adversos:

- Es administrada por personal capacitado.
- Puede ocasionar amenorrea, náuseas y manchado irregular.
- No protege contra VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

d) Inyectable bimensual y trimestral²⁵

Contiene un progestágeno sintético de depósito que es hormonal.

Beneficios:

- Se puede utilizar temporalmente y es reversible.
- Previene embarazos no deseados.
- No afecta las relaciones sexuales.

Efectos adversos

- No protege contra VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

- son administradas por personal capacitado.
- Pueden ocasionar amenorrea, náuseas y cefalea.

e) Implante subdérmico²⁵

Método Hormonal que impide la ovulación.

Beneficios:

- Es de carácter temporal.
- Protege contra el embarazo no deseado.
- No interrumpe las relaciones sexuales.

Efectos adversos:

- Es colocado por personal capacitado.
- No protege contra VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

f) Método de la lactancia amenorrea (MELA)²⁵

Es temporal, se basa en el uso de la lactancia Materna exclusiva en los primeros meses posparto y cuando aún no ha tenido su menstruación.

Beneficios:

- No tiene ningún costo.
- No interfiere en las relaciones sexuales.
- Es eficaz si se usa correctamente.

Efectos adversos:

- No protege contra el VIH y otras infecciones de transmisión sexual.
- Solo es eficaz en los primeros seis meses posparto.
- No tiene ningún efecto secundario.

g) T de cobre²⁵

Es un objeto que se coloca dentro de la cavidad uterina, impidiendo que haya unión del espermatozoide con el ovulo.

Beneficios:

- Método a largo plazo.
- No interfiere en las relaciones sexuales.
- No afecta la lactancia materna.
- Retorno inmediato de la fertilidad al retirarlo.

Efectos adversos:

- No protege contra el VIH o infecciones de transmisión sexual.²⁵
- Puede ser expulsado espontáneamente.

- Únicamente es colocado por personal capacitado.
- Puede ocasionar manchado irregular o dolor.

h) Collar del ciclo ²⁵

Está basado en el conocimiento de la fertilidad. Utiliza un collar de perlas de diferentes colores. Consiste en no tener relaciones sexuales durante los días fértiles.

Beneficios:

- No tiene ningún costo.
- Se puede utilizar si la pareja tiene alta motivación de no tener relaciones sexuales durante los días fértiles.

Efectos adversos:

- No protege contra el VIH y otras infecciones de transmisión sexual.
- No se usa en ciclos irregulares.

i) Anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina y masculina ²⁵

Consiste en la oclusión tubárica en la mujer y en la oclusión de los conductos deferentes en los hombres.

Beneficios:

- Es de carácter permanente.
- Se realiza únicamente a parejas que ya no deseen tener más hijos.
- Se realiza en hombres y en mujeres con diferentes técnicas quirúrgicas.

Efectos adversos:

- Solo es realizada por personal médico con experiencia.
-

2.2.3.1.1 Temas que debe incluir la consejería de planificación familiar ²⁵

- Variedad de métodos.
- Características básicas y eficacia de cada método.
- Ventajas y desventajas de cada método.
- Como usar el método elegido
- Seguimiento y signos de alarma respecto al uso del método elegido.

2.2.3.1.2 Condiciones que debe reunir la atención para adolescentes²⁵

- Tener un espacio privado y específico para dar orientación y consejería.
- La consejería debe estar orientada en el enfoque de género e interculturalidad.
- Mostrar a las y los adolescentes que es agradable trabajar con ellos.
- Asegurar la confidencialidad.
- Conocer y respetar los derechos de los adolescentes.
- Hablar con calma, claridad y respeto.
- Identificarse con él o la adolescente.
- Facilitar la toma de decisiones.
- Escuchar atentamente y emitir sin juicios.
- Usar un lenguaje sencillo y evitar los términos médicos o técnicos.
- Utilizar términos acordes a los jóvenes. Evitar el término “planificación familiar” que pueden resultar irrelevante a los que no están casados.
- Si la o el adolescente desea estar acompañado, facilitar el proceso.
- Asegurar que las decisiones que toman los adolescentes y jóvenes sean propias. Si se considera o se detecta que tiene presión por otra persona, referir con trabajo social y psicología. Y proporcionar el método anticonceptivo que elija.
- Tomar el tiempo necesario para la consejería.²⁵

2.3. Marco teórico

2.3.1 Teoría del desarrollo sexual en la adolescencia²⁶

Tanto la teoría biogenética de Stanley Hall como la teoría psicoanalítica consideran a la adolescencia un período filogenético.

Sigmund Freud (1856-1939) afirma, como Hall, que el individuo repite las experiencias del género humano en su desarrollo y que están genéticamente determinadas. Un ejemplo es el supuesto de Freud de que el complejo de Edipo sería un fenómeno universal.

Una característica biológica es la maduración de los genitales y los cambios corporales que están determinados genéticamente y que ponen fin al período de la latencia. Con los cambios fisiológicos se manifiesta el instinto sexual y otros fenómenos propios de la adolescencia, que son para esta teoría, energías libidinales que buscan aliviar la tensión.

Freud considera que los cambios fisiológicos en esta etapa son los que producen cambios en la conducta, como la aparición de la agresividad y de la torpeza. En ésta, el individuo comienza a compararse con otras personas para formar su concepto de sí mismo y tener una imagen de su cuerpo; lo que evidencia que los cambios sociales también están somáticamente determinados; así como también en un principio la posibilidad transitoria de establecer relaciones homosexuales hasta lograr enfrentar al sexo opuesto.

Para Freud, esta es la etapa en que todos los instintos y tendencias sexuales se subordinan a la supremacía genital, con el objetivo de la reproducción y la denomina etapa genita, la cual se manifiesta de tres formas distintas:²⁶

- a) Por la excitación de la zona genital
- b) Por la tensión interior que provoca la necesidad fisiológica sexual
- c) Por la excitación psicológica

El desarrollo adolescente, además de ser el momento del despertar de la sexualidad es también es una etapa de gran excitación nerviosa, de ansiedad, de fobia genital y de alteraciones de la personalidad, debido a la urgencia genital y a no saber qué hacer para remediarla.

La sexualidad del individuo pone en juego su seguridad y altera su conducta, haciendo más difícil su adaptación. En esta etapa disminuye la resistencia a los síntomas histéricos y neuróticos y aumenta la excitabilidad, porque los cambios fisiológicos influyen principalmente, en el sistema nervioso. Por esta razón no es raro que un adolescente normal muestre síntomas psicopatológicos.

Para Freud, durante la pubescencia se manifiesta una segunda situación edípica, ya que el psicoanálisis sostiene la idea de que la vida sexual de un ser humano no comienza en la pubertad sino en la primera infancia y que la capacidad de amar puede estar determinada en las fases pregenitales del desarrollo psicosexual.²⁶

Freud parte del supuesto de que para la formación de la personalidad, los primeros cinco años de vida son los más importantes. Durante la adolescencia, según esta teoría, el primer objeto serio de amor, para un varón, es probable que sea una mujer mayor que él y para una niña, un hombre maduro, o sea que ambos se sentirán atraídos por imágenes maternas y paternas. Freud enfatiza la necesidad, en esta etapa, de favorecer las relaciones con el sexo

opuesto, porque los fuertes lazos de amistad con individuos del mismo sexo podría provocar una inversión del objeto sexual.

El fracaso en la elaboración del complejo de Edipo o sea la continuidad del apego a los progenitores como de su dominación, depende de la fortaleza del carácter que tenga el adolescente para liberarse de estas dependencias.

Para realizar este desprendimiento emocional, durante algún tiempo, manifestarán rechazo, resentimiento y hostilidad contra sus padres y otras formas de autoridad, que tendrán que ser tolerados para facilitar este proceso.²⁶

Según la teoría psicoanalítica, en la adolescencia la principal tarea es lograr la supremacía genital y la definitiva búsqueda no incestuosa del objeto amoroso.

Freud no niega la influencia de los factores ambientales en cuanto a la moralidad y las aspiraciones propias de cada cultura, que hace posible la instauración del Superyo o conciencia moral, luego de la elaboración del complejo de Edipo.²⁶

2.3.2 Teorías de aprendizaje en la adolescencia²⁶

Los centros de educación secundaria son un contexto de desarrollo y socialización básico para el alumnado adolescente. En la mayoría de países industrializados, y también en nuestro país, los jóvenes pasan buena parte de su adolescencia (hasta los 16 años de forma obligatoria, y después muchos de ellos hasta los 18 años cursando el bachiller) adscritos al rol de estudiantes de instituto. Una parte importante de su tiempo diario es invertida en la asistencia al centro y en realizar las tareas escolares. A partir de la instrucción que reciben tienen la posibilidad de ampliar sus capacidades culturales, intelectuales y de razonamiento.

Desde su condición de estudiantes se prefigura su rol de ciudadanos, siendo el instituto la institución principal y especializada en regular las relaciones de este sector de la población con el estado. En el centro amplían y diversifican las relaciones que mantienen con sus iguales, aspecto éste siempre importante en el desarrollo global del adolescente. Con el profesorado los adolescentes desarrollan modelos de relación con la autoridad, más allá de los que mantienen con los padres.²⁶

En definitiva, los centros de educación secundaria son uno de los escenarios principales donde se produce una parte importante de la transición adolescente, esto es, del paso hacia la edad adulta. Ello confiere a la institución educativa una responsabilidad objetiva sobre este proceso (no es una responsabilidad exclusiva, evidentemente, puesto que la familia y otras instancias sociales- medios de comunicación, el mundo laboral, etc, comparten esta responsabilidad), en el entendimiento de que su influencia, buena o mala, será en cualquier caso, siempre significativa.²⁶

El papel de los centros educativos se deriva de los cambios sociales ocurridos entre los siglos XIX y XX y que implicaron una exclusión de los jóvenes del sector laboral y una obligatoriedad de la enseñanza en este periodo. A lo largo del pasado siglo hasta la actualidad el papel de los centros de secundaria como centros segregadores en su acepción más neutra de la juventud se ha intensificado, llegándose a un modelo educativo de integración prácticamente absoluta de la población juvenil. La primera implicación es que necesariamente los centros educativos pasan a postularse como única vía de acceso, institucionalizado, hacia las etapas de la edad adulta. En segundo lugar se produce un incremento sustancial en las condiciones de heterogeneidad del alumnado, tanto por el hecho de que ahora están todos ellos en las aulas (los mejores y los peores estudiantes, los que quieren estudiar y los que no), como por su mayor diversidad económica, cultural y lingüística. Y en tercer lugar se produce situaciones de crisis en torno a la elección de modelos educativos a desarrollar y en los modelos formativos del profesorado.²⁶

Históricamente se viene produciendo una pugna entre distintas tendencias o filosofías educativas respecto a los modelos educativos. Mientras que unas tendencias señalan la necesidad de formar integralmente a los estudiantes (intelectualmente, pero también profesional y socialmente), las opuestas consideran que la función de los centros de enseñanza debería consistir únicamente en impartir conocimientos a los adolescentes, sin inmiscuirse en su vida social y emocional. Algunos enfoques subrayan la importancia de la construcción activa del conocimiento y de la comprensión, apoyando a los alumnos para que exploren el mundo y desarrollen su comprensión sobre el mismo, tanto en colaboración con los profesores como con otros estudiantes.²⁶

Por su parte, las posiciones contrarias creen que la enseñanza debería consistir básicamente en la instrucción directa por parte del profesor. Las sucesivas legislaciones educativas tienden a reflejar la tensión entre estas distintas filosofías, oscilando de forma

pendular de unas posiciones a otras sin solución de continuidad. Los procesos de reforma educativa vividos en nuestro país en las últimas décadas (y aún en marcha en la actualidad) en el tramo de secundaria podrían ser analizados, al menos en parte, bajo esta dinámica de oscilación. Algunos estudios han tratado de precisar cuáles son las características distintivas de los centros de secundaria con resultados más positivos con los estudiantes.²⁶

En un prestigioso trabajo de investigación, Joan Lipsitz (1984) seleccionó cuatro centros entre los mejores de EE.UU por sus excelentes resultados en la educación de adolescentes.

Una primera característica de estos centros fue su disposición y su capacidad para adaptar las prácticas escolares a las diferencias individuales de los alumnos en cuanto a desarrollo físico, cognitivo y social. Ello se concretaba en medidas tales como: reducir el horario escolar de los viernes para facilitar el desarrollo de intereses personales del alumnado, cambios en la organización escolar para crear grupos reducidos de alumnos y profesores con facultades para articular el ritmo y las actividades escolares en función de las necesidades de los alumnos, y desarrollo de planes de asesoramiento que aseguraban que cada alumno tenía contacto diario con un adulto dispuesto a escucharle, explicarle cosas, reconfortarle y animarle.²⁶

Ser capaz de realizar estas adaptaciones de las prácticas educativas en las condiciones actuales de universalidad y heterogeneidad del alumnado supone evidentemente un cambio y un esfuerzo de primer orden (empezando por el económico) para las autoridades y centros educativos. En segundo lugar, estos centros resaltaban la importancia de crear un entorno que fuera positivo para el desarrollo social y emocional de los adolescentes. Con ello se reconocía no sólo que estos entornos contribuían de forma positiva al rendimiento académico, sino también que el desarrollo de estos aspectos eran intrínsecamente importantes en la escolarización de sus alumnos. Ello implica acentuar las características educativas del centro y del profesorado, ensanchando pues sus responsabilidades puramente instruccionales.²⁶

La realidad educativa en los centros españoles en la actualidad bien podría reflejar, sin temor a equivocarnos, una situación mixta y en sí mismo contradictoria con respecto a las orientaciones educativas comentadas anteriormente: si bien de una parte la filosofía educativa del currículum tiende a reconocer objetivos integrales de formación, más allá de los aspectos puramente instructivos de las asignaturas (por ejemplo a través de las llamadas asignaturas transversales), y a plantear modelos de aprendizaje basados en el constructivismo, de otra pudiera ocurrir que la práctica docente inmediata que lleva adelante el profesorado esté

caracterizada predominantemente por la transmisión de conocimientos mediante la instrucción directa.²⁶

“En su revisión de la literatura, Marston y King apuntan a las barreras más amplias que inhiben las prácticas de sexo seguro, más allá de la falta de conocimiento. Estos incluyen la comunicación pobres, los mitos y el estigma relacionados con el uso del condón y los estereotipos de género que inhiben la práctica del sexo seguro o comunicación con la pareja. Así, para ser eficaz, la educación sexual debe centrarse en el aumento de los conocimientos, desarrollar habilidades y las barreras socioculturales desafiantes para el sexo seguro”.²⁷

Mauricio Rubiano en su libro sobre Guía práctica de para educadores y padres de la educación sexual refiere que el proceso de educación sexual recae y es potestad de los padres que procrearon ese hijo. Nadie puede suplirlos en su totalidad, nadie lo hará mejor y es un derecho inalienable. Otra cosa es que los padres, libremente, decidan contar con una ayuda en el establecimiento educativo; en este caso, es indispensable que los padres sepan exactamente como será esta educación, antes de utilizar este recurso.²⁸

2.4. Marco conceptual

2.4.1 Intervención educativa²⁹

Proceso realizado por un especialista, en el ámbito educativo, un especialista en educación. consiste en realizar un plan de mejora siguiendo las fases y creando estrategias que se implementaran en el programa o proyecto que se intervendrá, este tiene que estar bien realizado y prevenido para los imprevistos, si se lleva a cabo el plan se estará cumpliendo el objetivo de la intervención educativa

La intervención es el elemento nuclear de todo proceso de enseñanza-aprendizaje. Cualquier intervención parte de una evaluación previa, a la que sigue un entrenamiento estratégico que finaliza con una evaluación final, útil para contrastar la eficacia de todo el procedimiento desarrollado. En el ámbito educativo, la evaluación trata de identificar inicialmente y de comprobar, finalmente, el grado de las capacidades que los sujetos pueden desarrollar sobre unos contenidos concretos. Por este motivo, la evaluación debe ser adaptada mediante ejecuciones concretas. A partir de ahí, se ajusta la programación, la cual debe estar estructurada en torno a objetivos de aprendizaje, con un diseño de capacidades sobre

contenidos, con el fin de poder hacerla flexible y adaptable en cada momento. En este contexto, las capacidades identifican el proceso estratégico que conviene poner en marcha; de ahí que hablemos fundamentalmente de procesos estratégicos de comprensión (contenidos conceptuales) y de aplicación (contenidos procedimentales). Ahora bien, en el rendimiento académico, no sólo debe potenciarse lo intelectual, sino también lo atencional y lo emocional. Por este motivo, además de hablar de estrategias de comprensión y de aplicación, es preciso abordar estrategias de atención y de autorregulación y control. La labor de la Intervención consiste en planificar un proyecto con la finalidad de producir un cambio.²⁹

2.4.1.1 Tipos de intervención³⁰

a) Consejo/información: Es una intervención breve que incluye información y propuesta motivadora de cambio a usuarios y usuarias, aprovechando la oportunidad de una consulta o encuentro profesional, a demanda o programado.

b) Educación individual: Serie organizada de consultas educativas programadas y pactadas entre profesional y usuario en las que se trabajan las capacidades del usuario o usuaria sobre un tema desde una perspectiva más amplia.

c) Educación grupal o colectiva: Serie de sesiones programadas, dirigidas a un grupo de pacientes, usuarios o colectivos, con la finalidad de mejorar sus capacidades para abordar un determinado problema o temas de salud. También se incluyen intervenciones dirigidas a colectivos de la comunidad para aumentar su conciencia sobre factores sociales, políticos y ambientales que influyen en la salud.

d) Promoción de salud: Aborda las capacidades de las personas y también el entorno social que les rodea e influye en el tema de salud de que se trate. Además de la educación para la salud, incluye otros tipos de estrategias: Información y comunicación a través de los medios de comunicación social, Acción social y Medidas políticas, técnicas o económicas. Es una actividad de los ámbitos sanitario y social. Colaboran los distintos servicios de la zona (entidades sociales, etc). Los diferentes tipos de intervención pueden desarrollarse de forma separada: recomendación sobre la prevención de caídas en la persona anciana, educación individual en enfermedades pulmonares obstructivas crónicas –EPOC- o con familiares de personas con enfermedades mentales, proyecto de escuela o universidad promotora de salud o barrio o ciudad saludable, etc. Sin embargo, muchos temas requieren abordajes multisectoriales, combinando distintos tipos de intervenciones, que se dirijan tanto a las personas como al entorno. La educación para la salud a veces concluye o conlleva acciones de Promoción de Salud como la constitución

de un grupo de autoayuda, creación de una comisión para hablar del tema con el ayuntamiento, la realización de campañas o actividades informativas en la prensa local.³⁰

2.4.2 Definición de adolescencia

La adolescencia es un periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y cambios del desarrollo que viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia. La duración y las características propias de este periodo pueden variar a lo largo del tiempo, entre unas culturas y otras, y dependiendo de los contextos socioeconómicos.³¹

2.4.3 Definición de anticoncepción

La anticoncepción es un procedimiento que permite a las personas evitar quedar embarazadas, y de esta manera tener el número deseado de hijos y determinar el intervalo entre embarazos. La promoción de la anticoncepción es esencial para el bienestar y la autonomía de las mujeres, apoyando el desarrollo y la salud comunitaria. Enfáticamente previene riesgos para la salud relacionados con infecciones de transmisión sexual y el embarazo, ya que permite espaciar los embarazos o posponerlos en pacientes jóvenes que presentan más riesgo de padecer enfermedades a tempranas edades.³²

2.4.3.1 Clasificación de los métodos de anticoncepción³²

a) Métodos anticonceptivos hormonales

- Combinados orales
- Inyectables combinados mensuales
- Anillo vaginal combinado(AVC)
- Píldoras de progestágeno sólo
- Inyectables de progestágeno sólo
- Implantes subdérmicos de progestágeno sólo
- Anillo vaginal de progesterona
- T con levonogestrel (T-LNG)
- Anticoncepción hormonal de emergencia.

b) Métodos no hormonales reversibles

- Dispositivos intrauterinos con cobre.
- Anticonceptivos de barrera masculinos (condón) y femeninos (condón, diafragma; espermicidas).
- Método de la amenorrea de lactancia.
- Métodos de abstinencia periódica (ritmo o calendario, días fijos o collar del ciclo, temperatura basal, moco cervical (Billings), sintotérmico).

c) Métodos no hormonales permanentes³²

- Anticoncepción quirúrgica voluntaria (esterilización) femenina.
- Anticoncepción quirúrgica voluntaria (esterilización) masculina.

Más adelante en el anexo 12.1 se muestra en detalle la descripción de métodos anticonceptivos.

2.5 Marco geográfico

Para el año 2015, el área de salud de Chimaltenango reportó una población total de 685,513 habitantes. La población urbana era del 41.8 % y el 58.16, rural. El total de nacimientos en 2015 fue de 12,530, con una tasa de natalidad de 18.28 por cada 1,000 habitantes y una tasa de fecundidad de 60.80 por cada 1,000 mujeres en edad fértil. El porcentaje de población indígena era del 78%. Entre las principales infecciones de transmisión sexual se reporta el VIH.

Chimaltenango tiene en promedio una extensión territorial de 1979 kilómetros, con una densidad poblacional de 225.43 hab/km²; muchas comunidades son lejanas a los puestos de salud, debido a esto es un área en riesgo para el acceso a los servicios de salud, o servicios de promoción sobre anticoncepción. 56.8% de mujeres acuden por algún método de planificación familiar en el departamento.³³

La población en adolescentes es de 218,304 adolescentes comprendidos en edades de 10 a 19 años, según la proyección de población del 2017 proporcionada por el Área de Salud del departamento. Distribuidos así: Chimaltenango con 35,611 adolescentes; San Martín Jilotepeque con 20,010 adolescentes; Tecpán con 18,000 adolescentes.

(*) López España G L. Área de Salud del departamento de Chimaltenango. Observaciones no publicadas, septiembre 2017

Las características que definen a la población a estudio son padres de adolescentes comprendidos entre 10 y 19 años de edad, hombres y mujeres residentes del departamento de Chimaltenango, durante el segundo semestre del año 2017. Se estudió esta población ya que la falta de educación respecto a temas de sexualidad y anticoncepción en padres afecta a los adolescentes ya que no reciben adecuada información y orientación. Según OSAR para el año 2017 reportó 256 embarazos en Chimaltenango en el rango de edad de 10-19 años de edad.¹²

El idioma maya predominante en este departamento es el Kaqchikel, pero además, gran parte de sus pobladores hablan el español. Aparte de otros idiomas de departamentos cercanos.³³

2.6 Marco institucional

Las siguientes instituciones proporcionaron información acerca de la población a estudio: Supervisión Educativa del sector público de Chimaltenango: autorizó y refirió a los respectivos establecimientos. Institutos: Nacional Mixto Experimental de Educación Básica con Orientación Ocupacional “Leónidas Mencos Ávila”; Nacional de Educación Básica adscrita a la Escuela Rural No. 1 “Dr. Pedro Molina” y Básico por Cooperativa “José Joaquín Pardo Gallardo” proporcionaron los datos sobre listado oficial de estudiantes inscritos en ciclo escolar 2017. OSAR brindó asesoría y proporcionó datos sobre embarazos en el departamento de Chimaltenango, así como material de apoyo en nuestra investigación.

2.7 Marco legal

Las siguientes son leyes que respaldan el derecho a la salud sexual y reproductiva de la población y en especial a los adolescentes:

2.7.1 Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948)

- Artículo 1: Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.
- Artículo 2: Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier

otra condición. Además, no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona, tanto si se trata de un país independiente, como de un territorio bajo administración fiduciaria, no autónomo o sometido a cualquier otra limitación de soberanía. ³⁴

2.7.2 Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (2007)

- Artículo 24:

Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud.

Las personas indígenas tienen derecho a disfrutar por igual del nivel más alto posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente la plena realización de este derecho. ³⁵

2.7.3 Ley del acceso universal y equitativo de servicios de planificación familiar y su integración en el programa nacional de salud reproductiva (2005) ³⁶

- Artículo 1: La presente ley tiene como objeto asegurar el acceso de la población a los servicios de planificación familiar.
- Artículo 2: La presente ley debe ser aplicada en el ámbito nacional en todos los establecimientos de educación primaria y secundaria, y en la red pública de salud, incluyendo al IGSS, ONG's, que prestan servicios básicos de salud de primer nivel.
- Artículo 3: Son destinatarios de la presente ley la población en general, especialmente las mujeres, adolescentes, parejas y hombres del área rural, que no tengan acceso a servicios básicos de salud, promoviéndose y asegurándose el acceso equitativo de servicios de planificación familiar.
- Artículo 4: Acceso universal, el MSPAS, y demás entidades públicas y privadas del sector de salud deben garantizar de forma sostenible todos los métodos modernos de espaciamiento de embarazos, que permita responder a la demanda de la población y asegure el acceso universal a dichos métodos.

- Artículo 5: Necesidades no satisfechas. Se debe proveer servicios de planificación familiar, y estimar la demanda insatisfecha de la población con información proveniente de encuestas nacionales.
- Artículo 6: Acceso geográfico: Se debe asegurar la provisión de métodos a usuarias y usuarios.
- Artículo 7: Acceso funcional. Las entidades deben asegurar que los proveedores tengan las competencias técnicas para prestar servicios de calidad y calidez y cuenten con equipo e insumos según el MSPAS.
- Artículo 8: Atención integral. Los servicios deben integrarse a otros componentes de atención del Programa de Salud Reproductiva tales como: atención prenatal, post parto y puerperio, detección de cáncer cérvico uterino y de mama, pruebas de ITS y prevención de osteoporosis. Esto reducirá la demanda insatisfecha de planificación familiar y mortalidad materno-infantil.
- Artículo 9: Estrategia especial para adolescentes. Diseño de estrategia que asegure la provisión de servicios integrales y diferenciados para los y las adolescentes, estableciendo mecanismos que faciliten la articulación e integración con otros sectores entre ellos: el Ministerio de Educación y el Vice-Ministerio de Cultura y Deportes promoviendo el enfoque de derechos y responsabilidades.
- Artículo 14: El MSPAS, el IGSS y otras organizaciones públicas y privadas deben contar con conocimiento, habilidades y destrezas para desarrollar consejería, además de contar con material educativo de apoyo, para facilitar la comprensión de la población de acuerdo al contexto sociocultural.
- Artículo 17: Se crea la comisión Nacional de Aseguramiento de Anticonceptivos... que tiene por objeto velar por la disponibilidad de anticonceptivos para garantizar el acceso de la población.
- Artículo 21: El MSPAS deberá establecer en el Presupuesto General de Ingresos y Gastos del Estado una partida presupuestaria específica para la implementación de métodos anticonceptivos, que garantice la demanda de la población guatemalteca. ³⁶

2.7.4 Ley de Desarrollo Social (Decreto 42-2001) Constituye el instrumento legal básico en materia de salud sexual y reproductiva. El numeral 4 de adolescentes establece “En todas las unidades de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social se proporcionará atención específica y diferenciada para la población en edad adolescente, incluyendo consejería institucional en la naturaleza de la

sexualidad humana integral, maternidad y paternidad responsable, control prenatal, atención del parto y puerperio, espaciamiento de embarazos”.³⁶

2.7.5 Ley de Protección Integral de la Niñez y adolescencia (Ley PINA) (Decreto No. 27-2003) establece en el artículo 25

“Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a un nivel de vida adecuado y a la salud, mediante la realización de políticas sociales públicas que les permitan un nacimiento y un desarrollo sano y armonioso, en condiciones dignas de existencia.” En el artículo 28 “Queda asegurada la atención médica al niño, niña y adolescente a través del sistema de salud pública del país, garantizando el acceso universal e igualitario de las acciones y servicios para promoción, protección y recuperación de la salud.”³⁷

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Evaluar los conocimientos y actitudes respecto a la anticoncepción antes y después de una intervención educativa en los padres de adolescentes de los institutos: Nacional Mixto Experimental de Educación Básica con Orientación Ocupacional “Leónidas Mencos Ávila”; Nacional de Educación Básica adscrita a la Escuela Rural No. 1 “Dr. Pedro Molina” y Básico por Cooperativa “José Joaquín Pardo Gallardo” del municipio de Chimaltenango durante octubre – noviembre del 2017

3.2 Objetivos específicos

3.2.1 Describir las características demográficas de los padres de familia.

3.2.2 Comparar el nivel de conocimientos los padres de familia sobre la anticoncepción antes y después de la intervención educativa.

3.2.3 Describir las actitudes de los padres de familia sobre la anticoncepción antes y después de la intervención educativa.

3.2.4 Asociar los conocimientos y las actitudes de los padres de familia con las variables escolaridad, edad y religión.

4. HIPÓTESIS

4.1 Hipótesis de trabajo: Existe un cambio positivo en el conocimiento de los padres de familia antes y después de la intervención educativa.

$$\text{Ho: } P_1 \geq P_2$$

$$\text{Ha: } P_1 < P_2$$

4.2 Hipótesis de trabajo: Se evidencia un cambio positivo en la actitud de los padres ante la anticoncepción después de realizar la intervención educativa.

$$\text{Ho: } P_1 = P_2$$

$$\text{Ha: } P_1 \neq P_2$$

4.3 Hipótesis de trabajo: La edad, la religión y el nivel de escolaridad de los padres de familia están asociados con los conocimientos que poseen sobre anticoncepción.

$$\text{Ho: } \tau_c = 0$$

$$\text{Ha: } \tau_c \neq 0$$

4.4 Hipótesis de trabajo: Existe relación entre las variables: edad, religión y nivel de escolaridad de los padres con la actitud que poseen sobre anticoncepción.

$$\text{Ho: } P_1 = P_2$$

$$\text{Ha: } P_1 \neq P_2$$

5. POBLACIÓN Y MÉTODOS

5.1 Tipo y diseño de investigación

Estudio analítico cuasiexperimental de antes y después

5.2 Unidad de análisis y de información

5.2.1 Unidad de análisis

Respuestas de conocimientos y actitudes sobre anticoncepción en padres de familia de adolescentes comprendidos en edades entre 10 y 19 años de primero y segundo básico antes y después de una intervención educativa en los institutos: Nacional Mixto Experimental de Educación Básica con Orientación Ocupacional “Leónidas Mencos Ávila”; Nacional de Educación Básica adscrita a la Escuela Rural No. 1 “Dr. Pedro Molina” y Básico por Cooperativa “José Joaquín Pardo Gallardo” obtenidas mediante el instrumento de recolección de datos diseñado para el efecto en los meses de octubre-noviembre 2017.

5.2.2 Unidad de información

Padres de familia de adolescentes hombres y mujeres, comprendidos en edades de 10 a 19 años que cursan primero y segundo básico en los establecimientos antes descritos del municipio de Chimaltenango antes y después de la intervención educativa.

5.3 Población y muestra

5.3.1 Población

5.3.1.1 Población diana:

Padres de adolescentes hombres y mujeres, comprendidos en edades de 10 a 19 años de edad que asisten a los institutos de educación secundaria en Chimaltenango.

5.3.1.2 Población de estudio:

Padres de 1173 adolescentes hombres y mujeres, comprendidos en edades de 10 a 19 años de edad que cursan primero y segundo básico y asisten a los institutos: Nacional Mixto

Experimental de Educación Básica con Orientación Ocupacional “Leónidas Mencos Ávila”; Nacional de Educación Básica adscrita a la Escuela Rural No. 1 “Dr. Pedro Molina” y Básico por Cooperativa “José Joaquín Pardo Gallardo”.

Tabla 5.1

Cantidad de alumnos de los institutos: Nacional Mixto Experimental de Educación Básica con Orientación Ocupacional “Leónidas Mencos Ávila”; Nacional de Educación Básica adscrita a la Escuela Rural No. 1 “Dr. Pedro Molina” y Básico por Cooperativa “José Joaquín Pardo Gallardo”. Ciclo escolar 2017 municipio de Chimaltenango

#	Grado	Alumnos
1	Nacional Mixto Experimental de Educación Básica con Orientación Ocupacional “Leónidas Mencos Ávila”	498
2	Nacional de Educación Básica adscrita a la Escuela Rural No. 1 “Dr. Pedro Molina”	291
3	Básico por Cooperativa “José Joaquín Pardo Gallardo”.	384
	Total	1173

Fuente: Listado oficial de alumnos proporcionado por el establecimiento ciclo escolar 2017.

5.3.2 Muestra

La muestra se calculó con el programa EPIDAT 3.1 y fue de 540 padres de familia, se utilizaron los siguientes datos: un OR de 1.7 (se propuso ésta por considerarse conservador) con una potencia del 80%, un nivel de confianza del 95% y se utilizó una proporción de controles expuestos del 84% ya que un estudio realizado en el año 2014 en varios departamentos de Guatemala evaluó conocimientos sobre educación sexual en adolescentes e indica que un 84% refirieron no conocer algún método anticonceptivo (ver anexo 12.2). Sin embargo según la ENSMI VI más del 90% de hombres y mujeres refirieron tener conocimientos de por lo menos un método anticonceptivo.^{7, 11}

Se amplió la muestra en un 20% en función del porcentaje de no respuestas, pérdidas y abandonos durante el seguimiento, de esta forma se asegura que el estudio finalizara con el número de sujetos deseado. El ajuste se realizó utilizando la siguiente fórmula:

$$NA = N[1/(1-R)]$$

En donde:

N: representa el número de sujetos

NA: el número de sujetos ajustados
R: la proporción esperada de pérdidas
n = 648

5.3.2.1 Marco muestral

Unidad primaria: Institutos: Nacional Mixto Experimental de Educación Básica con Orientación Ocupacional “Leónidas Mencos Ávila”; Nacional de Educación Básica adscrita a la Escuela Rural No. 1 “Dr. Pedro Molina” y Básico por Cooperativa “José Joaquín Pardo Gallardo”.

Unidad secundaria: padres de familia de alumnos de primero y segundo básico en los institutos mencionados supra.

5.3.2.2 Tipo y técnica de muestreo

Después de obtener el número de encuestas a realizar, se realizó el muestreo de manera bietápica estratificado con reemplazo, el cual constó de dos etapas:

- En la primera etapa se calcularon los estratos por cada escuela, grado y sección.
- En la segunda etapa se seleccionaron de manera aleatoria a los participantes por escuela.

Se utilizó una distribución estratificada proporcional para la muestra. (Ver tabla 5.2, 5.3, 5.4) Se seleccionó de forma aleatoria a los padres participantes por sección usando el programa EPIDAT 3.1 el cual generó una lista con los números de padres de estudiantes de cada sección según la clave asignada a cada estudiante, (ver anexo 12.2). En el caso de padres quienes no autorizaron realizar el estudio se tomó el número de muestra faltante y realizó una nueva aleatorización para seleccionar a otros padres que sí deseaban participar en el estudio.

Tabla 5.2

Distribución estratificada proporcional de la muestra a estudio según grado y sección de alumnos del ciclo básico del Instituto Nacional Mixto Experimental de Educación Básica con Orientación Ocupacional “Leónidas Mencos Ávila” ciclo escolar 2017 municipio de Chimaltenango

#	Grado	Sección	Alumnos	%	Muestra
1	Primero básico	A	45	9	25
		B	46	9.2	25
		C	46	9.2	25
		D	44	8.8	24
		E	43	8.6	24
		F	46	9.2	25
		G	46	9.2	25
2	Segundo básico	A	37	7.4	20
		B	37	7.4	20
		C	35	7	19
		D	37	7.4	20
		E	36	7.2	20
	Total		498	100	272

Fuente: Listado oficial de alumnos proporcionado por el establecimiento ciclo escolar 2017.

Tabla 5.3

Distribución estratificada proporcional de la muestra a estudio según grado y sección de alumnos del ciclo básico del Instituto Nacional de Educación Básica adscrita a la Escuela Rural No. 1 “Dr. Pedro Molina” ciclo escolar 2017 municipio de Chimaltenango

	Grado	Sección	Alumnos	%	Muestra
1	Primero básico	A	40	13.74	22
		B	41	14.08	23
		C	41	14.08	23
		D	40	13.40	22
2	Segundo básico	A	43	14.8	24
		B	43	14.8	24
		C	43	14.8	24
	Total		291	100	162

Fuente: Listado oficial de alumnos proporcionado por el establecimiento ciclo escolar 2017.

Tabla 5.4

Distribución estratificada proporcional de la muestra a estudio según grado y sección de alumnos del ciclo básico del Instituto y Básico por Cooperativa “José Joaquín Pardo Gallardo” ciclo escolar 2017 municipio de Chimaltenango

#	Grado	Sección	Alumnos	%	Muestra
1	Primero básico	A	40	10.4	23
		B	44	11.4	24
		C	42	10.9	23
		D	45	11.7	25
		E	43	11.1	24
2	Segundo básico	A	46	11.9	26
		B	42	10.9	23
		C	44	11.4	24
		D	38	9.8	22
	Total		384	100	214

Fuente: Listado oficial de alumnos proporcionado por el establecimiento ciclo escolar 2017.

Tabla 5.5

Distribución de investigadores según establecimientos educativos

	Establecimientos	Investigador
1	Instituto Nacional Mixto Experimental de Educación Básica con Orientación Ocupacional “Leónidas Mencos Ávila”	María Victoria Pérez Sitavi
2	Instituto Nacional de Educación Básica adscrita a la Escuela Rural No. 1 “Dr. Pedro Molina”	Shaasty Catalina Cobos Amado
3	Instituto Básico por Cooperativa “José Joaquín Pardo Gallardo”	Edgar Paolo de León Moscoso

5.4 Selección de los sujetos a estudio

5.4.1 Criterios de inclusión:

- Padres de familia de alumnos adolescentes mayores de 10 años y menores de 19 que cursen primero y segundo básico en los institutos incluidos en el estudio.
- Padres de familia que desearon participar en el estudio.

5.4.2 Criterios de exclusión:

- Padres que presentaron algún tipo de limitante neurológica o discapacidad.
- Padres de adolescentes que no estuvieron presentes en la institución al momento de realizar el estudio.
- Padres de hijos menores de 10 años y mayores de 19 años.

5.4.5 Definición y operacionalización de variables (ver pag. 43)

Macrovariable	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Criterios de clasificación/ unidad de medida
Características demográficas	Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas.	Sexo anotado en la boleta de recolección de datos.	Categórica dicotómica	Nominal	- Masculino - Femenino
	Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo hasta un momento concreto.	Edad anotada en la boleta de recolección de datos.	Categórica	Nominal	- < 35 años - > 35 años
	Etnia	Comunidad humana definida por afinidades raciales, lingüísticas, culturales, etc.	Etnia anotada en la boleta de recolección de datos.	Categórica politómica	Nominal	- Ladina/Mestiza - Kakchiquel - Otra
	Religión	Conjunto de creencias religiosas de normas de comportamiento que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad.	Comunidad religiosa anotada en la boleta de recolección de datos.	Cualitativa politómica	Nominal	- Católica - Evangélica - Ninguna - Otra
	Estado civil	Es la situación de hecho de la persona en relación con las leyes y costumbres matrimoniales del país.	Situación conyugal actual anotada en la boleta de recolección de datos.	Cualitativa dicotómica	Nominal	- Soltera - Casada
	Integración familiar	Es un sistema constituido por miembros unidos por relaciones de alianza y consanguinidad, ordenados en base a mitos y reglas heredadas interactuando y creando su peculiar modo de organización.	Grupo familiar integrado por ambos padres de familia.	Categórica dicotómica	Nominal	- Integrada - Desintegrada
	Escolaridad	Tiempo durante el cual un alumno asiste a un centro de enseñanza para realizar estudios.	Años aprobados anotados en la boleta de recolección de datos.	Categórica dicotómica	Nominal	- < 6 años - > 6 años - Ninguna

	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Criterios de clasificación/ unidad de medida
	Conocimientos de anticoncepción	Entendimiento, inteligencia, razón natural sobre el tema de anticoncepción	<p>Información que posee la población sobre definición, tipos, beneficios y efectos adversos sobre métodos de anticoncepción. Según la calificación se clasifica así: (0-60 puntos) conocimiento deficiente y (61-100 puntos) conocimiento aceptable.</p>	Categórica dicotómica	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> -Deficiente -Aceptable
	Actitudes ante la anticoncepción	Predisposición aprendida a responder sobre el tema de la anticoncepción.	<p>Respuesta de los entrevistados ante la anticoncepción, ante y después de la intervención educativa; será evaluado por medio de escala tipo Likert, clasificado así: (91-100%) muy buena actitud (61-90%) buena actitud (31-60%) regular actitud (0-30%) mala actitud</p>	Categórica	Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> -Mala -Regular -Buena -Muy buena

5.6 Recolección de datos

5.6.1 Técnica de recolección de datos

Se utilizó un cuestionario auto aplicable con enunciados que recolectan características demográficas, conocimientos y actitudes de los padres de familia sobre anticoncepción.

5.6.2 Procesos

Paso 1: aprobación del protocolo sobre conocimientos y actitudes de los padres de familia de adolescentes sobre anticoncepción por parte de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Paso 2: presentación de las cartas de tesis a la dirección departamental de educación de Chimaltenango quienes nos refirieron a los respectivos directores de los establecimientos educativos.

Paso 3: realización de prueba piloto a 30 personas en un instituto con características similares a los institutos en donde se realizó el trabajo de campo. Se entregó un consentimiento informado y fue firmado por los sujetos a estudio. (ver anexo 12.3)

Paso 4: se realizó el primer cuestionario con previa autorización de las respectivas autoridades educativas quienes convocaron a los padres de familia y reunieron en distintos salones para poder ser entrevistados. Al terminar de llenar el mismo se invitó a los participantes para la intervención educativa la cual tuvo duración de 30 minutos. (ver anexo 12.4)

Paso 5: se realizó la intervención educativa dando una charla de 30 minutos. Esta dinámica se llevó a cabo en el salón de reuniones de cada instituto, se hizo entrega de trifoliales. (ver anexo 12.5)

Paso 6: un mes posterior a la intervención educativa se encuestó nuevamente a los participantes, siguiendo la metodología de la evaluación previa. Luego se agradeció por la participación brindada para la recolección de datos.

5.6.3 Instrumentos de medición

Para obtener la información sobre los conocimientos y actitudes sobre anticoncepción en padres de familia de adolescentes antes y después de una estrategia educativa se utilizó un

cuestionario estructurado, seccionado en 3 partes; elaborado por los investigadores. Dicho cuestionario fue revisado por personal de la coordinación de proyectos del Observatorio Nacional en Salud Sexual y Reproductiva (OSAR), Dra. Mirna Montenegro experta en el tema, por la Licenciada Karina Orozco de COPLA para su validación y ponderación y por asesora y revisora Dra. Aida Barrera.

En la primera sección se recolectó información acerca de los datos epidemiológicos de los participantes tales como: sexo, edad, grupo cultural, religión, estado civil, escolaridad, e integración familiar, una breve introducción del estudio y las instrucciones de llenado de la misma. El cuestionario consta de 6 páginas, impresas en hoja tamaño carta al frente y al reverso; con un encabezado que contiene los logos de la Universidad de San Carlos de Guatemala y la Facultad de ciencias médicas y el título de la investigación (ver anexo 12.4).

En la sección 2 evaluó los conocimientos acerca de anticoncepción y constaba de 10 enunciados divididos en 2 partes, en la primera hay 6 enunciados de selección múltiple, cada una con una opción correcta. En la segunda constaba de 4 enunciados con opción de respuesta sí o no y cada enunciado tiene 5 respuestas correctas.

La sección 3 evaluó las actitudes ante la anticoncepción y constaba también de 10 enunciados. Cada enunciado contenía 4 opciones de respuesta; en donde el sujeto de estudio debía marcar con una X sólo una opción según su criterio; de acuerdo a la escala de Likert se le asignó a cada opción una ponderación de la siguiente manera en los enunciados 1 al 10:

- A. Totalmente de acuerdo → 91-100% Muy buena actitud ante la anticoncepción
- B. De acuerdo → 61-90% buena actitud ante la anticoncepción
- C. En desacuerdo → 31-60% regular actitud ante la anticoncepción
- D. Totalmente en desacuerdo → 0-30% mala actitud ante la anticoncepción.

Con los datos obtenidos por el cuestionario, en la categoría que evalúa los conocimientos sobre anticoncepción se estableció una ponderación de 10 puntos a cada enunciado; Preguntas en conocimientos del 1 al 6 valor de 10 puntos cada una y en la sección de cuadros sí o no un valor de 2 puntos a cada respuesta correcta. Se tomó como base los parámetros del departamento de evaluación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala en donde una puntuación mayor al 61% (6 respuestas correctas o más) se clasificó el resultado como conocimiento aceptable y un

resultado menor del 61% (6 respuestas correctas o menos) se clasificó como conocimiento deficiente.

Para evaluar las actitudes sobre anticoncepción se utilizó la escala de Likert. Se estableció una ponderación por porcentajes antes descritos; dicha ponderación se invierte en los enunciados anteriormente mencionados.

Se hizo un cambio en el número de opciones a elegir en el cuestionario, puesto que el objetivo de estudio es evaluar la perspectiva que tienen los sujetos de estudio sobre la anticoncepción. Al optar por presentar 5 opciones, se dio la oportunidad para que el sujeto escoja la opción 3 “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, ya que el momento de procesar los datos esta opción no se inclina por alguna en específico y puede tender a ser elegida por no querer mostrar la verdadera perspectiva u opinión que se tiene sobre un enunciado específico. Por ende, se realizó este cambio en la escala para adaptarla de manera que se pudiesen cumplir los objetivos de la investigación de una forma más adecuada.

Tabla 5.6
Clave de instrumento de recolección de datos
Serie I : Conocimientos

Sección I	
Enunciado	Respuestas
No. 1	D
No. 2	B
No. 3	A
No. 4	C
No. 5	D
No. 6	B
Sección II	
No. 7.1	No
No. 7.2	Si
No. 7.3	No
No. 7.4	Si
No. 7.5	No
No. 7.6	Si
No. 7.7	No
No. 7.8	Si
No. 7.9	No
No. 7.10	Si

No. 8.1	Si
No. 8.2	Si
No. 8.3	No
No. 8.4	No
No. 8.5	Si
No. 8.6	Si
No. 8.7	No
No. 8.8	No
No. 8.9	Si
No. 8.10	No
No. 9.1	Si
No. 9.2	No
No. 9.3	Si
No. 9.4	No
No. 9.5	Si
No. 9.6	No
No. 9.7	Si
No. 9.8	No
No. 9.9	Si
No. 9.10	No
No. 10.1	Si
No.10.2	No
No.10.3	Si
No.10.4	No
No.10.5	Si
No. 10.6	No
No.10.7	Si
No.10.8	No
No.10.9	Si
No.10.10	No

Se realizó una prueba piloto en el Instituto Nacional Mixto de Educación Básica adscrito a la Escuela Oficial Nocturna No.1 “Tomás Cacella”, se tomó una muestra de 30 padres de familia, el día 06 de octubre, se indicó sobre en qué consistía el cuestionario, se mostró una carta a los participantes autorizando la realización de la prueba piloto por parte de la directora de la institución, luego de esto se seleccionó a los sujetos de estudio y se proporcionó los respectivos consentimientos informados, todos accedieron a participar, las dudas que tuvieron

sobre el cuestionario en cuanto a los datos epidemiológicos fue que en número de años aprobados de escolaridad 3 personas contestaron grado académico aprobado no los años. Sobre interpretación de las instrucciones de llenado únicamente 1 participante circuló la respuesta correcta y las instrucciones dicen marque una X en la letra o casilla que considere correcta. En cuanto a la interpretación de los enunciados no hubo dudas. Por la baja incidencia de errores de comprensión de los participantes sobre el instrumento de trabajo no se modificó el mismo.

5.7 Plan de procesamiento de datos

5.7.1 Plan de procesamiento

Se procedió a revisar los datos y su adecuado llenado, verificando la calidad de información.

Después de esto se elaboraron dos tablas, una para la pre-intervención y otra para la post-intervención utilizando Microsoft Excel con los códigos asignados previamente. La información recopilada se tabuló con los datos obtenidos en relación a las diferentes secciones descritas en el instrumento para la recolección de datos. En el área de conocimiento se obtuvo punteo de cada pregunta y se clasificó como “conocimiento deficiente” o “conocimiento no deficiente” con su respectivo código como se explicó en el apartado anterior. En el área de actitudes se utilizó la escala de Likert para realizar su adecuada categorización. A cada opción se le asignó un valor, dependiendo del tipo de respuesta para determinar las actitudes. Se sumaron las todas las puntuaciones y determinó el respectivo porcentaje.

4. Totalmente en de acuerdo → 91-100% Muy buena actitud ante la anticoncepción
6. De acuerdo → 61-90% buena actitud ante la anticoncepción
2. En desacuerdo → 31-60% regular actitud ante la anticoncepción
1. Totalmente en desacuerdo → 0-30% mala actitud ante la anticoncepción.

La variables: edad, religión y escolaridad se recategorizaron en edad cruda, practicante y no practicante y escolaridad cruda respectivamente para la tabulación de datos. En las variables edad y escolaridad se recategorizaron ya que en el instrumento de recolección los participantes anotaron los años cumplidos y los años escolares aprobados. La variable religión se recategorizó para facilitar el análisis de los datos.

Tabla 5.7

Listado de variables con los códigos asignados para el instrumento de recolección de datos

Variables	Codificación	Categoría	Código
Sexo	SEXO	Masculino	1
		Femenino	2
Edad cruda	EDCRU	Edad en años	No. Años
Edad	EDAD	< 35 años	1
		≥ 35 años	2
Etnia	ETNIA	Ladina/Mestiza	1
		Kakchiquel	2
		Otra	3
Religión	RLGN	Católica	1
		Evangélica	2
		Ninguna	3
		Otra	4
Practica religión	PRAREL	Practicante	1
		No practicante	2
Estado civil	ESCIV	Soltero	1
		Casado	2
Integración familiar	INTFA	Integrado	1
		No Integrado	2
Escolaridad cruda	ESCRU	Años aprobados	No. Años
Escolaridad	ESCO	< de 6 años	1
		≥de 6 años	2
		Ninguna	3
Nivel de conocimiento	NIVCO	Deficiente 0–60 pts	1
		Aceptable 61-100 pts	2
Actitud	ACTI	Mala 0- 30%	1
		Regular 31- 60%	2
		Buena 61-90%	3
		Muy buena >91%	4

5.7.2 Análisis de datos

Se analizaron los datos de acuerdo a los objetivos de la investigación, el cual fue evaluar los conocimientos y actitudes respecto a anticoncepción antes y después de una intervención educativa en los padres de adolescentes del municipio de Chimaltenango durante los meses de octubre – noviembre 2017.

Los datos obtenidos se analizaron en EPIDAT y SPSS. Los documentos se convirtieron a excell versión 97-2007 ya que el programa trabaja con esta versión la base de datos.

Objetivo específico No. 1: Se realizó una tabla univariada para la categorización demográfica de los sujetos de estudio con frecuencias y porcentajes de las variables sexo, edad, etnia, escolaridad, estado civil, integración familiar.

Objetivo específico No. 2: Se utilizó una tabla de contingencia para comparar el nivel de conocimiento de la población antes y después de la intervención. Se evaluaron los resultados obtenidos en la variable nivel de conocimiento, por medio de la prueba de McNemar, con lo que se sometió a prueba la hipótesis planteada, aceptando o rechazando la misma, con valor crítico de 3.84 con un grado de libertad y un nivel de significancia de 0.025, pues es de una cola.

Objetivo específico No. 3: Para el análisis descriptivo de la actitud antes y después de la intervención educativa, se realizaron tablas bivariadas para describir el nivel de actitud de los sujetos a estudio. El total de la sumatoria de los puntos de cada enunciado será clasificado en 4 opciones según la puntuación previamente establecida en: “Actitud muy buena, buena, regular, mala”. Se realizó un análisis descriptivo de las mismas antes y después de la intervención educativa. Así mismo se determinó el Chi cuadrado con 9 grados de libertad y un valor crítico de χ^2 de 16.92.

Objetivo específico No. 4: Se utilizaron cuadros de contingencia para asociar el nivel de conocimiento y actitudes con escolaridad, edad y religión. Para correlacionar el conocimiento con la variable escolaridad, se utilizó la medida no paramétrica para datos ordinales de correlación Tau C de Kendall, siendo su interpretación -1 fuerte asociación negativa y +1 fuerte asociación positiva.

Para correlacionar las variables conocimiento, edad y religión se utilizó la medida Chi cuadrado para medir asociación y V de Cramer para evaluar la fuerza de asociación entre las variables. La interpretación del Chi-cuadrado se realizó de la siguiente manera:

Asociación estudiada		Grados de libertad	Valor crítico de χ^2
Conocimiento-edad	Antes	1	3.84
Conocimiento- religión	Después		

Para evaluar la actitud con la variable escolaridad se utilizó la medida no paramétrica Tau C de Kendall siendo su interpretación -1 fuerte asociación negativa y +1 fuerte asociación positiva. Para evaluar la actitud con las variables edad y religión, se calculó Chi-cuadrado para medir la asociación y V de Cramer para evaluar la fuerza de asociación de las variables se utilizaron los siguientes datos:

Asociación estudiada		Grados de libertad	Valor crítico de χ^2
Actitud-edad	Antes	3	7.82
Actitud- religión	Después		

5.8 Alcances y límites de la investigación

5.8.1 Obstáculos

- Poca colaboración de los sujetos a estudio para responder el cuestionario completo.
- Bajo nivel académico de la población a estudio.
- Factores religiosos y culturales de la población a estudio los cuales no permitieron responder el instrumento de recolección de datos.
- Bloqueos, accidentes, huelgas de magisterio.

5.8.2 Alcances

Se aportaron charlas con las cuales se educó a la población sobre el tema de anticoncepción para que tengan un conocimiento informado y sepan educar y aconsejar a sus hijos adolescentes.

5.9 Aspectos éticos de la investigación

La investigación es confiable ya que se respetaron los principios básicos de la ética de investigación los cuales son respeto por las personas, beneficencia y justicia, además de ser una investigación puramente descriptiva.

5.9.1 Principios éticos generales:

- **Respeto por las personas:** la presente investigación protege la autonomía de los padres de familia de adolescentes de los Institutos del municipio de Chimaltenango ya que se solicitó autorización para participar en el estudio, por medio del consentimiento informado.
- **La Beneficencia:** los padres de familia de adolescentes se beneficiaron ya que se les impartió charla educativa para mejorar el conocimiento y actitud que tenían en relación al tema la anticoncepción en sus hijos adolescentes.
- **No maleficencia:** se respetó la confidencialidad de los padres de familia al no revelar sus datos personales a personas ajenas a este estudio.
- **Justicia:** se trató a todos los padres de familia por igual, independientemente del resultado obtenido posterior a la realización de la prueba de fijación de conocimiento.

6. RESULTADOS

Estudio analítico cuasiexperimental realizado a través de encuestas a padres de familia de adolescentes de los institutos: Nacional Mixto Experimental de Educación Básica con Orientación Ocupacional “Leónidas Mencos Ávila”; Nacional de Educación Básica adscrita a la Escuela Rural No. 1 “Dr. Pedro Molina” y Básico por Cooperativa “José Joaquín Pardo Gallardo” en el departamento de Chimaltenango durante la última semana de octubre se realizó la primera entrevista y se dio una intervención educativa sobre el tema. Esta misma población fue citada un mes después de la intervención educativa para realizar la segunda entrevista. A través del instrumento de recolección se obtuvieron las características sociodemográficas de la población estudiada, conocimientos y actitudes respecto a anticoncepción.

Figura 6.1
Participación de los sujetos de estudio durante los meses octubre-noviembre 2017.

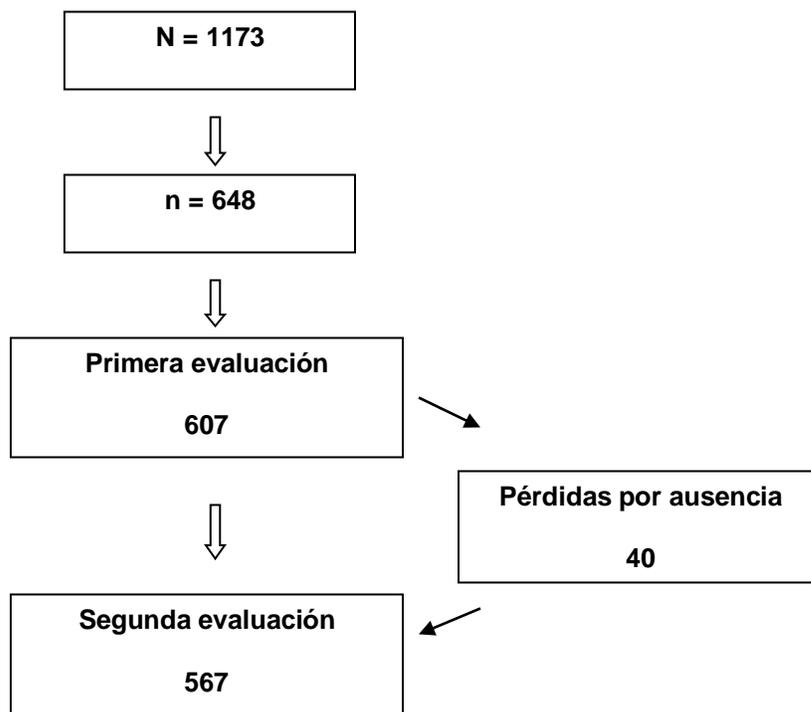


Tabla 6.1
Características demográficas de los padres de familia
octubre - noviembre del 2017

Variable	f	%
Sexo		
Femenino	391	64.4
Masculino	216	35.6
Edad		
< 35 años	211	34.8
≥35 años	396	65.2
Etnia		
Ladina/mestiza	372	61.3
Kakchiquel	229	37.7
Otra	6	1.0
Religión		
Practicante	561	92.4
No practicante	46	7.6
Estado civil		
Soltero	132	21.8
Casado	474	78.2
No respuesta	1	0.2
Integración familiar		
Integrada	428	70.5
No integrada	179	29.5
Escolaridad		
< 6 años	156	25.7
≥6 años	416	68.5
Ninguna	35	5.8

Tabla 6.2
Comparación del nivel de conocimiento de los padres de familia antes y
después de la intervención educativa
octubre - noviembre del 2017

Variable	Antes		Después		Diferencia porcentual	Valor p	Intervalo de confianza 95%
	f	%	f	%			
Adecuado	153	25.2	431	71	+ 45.8	0.0001	40.51 – 50.66
Deficiente	454	74.8	136	22.4	- 52.4	0.0001	47.30 – 57.02
Total	607	100	567	100			

*Pérdidas por ausencia 40 equivale al 6.6%

McNemar 246 valor-p = 0.000

Interpretación: El porcentaje de padres con conocimiento adecuado aumentó y el porcentaje con conocimientos deficientes disminuyó, siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Se evidencia un cambio positivo en el nivel de conocimiento ante la anticoncepción antes y después de la intervención educativa, pues la prueba de McNemar es de 246 (valor crítico 3.84 con 1 gl) y es significativa, lo cual sugiere que existe un cambio positivo en el nivel de conocimiento después de la intervención.

Tabla 6.3
Comparación del nivel de actitud de los padres de familia antes y después de la
intervención educativa
octubre - noviembre del 2017

Variable	Antes		Después		Diferencia porcentual	Valor p	Intervalo de confianza 95%
	f	%	f	%			
Muy buena	40	6.6	85	14	+ 7.4	0.0001	3.94 – 10.94
Buena	375	61.8	408	67.2	+ 5.4	0.05	-0.08 – 10.82
Regular	187	30.8	73	12.0	- 18.8	0.0001	14.20 – 23.29
Mala	5	0.8	1	0.2	- 0.6	0.15	-0.35 – 1.69
Total	607	100	565	100			

*Pérdidas por ausencia 40 equivale al 6.6%

Chi cuadrado 149.802 valor-p= 0.000

Interpretación: Después de la intervención educativa hubo un cambio positivo en la actitud de los padres hacia la anticoncepción; esto se observa en el aumento porcentual de las respuestas de los padres con muy buena y regular actitud, siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Entre los padres con actitud buena y mala el cambio no es significativo.

Tabla 6.4
Asociación del conocimiento con las variables escolaridad, edad y religión
de los padres de familia antes y después de la intervención educativa
octubre - noviembre del 2017

Asociación estudiada		Tau C de Kendal	Chi Cuadrado	V de Cramer	Interpretación
Conocimiento-escolaridad	Antes	+0.013			Existe una asociación entre las variables conocimiento-escolaridad y esta aumentó levemente después de la intervención educativa.
	Después	+0.046			
Conocimiento-edad	Antes		2.581	+ 0.065	Existe asociación entre las variables conocimiento-edad después de la intervención educativa, aunque la fuerza de asociación es muy débil.
	Después		4.170	+ 0.086	
Conocimiento- religión	Antes		0.722	+ 0.034	No existe asociación entre las variables conocimiento-religión, inclusive después de la intervención educativa.
	Después		0.121	+ 0.015	

Para ver en detalle tablas de asociaciones de conocimientos con variables ver anexos.

Tabla 6.5

Asociación de actitud con las variables escolaridad, edad y religión de los padres de familia antes y después de la intervención educativa

octubre - noviembre del 2017

Asociación estudiada		Pruebas			Interpretación
		Tau C de Kendall	Chi Cuadrado	V de Cramer	
Actitud- escolaridad	Antes	+ 0.041			Existe asociación entre las variables actitud-escolaridad, la cual aumentó levemente después de la intervención educativa ante la anticoncepción, aunque la asociación entre las variables es débil.
	Después	+ 0.074			
Actitud-edad	Antes		25.778	+0.206	Las variables actitud-edad están asociadas antes y después de la intervención educativa y esta asociación disminuyó después de la intervención.
	Después		11.30	+0.141	
Actitud- religión	Antes		1.681	+0.053	Las variables actitud-religión no están asociadas. El valor crítico encontrado fue menor que el esperado, por lo que no existe asociación entre las variables.
	Después		2.329	+0.064	

Para ver en detalle tablas de asociaciones de actitud con variables ver anexos.

7. DISCUSIÓN

Durante el trabajo de campo para evaluar los conocimientos y actitudes de los padres de familia de adolescentes ante la anticoncepción, en la primera evaluación se realizaron 607 encuestas; en la segunda evaluación fueron 567, ya que no todos los padres se presentaron posterior a la intervención educativa, por lo que hubo una pérdida del 6.6% de participantes, pero esto estaba contemplado en el porcentaje de pérdidas que se calculó en 20%. Dentro de las características demográficas (tabla 6.1) se observa que la mayoría pertenece al sexo femenino (64.4%), esto puede deberse a que la mayor parte de padres de familia de sexo masculino no acuden a reuniones escolares ya que se dedican a laborar fuera del hogar y muchas veces las madres trabajan como amas de casa y son quienes acuden a las mismas. Según las proyecciones del INE para el año 2017 existe una población de hombres de 50.1%, y la de mujeres es del 49.9% en el municipio de Chimaltenango datos que difieren con los hallazgos de la muestra estudiada.³⁸

Continuando con los datos demográficos, la edad se dividió en dos grupos: menores y mayores de 35 años; entre los encuestados predominó el segundo grupo (65.2%) entre los cuales se esperaba encontrar padres de familia con hijos adolescentes. Según el Instituto Nacional de Desarrollo Humano (INDH) 2015/16 el 73% de la población del departamento de Chimaltenango pertenece a la comunidad lingüística kakchiquel, a diferencia de la muestra entrevistada en la que un 61.3% se autodenomina como perteneciente al grupo ladino/mestizo.³⁹ De los entrevistados el 92.4% del total practica algún tipo de religión, lo cual es similar a los hallazgos de la ENSMI VI en donde se reporta que un 88% practica o se considera parte de alguna religión o grupo religioso.¹¹ (ver tabla 6.1)

Según la ENSMI VI solamente el 5.88% de las mujeres en edad fértil a nivel nacional se encuentran casadas y en un hogar integrado. Esto difiere de los datos encontrados en este estudio, pues el 78.2% de los sujetos de estudio son casadas(os), de los cuales el 70.5% pertenecen a un hogar integrado. En cuanto al nivel educativo de los encuestados, el 68.5% refirieron haber cursado primaria completa, esta proporción es menor al 89.5% que es la tasa neta de escolaridad reportada en la ENSMI VI; esta diferencia puede deberse a que el nivel de asistencia a la escuela primaria ha aumentado desde que los participantes cursaron sus estudios.¹¹ (ver tabla 6.1)

En la primera entrevista únicamente el 25.2% presentó un conocimiento adecuado, tal como se observa en la tabla 6.2; posterior a la intervención, el nivel de conocimiento aumentó a un 71%. (ver tabla 6.1) Al aplicar la prueba de McNemar se obtuvo un valor p inferior a 0.025, por lo cual la diferencia es estadísticamente significativa, se rechaza la hipótesis nula y se puede decir que la intervención educativa fue efectiva para mejorar el nivel de conocimientos de los padres respecto a la anticoncepción. Estos resultados son comparables con los obtenidos en el estudio realizado en Camagüey, en el cual se realizó una intervención educativa sobre anticoncepción y adolescencia y el conocimiento mejoró de un 58 % a un 97% después de la intervención.¹³

Al evaluar el nivel de actitud previo a la intervención educativa, el 61.8 % presentó un buen nivel de actitud que después aumentó a 67.2%. Sólo el 0.8% de los participantes presentó un nivel de actitud malo previo a la intervención el cuál disminuyó a 0.2 posteriormente. El número de padres con muy buena y regular actitud ante la anticoncepción aumentó después de la intervención educativa, y esta diferencia es estadísticamente significativa, sin embargo no hubo aumento estadísticamente significativo en el número de padres que tenían buena actitud antes de la intervención y tampoco entre los que tenían una mala actitud ante la anticoncepción (ver tabla 6.3). Esto puede deberse a que prefieren elegir una respuesta neutra para no dar una respuesta totalmente negativa, otra razón podría estar relacionada a que la redacción del instrumento de evaluación pudo causar confusión entre los participantes.

Un estudio realizado en España en el 2008 midió la efectividad de un programa de educación sexual en adolescentes acerca de la adquisición de conocimientos y cambios de actitud ante el empleo de métodos anticonceptivos, este fue efectivo puesto que mejoró la actitud ante el uso de los mismos tanto al mes como a los 6 meses post-intervención, sin embargo cabe resaltar que fue dirigido a adolescentes los cuales muestran más interés en el tema puesto no tienen prejuicios y tienen interés respecto al tema de anticoncepción.⁴⁰

Al evaluar el nivel de conocimiento con la variable escolaridad se evidenció que existe asociación entre las variables, la cual aumentó levemente luego de la intervención educativa. Esto puede deberse a que las personas con cierto grado de escolaridad pueden obtener información de otras fuentes, como afiches, anuncios, charlas, entre otros, lo cual se relaciona con la literatura consultada ya que en ocasiones al aumentar el grado de escolaridad, también aumenta el nivel de conocimiento en respuesta sobre la anticoncepción. ³(ver tabla 6.4)

En cuanto al nivel de conocimiento y la edad, (ver tabla 6.4) también se encontró asociación entre las variables, por lo que la edad se relaciona positivamente con el nivel de conocimiento aunque la fuerza de esta es muy débil. Esto puede deberse al conocimiento empírico adquirido por la experiencia a lo largo de los años. Un estudio realizado en el año 2011 en la Habana Cuba donde se evaluó la influencia de los padres de familia en la sexualidad del adolescente, los adultos poseían elevados conocimientos comparados con un grupo de adolescentes, lo que indica que a mayor edad mejor nivel de conocimiento.⁴

En cuanto al nivel de conocimiento y religión; no se evidenció asociación después de la intervención educativa, las personas religiosas tuvieron menor conocimiento, por lo que no se rechaza la hipótesis nula, y se puede decir que no existe asociación entre las variables. Esto puede deberse a que las personas practicantes de algún tipo de religión no manifiestan interés en aprender acerca del tema de la anticoncepción, ya que sus creencias religiosas no promueven la discusión de estos temas. (ver tabla 6.4)

Al evaluar el nivel de actitud con la variable escolaridad se encontró asociación, aunque es débil. Esta asociación puede deberse a que el conocimiento del tema permite contemplarlo de otra forma más positiva, lo cual facilita aceptar de mejor manera diferentes puntos de vista respecto a la anticoncepción. En relación al nivel de actitud con la variable edad, estas están asociadas. Los resultados obtenidos denotan que luego de la intervención hubo una leve disminución en la asociación, probablemente esto se deba a que las personas se informaron objetivamente sobre el tema y al observar sobre efectos secundarios y riesgos afectó negativamente en su actitud hacia los mismos. Aunque las personas menores o igual a 35 años tuvieron mejor actitud ante la anticoncepción posiblemente debido a que en los últimos años se ha realizado más promoción sobre la educación sexual. En relación a las variables actitud y religión no se encontró asociación entre las mismas, por lo que no hay suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula. Una posible causa puede deberse a que las personas tienen creencias religiosas fuertemente fundamentadas o el tema de la sexualidad y la anticoncepción puede ser un tabú para algunas personas, por lo que es difícil modificarlas con una intervención educativa.

En este estudio se evidencia la importancia de educar a los padres de familia respecto a la anticoncepción para que mejoren sus conocimientos y actitudes respecto al tema, debido a que la falta de información oportuna de los padres hacia sus hijos puede repercutir en decisiones inadecuadas respecto a la sexualidad en el adolescente. Este estudio aporta

información para evidenciar que existe una deficiencia educativa respecto a temas de sexualidad entre los padres de familia, lo cual debe ser tomado en cuenta por las autoridades educativas y de salud del municipio de Chimaltenango. Esta deficiencia está relacionada con aspectos religiosos por lo que debe ser abordada con cautela en próximos estudios. El estudio ayudó a reforzar los conocimientos de los padres sobre anticoncepción, para que estos puedan transmitirlos en el hogar, con el fin de informar adecuadamente al adolescente y prevenir embarazos no deseados e ITS.

Por medio del estudio se busca crear un precedente en estudios enfocados a padres de familia que puedan ser de utilidad en futuras investigaciones; se sugiere realizar otros estudios con enfoque cualitativo para entender causas intrínsecas relacionadas con el tema. Dentro de las limitaciones se encontró que la recolección de datos se facilitaría simplificando el instrumento, tanto en el lenguaje utilizado como en la extensión del mismo.

8. CONCLUSIONES

- 8.1** De la población entrevistada seis de cada diez participantes pertenecen al sexo femenino, tienen 35 años o más y se autodefinen como ladinos; nueve de cada diez practica una religión, siete de cada diez pertenece a un hogar integrado y tiene escolaridad mayor o igual a 6 años.
- 8.2** Con respecto al conocimiento adecuado este mejoró, pues previo a la intervención educativa fue del 25.2 % y posteriormente fue del 71%; al comparar las proporciones, se comprobó que este cambio es estadísticamente significativo tras la intervención educativa.
- 8.3** Hubo un cambio de actitud respecto a la anticoncepción que fue positivo y estadísticamente significativo entre los padres con muy buena y regular actitud; el cambio en los padres con actitud buena y mala no fue estadísticamente significativo.
- 8.4** El nivel de escolaridad y edad se asocia positivamente con el nivel de conocimiento y actitud, aunque las pruebas estadísticas indicaron poca relación entre las variables. En relación a la variable religión ésta no tiene asociación con el conocimiento ni las actitudes.
- 8.5** Se evidencia un cambio positivo en el nivel de conocimiento y las actitudes de los padres sobre la anticoncepción después de la intervención educativa realizada, y este cambio es estadísticamente significativo.

9. RECOMENDACIONES

9.1 A la dirección del Área de Salud de Chimaltenango:

- Mejorar la difusión de la información referente al tema de educación sexual y métodos de anticoncepción, por medio de capacitaciones periódicas al personal de salud para impartir charlas a quienes asisten a puestos o centros de salud.

9.2 A la Dirección Departamental de Educación de Chimaltenango:

- Que impartan capacitaciones constantes a su personal y ellos puedan aportar información objetiva y material didáctico adecuado en reuniones con los padres de familia para que ellos informen y formen adecuada construcción del conocimiento en los adolescentes y así estos puedan tomar decisiones informadas.

9.3 A los consejos comunitarios de desarrollo (COCODE's) de las comunidades en Chimaltenango:

- Formar a los representantes de las comunidades con ayuda del personal de salud y educación en temas de educación sexual, para que puedan reproducir la información localmente.

9.4 A la Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas:

- Promover futuras investigaciones con enfoque cualitativo para comprender por qué los padres de familia no tratan temas relacionados a sexualidad con sus hijos.
- Realizar una investigación para validar un instrumento de recolección de datos dirigido a evaluar los conocimientos y actitudes de los padres de familia respecto a este tema.
- Promocionar más el tema de educación sexual responsable mediante los practicantes del ejercicio profesional supervisado ya que de esta manera puede llegar más información a las comunidades.

10. APORTES

Se realizó una intervención educativa en cada establecimiento por medio de la escuela de padres informando a padres de familia y personal de cada institución visitada sobre temas de sexualidad, qué es anticoncepción, métodos anticonceptivos, beneficios y efectos adversos. Los resultados de la investigación serán divulgados al área de salud de Chimaltenango, a la departamental de educación del mismo e instituciones donde fue realizada la investigación; se hará entrega de un informe escrito con los resultados, conclusiones y recomendaciones elaboradas, que puedan apoyar la creación de programas y capacitaciones dirigidos al personal sanitario y educativo del municipio.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Planificación familiar: datos y cifras [en línea]. Ginebra: OMS; 2018 [citado 30 Mayo 2017]; (Nota descriptiva). Disponible en : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>
2. -----. Organización Mundial de la Salud. Temas de salud: Salud reproductiva. [en línea]. Ginebra: OMS; 2018 [citado 03 Mayo 2018]. Disponible en: http://www.who.int/topics/reproductive_health/es/
3. Anavisca Reyes M R, Mazariegos Dónis E J, Salazar A M, Vásquez Cabrera R M. Factores de riesgo en embarazo de adolescentes. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2015.
4. Domínguez Domínguez I. Influencia de la familia en la sexualidad adolescente. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología [en línea]. 2011 [citado 02 Ago 2017]; 37(3):387-398. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v37n3/gin11311.pdf>
5. Ramírez Aranda, J M, González González J M, Cavazos Ríos J J, Ríos Garza T. Actitudes de los padres sobre sexualidad en sus hijos, valores y medidas preventivas de SIDA. RESPYN [en línea]. 2006 [citado 02 Jun 2018]; 7 (1): [aprox. 11 pant]. Disponible en: <http://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/view/159/141>
6. Calvillo Paz C R. Estrategia educativa sobre salud sexual en estudiantes de educación básica, comunidad de Antigua Chinautla, Guatemala, 2013. [tesis de Doctorado]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2015 [citado 05 Oct 2017]. Disponible en: <http://www.repositorio.usac.edu.gt/483/>
7. Solís Valladares J A, Pérez Rodas J M, Archila Eguizábal K A, Almaraz Villatoro R E. Factores sociodemográficos y culturales asociados al embarazo en adolescentes: estudio descriptivo de corte transversal realizado en adolescentes de 10 a 19 años, que asisten a Institutos de los Departamentos de Guatemala, Huehuetenango, Escuintla y Sacatepéquez junio-julio de 2014. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2014. [citado 25 Ago 2017]. Disponible en: <http://bibliomed.usac.edu.gt/tesis/pre/2014/057.pdf>

8. Lobos Carrillo P M, Oroxom Contreras G J, Martínez Recinos B A, Castañeda O, Penados Ovalle M E. Saberes de prevención sobre el embarazo en adolescentes realizado en departamento de Zacapa. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2014. [citado 26 Ago 2017]. Disponible en. <http://bibliomed.usac.edu.gt/tesis/pre/2014/036.pdf>
9. Organización Panamericana de la Salud. América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo. [en línea]. Panamá: OPS/OMS; 2018 [citado 03 Mayo 2018]. Disponible en:
https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_content&view=article&id=1049:america-latina-y-el-caribe-tienen-la-segunda-tasa-mas-alta-de-embarazo-adolescente-en-el-mundo&Itemid=441
10. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Análisis de la situación epidemiológica de enfermedades no transmisibles [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2015 [citado 06 Sep 2017] Disponible en:
<http://epidemiologia.mspas.gob.gt/files/Publicaciones/Semanas%20Situacional/asis%20ent%202015.pdf>
11. ----- . Informe final VI Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil. ENSMI; 2014-2015 [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2015 [citado 06 Sep 2017] Disponible en:
<http://www.mspas.gob.gt/index.php/noticias/noticias-mspas/item/107-vi-encuesta-nacional-materno-infantil-2014-2015>
12. Guatemala. Observatorio de Salud Reproductiva. Monitoreo OSAR, registro de partos y embarazos [en línea]. Guatemala: OSAR; 2018. [citado 05 Mayo 2018]. Disponible en:
<http://osarguatemala.org/wp-content/uploads/2018/04/Embarazos-y-partos-2017.pdf>
13. Gil Hernández A, Rodríguez García Y, Rivero Sánchez M. Intervención educativa sobre anticoncepción y adolescencia. AMC (Cuba) [en línea]. 2012 [citado 29 Ago 2017]; 16(1): 45-52. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552012000100006
14. Amaro Hernández F, Reyes Guzmán G, Palacios Martínez de Santelices L, Cardoso Núñez O. Intervención educativa sobre conocimientos de anticoncepción en adolescentes. AMC (Cuba) [en línea]. 2010 [citado 13 Sep 2017]; 14 (3): 45-52.

Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552010000300012

15. Atienzo EE, Campero L, Estrada F, Rouse C, Walker D. Intervenciones con padres de familia para modificar el comportamiento sexual en adolescentes. *Rev Salud Pública Mex* [en línea]. 2011 [citado 03 Ago 2017]; 53 (2): 160-171. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53n2/a09v53n2.pdf>
16. Macintyre A K, Montero Vega A R, Sagbakken M. From disease to desire, pleasure to the pill: A qualitative study of adolescent learning about sexual health and sexuality in Chile. *BMC Public Health* [en línea]. Sep 2015 [citado 24 Ago 2017]; 15:945 DOI 10.1186/s12889-015-2253-9
17. Portillo Gutiérrez M R, Lemus Pereira M C, Ovalle Bonilla J M. Saberes de prevención en padres de familia sobre el embarazo en adolescentes de comunidades rurales del departamento de El Progreso. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2014: [citado 14 Sep 2017]. Disponible en: <http://bibliomed.usac.edu.gt/tesis/pre/2014/045.pdf-es>
18. Guatemala. Observatorio de Salud Reproductiva [en línea]. Guatemala: OSAR; 2017. [citado 27 Ago 2017]. Disponible en: http://www.osarguatemala.org/osartemporal/Archivos/PDF/201603/259_4.pdf
19. United Nations. Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). *World Population Prospects: The 2017 Revision* [en línea]. N. Y.: UN; 2017 [citado 17 Ago 2017]. Disponible en: <https://esa.un.org/unpd/wpp/Download/Standard/Population/>
20. United Nations Population Fund. *World Population Trends. 10 things you didn't know about world's population* [en línea]. N. Y.: UNFPA; 2015 [citado 18 Mayo 2017]. Disponible en: <http://www.unfpa.org/world-population-trends>
21. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. *Censo nacional de población y VI censo de habitantes. Pertenencia de grupo étnico* [en línea]. Guatemala: INE; 2014 [citado 9 Ago 2017]. Disponible en:

<https://www.ine.gob.gt/sistema/uploads/2014/02/20/jZqeGe1H9WdUDngYXkWt3GIhUUQCukcg.pdf>

22. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. La infancia – adolescencia [en línea]. Guatemala: UNICEF; [201?] [citado 28 Ago 2017]. Disponible en: http://www.unicef.org/guatemala/spanish/infancia_18483.htm
23. Asociación Pro Bienestar de la Familia. Clínica de Planificación Familiar [en línea]. Guatemala: APROFAM; 2014 [citado 30 Ago 2017] Disponible en: <http://www.aprofam.org.gt/servicios-medicos/consultas/planificacion-familiar/>.
24. Red de Organización de Mujeres Indígenas por la Salud Reproductiva, la Educación y la Nutrición. Convenio de organizaciones sociales para la creación de la Red de Organización de Mujeres Indígenas por la Salud Reproductiva de Chimaltenango [en línea]. Chimaltenango, Guatemala: REDMISAR; 2010 [citado 30 Ago 2017] Disponible en: <http://www.alianmisar.org/node/11>
25. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía de métodos anticonceptivos para adolescentes y jóvenes [en línea]. Guatemala: MSPAS; 2014 [citado 08 Sep 2017] Disponible en: <https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/Guia%20de%20m%C3%A9todos%20anticonceptivos%20para%20adolescentes.pdf>
26. Rolf Muss E. Teorías de la adolescencia. 2 ed. México: Paidós;1986.
27. Marston C, Rey E. Factores que determinan el comportamiento sexual de los jóvenes: una revisión sistemática. The Lancet [en línea]. 2006 [citado 12 Sep 2017]; 368 (9547): 1581-1586. doi: 10.1016 / S0140-6736 (06) 69662-1.
28. Rubiano M. La educación sexual. Guía práctica para profesores y padres. Santa Fé, Bogotá: San Pablo; 1995.
29. Vega E. En qué consiste la intervención educativa. ¿Qué es la intervención educativa? [en línea]. San Francisco, CA: SCRIBD 2013 [citado 12 Sep 2017]. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/123915639/En-que-consiste-la-intervencion-educativa>

30. España. Instituto de Salud Pública Navarra. Manual de educación para la salud. [en línea]. España: ISPN; 2006 [citado 12 Sep 2017]. Disponible en: <https://www.navarra.es/nr/rdonlyres/049b3858-f993-4b2f-9e33-2002e652eba2/194026/manualdeeducacionparalasalud.pdf>
31. Organización Mundial de la Salud. Salud de la madre, del recién nacido, del niño, y del adolescente. Desarrollo en la adolescencia [en línea]. Ginebra: OMS; 2015 [citado 18 Ago 2017]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
32. Díaz S, Schiappacasse V. Qué y cuáles son los métodos anticonceptivos [en línea]. Chile: ICMER; 2017 [citado 06 Ago 2017]. Disponible en : http://icmer.org/wp_ae/wp-content/uploads/2015/02/Que-y-cuales-son-los-metodos-anticonceptivos-25032017.pdf
33. DeGuate.com. Chimaltenango. Información de los 333 municipios de Guatemala. [en línea]. Guatemala: DeGuate.com; [201?] [citado 30 Ago 2017]. Disponible en: <http://www.deguate.com/municipios/pages/chimaltenango.php#.WbaZxXYjHIU>
34. Naciones Unidas. Declaración universal de los derechos humanos [en línea]. N. Y.: NU; 1948 [citado 28 Ago 2017]. Disponible en: <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
35. Naciones Unidas. Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los Pueblos Indígenas [en línea]. Nueva York: NU; 2008 [citado 29 Ago 2017]. Disponible en: www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_es.pdf
36. Centro Nacional de Análisis y Documentación Judicial. Ley de acceso universal y equitativo de servicios de planificación familiar y su integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva [en línea]. Guatemala: CENADOJ; 2005 [citado 30 Ago 2017]. Disponible en: <http://ww2.oj.gob.gt/es/QueEsOJ/EstructuraOJ/UnidadesAdministrativas/CentroAnalisisDocumentacionJudicial/cds/CDs%20leyes/2005/pdfs/decretos/D087-2005.pdf>
37. Guatemala. Congreso de la República. Acuerdo Gubernativo 115 de 1999. Reglamento Orgánico Interno del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social [en línea].

Guatemala: Congreso de la República; 1999 [citado 02 Ago 2017]. Disponible en: <https://goo.gl/bEhgRB>

38. Guatemala. Instituto Nacional de Estadística. Proyección población Chimaltenango 2017 [en línea]. Guatemala: INE; 2017 [citado 21 Jun 2018]. Disponible en: <http://epidemiologia.mspas.gob.gt/files/publicaciones%202017/proyeccion%20poblaciones%202017/chimaltenango.xlsx>
39. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Más allá del conflicto, luchas por el bienestar. Informe nacional de desarrollo humano [en línea]. Guatemala: PNUD; 2016 [citado 30 Ago 2017]. Disponible en: http://desarrollohumano.org.gt/content/uploads/2016/04/INDH_Completo_digital-1.pdf
40. Hernández Martínez A, García Serrano I, Simón Hernández M, Coy Auñon R, García Fernández A M, Liante Peñarrubia E, et al. Efectividad de un programa de educación sexual en adolescentes acerca de la adquisición de conocimientos y cambios de actitud ante el empleo de métodos anticonceptivos. Enfermería clínica [en línea]. 2009 [citado 03 Mar 2018]; 19 (3): 121-128. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862109000187?via%3Dihub>

12. ANEXOS

ANEXO 12.1 Descripción general de los métodos anticonceptivos³²

DESCRIPCIÓN	BENEFICIOS	EFFECTOS ADVERSOS
HORMONALES		
<p>Combinados orales : Son píldoras que contienen dos tipos de hormonas (estrógeno y progestágeno) similares a las que se producen en el cuerpo de la mujer.</p>	<p>Protección para el cáncer de ovario y del endometrio, control de los ciclos menstruales, alivio de la dismenorrea y también puede prevenir la anemia ferropriva, embarazo ectópico, quistes de ovario, enfermedad inflamatoria pélvica y miomas uterinos.</p>	<p>Pueden causar cefalea y náuseas. En el uso habitual 6-8% de las mujeres puede embarazarse en el primer año de uso.</p>
<p>Inyectables combinados mensuales : Son inyecciones que contienen 2 hormonas: estrógeno y progestágeno.</p>	<p>Disminución en la frecuencia e intensidad de los cólicos menstruales, prevención del embarazo ectópico, cáncer de endometrio, cáncer de ovario, quistes de ovario, enfermedad inflamatoria pélvica y miomas uterinos.</p>	<p>Pueden causar irregularidad menstrual (sangrado o goteo entre las menstruaciones, menstruación abundante o amenorrea), alteraciones en el peso, cefalea.</p>
<p>Anillo vaginal combinado(AVC): Es un anillo de acetato de vinil etileno flexible, mide aproximadamente 54 mm de diámetro y 4 mm de espesor. Contiene 2 hormonas, etonogestrel 11.7 mg y etinilestradiol 2.7 mg.</p>	<p>Cuando se usan correctamente, alrededor de tres de 1000 mujeres se embarazan.</p>	<p>En el uso habitual se estima que 6-8% de las mujeres puede embarazarse en el primer año de uso.³²</p>

DESCRIPCIÓN	BENEFICIOS	EFECTOS ADVERSOS
HORMONALES		
<p>Píldoras de progestágeno sólo:</p> <p>Son comprimidos que contienen una sola hormona o progestágeno (levonorgestrel, linestrenol, desogestrel o noretindrona).</p>	<p>Pueden ayudar a prevenir enfermedad benigna mamaria, cáncer de endometrio o de ovario, enfermedad inflamatoria pélvica.</p>	<p>Irregularidad menstrual (goteo, amenorrea), cefalea y sensibilidad mamaria.</p>
<p>Inyectables de progestágeno sólo:</p> <p>Son inyecciones que contienen sólo progestágenos y se administran por vía intramuscular cada 3 meses.</p>	<p>Disminuyen la incidencia de embarazo ectópico, cáncer de endometrio, enfermedad inflamatoria pélvica y mioma uterino. Ayudan a reducir los síntomas de endometriosis</p>	<p>Irregularidad menstrual (sangrado o goteo intermenstrual y amenorrea), aumento de peso, cefalea y sensibilidad mamaria.</p>
<p>Implantes subdérmicos de progestágeno sólo:</p> <p>Son cápsulas de un plástico especial, que se colocan bajo la piel en la parte interna del brazo o antebrazo y que liberan en un ritmo constante pequeñas dosis diarias de progestágeno, para conseguir el efecto anticonceptivo deseado.</p>	<p>Es uno de los métodos reversibles más efectivo. Tres de cada 1000 mujeres se puede embarazar en el primer año de uso.</p>	<p>Sangrado irregular, prolongado y/o abundante, goteo prolongado y/o irregular y amenorrea. También pueden presentarse cefaleas, acné, aumento del vello</p>
<p>Anillo vaginal de progesterona:</p> <p>Consiste en un anillo de silastic de 58mm de diámetro que contiene alrededor de 2 g de progesterona.</p>	<p>La eficacia anticonceptiva del AVP durante la lactancia es alta con tasas acumuladas de embarazo de 0 a 1.5 por 100 años mujer, similar a lo observado con el DIU con cobre.</p>	<p>Sangrado irregular, prolongado y/o abundante, goteo prolongado y/o irregular y amenorrea. También pueden presentarse cefaleas, acné, Pueden producir efectos locales y molestias durante las relaciones sexuales.³²</p>

DESCRIPCIÓN	BENEFICIOS	EFECTOS ADVERSOS
HORMONALES		
<p>T con levonogestrel (T-LNG): Es un pequeño aparato de plástico con la forma de la letra T y que contiene la hormona llamada levonogestrel. Se coloca dentro del útero y tiene una duración de 5 años.</p>	<p>Es muy eficaz. El índice de fracaso es de 0.16%, es decir, pueden embarazarse aproximadamente dos de cada 1000 mujeres que usan este método durante un año.</p>	<p>Puede causar algunas molestias como dolor leve mientras se pone o se saca, dolor en el bajo vientre y molestias generales como los otros anticonceptivos hormonales. Por su efecto sobre el endometrio puede ocasionar reglas más abundantes o amenorrea.</p>
<p>Anticoncepción hormonal de emergencia: Son píldoras anticonceptivas que se usan en dosis especiales para prevenir un embarazo no planeado o no deseado después de una relación sexual sin protección anticonceptiva.</p>	<p>De 100 mujeres que las usan se pueden embarazar entre 1 a 3, siendo las píldoras de levonogestrel más efectivas que las píldoras combinadas. Son casi 100% efectivas si se toman en las primeras 24 horas.</p>	<p>No son efectivas si hay un embarazo en curso. Pueden presentarse náuseas, vómitos, dolor de cabeza, dolor en los senos y cansancio, pero estas molestias son leves y no duran más de 24 horas.³²</p>

DESCRIPCIÓN	BENEFICIOS	EFECTOS ADVERSOS
NO HORMONALES REVERSIBLES		
<p>Dispositivos intrauterinos con cobre: Es un dispositivo que se coloca dentro del útero para evitar el embarazo. Los DIU con cobre afectan a los espermatozoides, matándolos o disminuyendo su movilidad.</p>	<p>De cada 200 mujeres que usan este método durante el período de un año, aproximadamente una puede quedar embarazada.</p> <p>La T de cobre se puede colocar en cualquier momento demostrando no estar embarazada. Duración hasta de 10 años.</p>	<p>Pueden aumentar la cantidad y duración del sangrado menstrual y ocasionar dolor abdominal bajo tipo cólico.³²</p>

DESCRIPCIÓN	BENEFICIOS	EFECTOS ADVERSOS
NO HORMONALES REVERSIBLES		
<p>Anticonceptivos de barrera masculinos (condón):</p> <p>Es una delgada funda de goma (látex) usada por el hombre para cubrir el pene.</p> <p>Anticonceptivos de barrera femeninos:</p> <p>Condón: Es una bolsa cilíndrica de un plástico fino y resistente (poliuretano), lubricada con dimeticona, que tiene dos anillos flexibles, uno interno y móvil que se usa para insertar el condón y otro externo y fijo que queda colocado fuera de la vagina.</p> <p>Diafragma: Es una membrana de látex con un borde en forma de anillo, flexible, que debe ser colocado en la vagina, cubriendo el cuello del útero.</p> <p>Espermicidas: Son productos químicos en forma de jaleas, cremas, espumas y óvulos que se colocan dentro de la vagina.</p>	<p>Condón: Es el único método que previene infecciones de transmisión sexual y evita que se dé un embarazo.</p> <p>Diafragma: Cuando el uso es correcto y consistente, pueden embarazarse alrededor de 6 de cada 100 mujeres durante un año.</p> <p>Espermicidas: Son los anticonceptivos menos efectivos. Cuando el uso es correcto y consistente, pueden embarazarse alrededor de 18 de cada 100 mujeres durante un año.</p>	<p>Condón: Es un método que no trabaja con hormonas por lo que no presenta efectos adversos al menos que se presente reacción alérgica por látex o al lubricante.</p> <p>Diafragma: alergia al látex y/o al espermicida, dolor en la vejiga y/o recto, infección urinaria, irritación cervical y/o vaginal.</p> <p>Espermicidas: reacción alérgica, candidiasis vaginal e irritación cervical y/o vaginal si se usan frecuente y de manera prolongada.</p>
<p>Método de la amenorrea de lactancia:</p> <p>Es un método anticonceptivo usado en los primeros 6 meses de post parto, por mujeres que están con lactancia exclusiva, y en amenorrea.</p>	<p>Cuando se cumplen las tres condiciones básicas, el índice de fracaso es de 0.5%, es decir, de 200 mujeres que usan el MELA durante 6 meses, una mujer puede embarazarse.</p>	<p>No produce efectos adversos.³²</p>

DESCRIPCIÓN	BENEFICIOS	EFECTOS ADVERSOS
NO HORMONALES REVERSIBLES		
<p>Métodos de abstinencia periódica: Se basan en el reconocimiento de los signos y síntomas asociados a los períodos fisiológicos de fertilidad e infertilidad.</p> <p>Ritmo o calendario: Es la identificación del período fértil, teniendo como base la historia de los ciclos menstruales de la mujer.</p> <p>Días fijos o collar del ciclo: El conocimiento del período fértil. El método es adecuado sólo para mujeres que tienen ciclos entre 26 y 32 días.</p> <p>Temperatura basal: Esta técnica considera que hay un alza térmica post-ovulatoria de aproximadamente 0.5 °C por sobre el promedio de fase folicular, la que se produce entre 2 y 3 días después del pico plasmático de LH mientras que la ovulación se produce dentro de las 24 horas que siguen al pico de LH en plasma.</p> <p>Moco cervical (Billings): Es la identificación del período fértil y del período infértil a través del moco cervical.</p> <p>Sintotérmico: Combinación de todas las técnicas para determinar el período fértil (calendario, moco cervical y temperatura basal).</p>	<p>La eficacia depende mucho de la motivación de la pareja, de la calidad de las instrucciones y de la capacidad de la mujer de reconocer el período fértil.</p>	<p>Existe una gran variabilidad en el índice de falla, esto significa que de cada 100 parejas usando estos métodos durante un año, 3 a 20 mujeres tienen la posibilidad de embarazarse.</p> <p>32</p>

DESCRIPCIÓN	BENEFICIOS	EFFECTOS ADVERSOS
PERMANENTES		
<p>Anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina (esterilización):</p> <p>Es una cirugía en la cual las Trompas de Falopio son ligadas (amarradas) y a veces ligadas y cortadas.</p>	<p>Índice de fracaso es de alrededor de 0,5% en el tiempo total de uso, algunas diferencias entre las técnicas empleadas.</p>	<p>Puede haber complicaciones poco frecuentes asociadas al procedimiento quirúrgico o a la anestesia, trauma de las vísceras abdominales, infección o hematoma.</p>
<p>Anticoncepción quirúrgica voluntaria masculina (esterilización):</p> <p>Es una cirugía pequeña en la que se cortan los conductos deferentes. El hombre no deja de eyacular pero el semen no contiene espermatozoides.</p>	<p>El índice de fracaso es de 0,1% durante todo el período de uso.</p>	<p>La vasectomía no ofrece protección contraceptiva inmediatamente después de la cirugía. Complicaciones poco frecuentes asociadas al procedimiento quirúrgico o a la anestesia, trauma de las vísceras abdominales, infección o hematoma.³²</p>

Fuente: Instituto chileno de medicina reproductiva

ANEXO 12.2 Imagen del cálculo del tamaño de muestra Epidat 3.1

Proporción de casos expuestos(%)	<input type="text" value="89.924"/>	Nivel de confianza (%)	<input type="text" value="95.0"/>
Proporción de controles expuestos(%)	<input type="text" value="84.000"/>	Calcular	Potencia (%)
OR esperado	<input type="text" value="1.700"/>	<input checked="" type="radio"/> Tamaño de muestra	Mínimo <input type="text" value="60.0"/>
Controles por caso	<input type="text" value="1"/>	<input type="radio"/> Potencia	Máximo <input type="text" value="90.0"/>
			Incremento <input type="text" value="10"/>

Potencia (%)	Si corregido	Casos	Controles
60.0	Sin corrección	317	317
	Corrección de Yates	350	350
70.0	Sin corrección	399	399
	Corrección de Yates	433	433
80.0	Sin corrección	506	506
	Corrección de Yates	540	540
90.0	Sin corrección	677	677
	Corrección de Yates	711	711



ANEXO 12.3: UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

COORDINACIÓN DE TRABAJOS DE GRADUACIÓN

CHIMALTENANGO, CHIMALTENANGO



“CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE ANTICONCEPCIÓN EN PADRES DE FAMILIA DE ADOLESCENTES ANTES Y DESPUÉS DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA”

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha y Lugar: _____

Nosotros somos estudiantes de sexto año de la carrera de Médico y Cirujano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Estamos realizando una investigación sobre conocimientos y actitudes acerca de la anticoncepción en padres de familia de adolescentes. Es importante participar en la educación del adolescente en el hogar, ya que el desconocimiento acerca de sexualidad y anticoncepción en el adolescente guatemalteco en ocasiones causa diversas consecuencias como embarazos a edad temprana, riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual, hogares disfuncionales, abandono de la escuela, incluso aumento de pobreza y desnutrición en el país. Así mismo en ocasiones tiene serias consecuencias en la dinámica familiar ya que implica un estilo de vida diferente, genera gastos económicos tanto para los afectados como para los servicios de salud en el país. Por medio de esta investigación le invitamos a que adquiera conocimiento y habilidades necesarias para educar al adolescente en el tema de anticoncepción y que éste en determinado momento tome decisiones informadas acerca del mismo. No tiene que decidir hoy si quiere participar; antes de decidirse puede hablar con alguien de confianza sobre la investigación. Por favor, deténgase ante cualquier duda que le surja al leer esta hoja, o las que se presentan después. Permita que podamos resolvérsela. Usted podrá plantear sus dudas cuando lo considere pertinente.

Estamos invitando a este estudio a padres de familia que posean hijos adolescentes de edades comprendidas entre 10 a 19 años, que residan en el departamento de Chimaltenango, para evaluar el conocimiento y actitud que tienen acerca del tema de la anticoncepción.

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted elige participar o no. En caso de no desear participar, está en todo su derecho y libertad de negarse, sin que

implique alguna consecuencia. Su hijo y usted continuarán recibiendo los servicios en esta institución, nada variará. Si cambia de opinión y decide dejar de participar, puede hacerlo aún cuando haya aceptado previamente.

El procedimiento que se llevará a cabo en su persona es el siguiente: 1 Se realizará un cuestionario, 2 Un mes después de realizado el cuestionario se proporcionará una charla en el centro educativo al que su hijo asiste, 3 Se realizará de nuevo el cuestionario para evaluar su conocimiento y actitud acerca de la anticoncepción. Por lo cual necesitamos su compromiso en asistir a todo el estudio.

La información se obtendrá por medio de un cuestionario, el cual se proporcionará a cada padre de familia de adolescentes de edades comprendidas entre 10 a 19 años que resida en el departamento de Chimaltenango; El cuestionario se llenará de forma anónima (no se solicitará el nombre que lo identifique) y su uso será completamente **CONFIDENCIAL**, lo cual significa que únicamente utilizaremos los datos que son de interés para el presente estudio, sin poner en riesgo las respuestas de la persona entrevistada. Al finalizar el llenado de los cuestionarios se realizará el análisis de los mismos para cumplir los objetivos de la investigación, posteriormente estos se destruirán para asegurar que esta información no sea utilizada por personas fuera de este estudio. Se proporcionará a las autoridades de cada centro educativo una copia de los resultados, por si usted quisiera conocerlos.

Agradecemos su colaboración en la presente investigación, ya que la información que nos proporcione será de mucha utilidad pues los resultados aportarán información importante que podrá utilizarse para la creación y promoción de nuevos planes de educación sobre anticoncepción para el adolescente desde el hogar.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

“CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE ANTICONCEPCIÓN EN PADRES DE FAMILIA DE ADOLESCENTES ANTES Y DESPUÉS DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA”

He sido invitado(a) a participar en la investigación sobre “Conocimientos y actitudes en padres de familia de adolescentes antes y después de una intervención educativa acerca de la anticoncepción”. Entiendo que se realizará un cuestionario anónimo. He sido informado sobre el manejo de información y se me ha informado acerca de los valores éticos que respaldan dicha información.

He leído y comprendido la información o me ha sido leída por un testigo que he autorizado. He tenido la oportunidad de preguntar sobre el tema que se evaluará a través del cuestionario y se ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento sin que afecte de ninguna manera los servicios prestados por la escuela de padres de la municipalidad de Chimaltenango.

Nombre del participante:

Firma y o huella digital del participante:

Fecha: _____

Si no sabe leer o escribir:

Se me ha leído el consentimiento informado por alguien de mi confianza y me han resuelto las dudas planteadas. Por lo que AUTORIZO mi participación en la presente investigación.

Confirmando que la persona ha dado consentimiento libremente:

Nombre del testigo: _____

Firma del testigo: _____

Huella del participante:

Fecha: _____

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y la persona ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que la persona ha dado consentimiento libremente y de manera voluntaria.

Nombre del investigador: _____

Firma del investigador: _____

Fecha: _____

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de consentimiento informado: _____

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE ANTICONCEPCIÓN EN PADRES DE FAMILIA DE ADOLESCENTES ANTES Y DESPUÉS DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CÓDIGO # _____

Investigador: _____ **Firma:** _____

A continuación se presentará una serie de preguntas las cuales debe responder. Toda esta información es confidencial y sus datos no se darán a conocer.

SECCIÓN 1 DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Instrucciones de llenado: A continuación debe llenar los datos que se solicitan de la siguiente manera: En fecha coloque día/mes/año. En edad coloque los años cumplidos. Con respecto a sexo, etnia, estado civil, coloque una X en la respuesta. En escolaridad coloque en la línea los años aprobados.

Fecha: ____ / ____ / ____

1. **Sexo:** Masculino ()
Femenino ()

2. **Edad:** _____ años

3. **Etnia :**
Ladino ()
Kakchiquel ()
Otro ()
Especifique _____

4. **Religión:**
Católica ()
Evangélica ()
Ninguna ()
Otra ()
Especifique _____

5. **Estado civil:**
Soltero ()
Casado ()

6. **Integración familiar:** Hogar integrado ()
Hogar desintegrado ()

7. **Escolaridad:** _____ número de años aprobados.
Ninguna ()

SECCIÓN 2 CONOCIMIENTOS ACERCA DE ANTICONCEPCIÓN

Instrucciones de llenado: Lea las siguientes preguntas con sus posibles respuestas y marque con una X la letra o casilla que considere correcta.

1. Se define anticoncepción cómo:

- a. Uso de medicamentos, o métodos como la programación de embarazos.
- b. Hablar sobre el funcionamiento de genitales en el cuerpo humano.
- c. Métodos para evitar infecciones de transmisión sexual.
- d. Uso de medicamentos, o métodos para evitar embarazos.

2. Sobre los anticonceptivos orales es correcto afirmar:

- a. Aumenta riesgo de cáncer de ovario
- b. Existe riesgo de embarazo el primer año de uso
- c. Aumenta riesgo de cáncer de ovario
- d. Aumenta riesgo de cáncer endometrio
- e. Provoca cólicos menstruales más intensos

3. Sobre los anticonceptivos inyectables es correcto afirmar:

- a. Existen inyectables mensuales, bimensuales y trimensuales.
- b. Son de uso intravenoso exclusivamente
- c. Son de uso subcutáneo
- d. Se inyectan 2 frascos en cada dosis

4. Sobre la T de cobre es correcto afirmar:

- a. No puede colocarse 1 semana después del parto
- b. Se colocan en el brazo
- c. Se coloca en el útero
- d. No puede colocarse 40 días después del parto

5. Señale el método anticonceptivo que provoca infertilidad.

- a. Inyecciones hormonales
- b. Pastillas anticonceptivas
- c. T de cobre
- d. Ninguna de las anteriores es correcta

6. Señale el método para anticoncepción que provoca sangrados menstruales irregulares.

- a. Condón
- b. Inyecciones hormonales
- c. Método del calendario
- d. Ninguna de las anteriores es correcta

7. Señale los métodos de anticoncepción que conoce:

No.	Métodos de anticoncepción	SI	NO
7.1	Acetaminofén		
7.2	Anticonceptivos orales		
7.3	Amoxicilina		
7.4	T de cobre		
7.5	Hierbas naturales		
7.6	Abstinencia periódica		
7.7	Aspirina		
7.8	Condón		
7.9	Infección por VIH		
7.10	Esterilización quirúrgica		

8. Sobre el uso de condones para la anticoncepción es correcto afirmar:

No.		SI	NO
8.1	Previene contagio infecciones transmisión sexual		
8.2	Evita embarazos		
8.3	Siempre aumenta la duración del acto sexual		
8.4	Costos elevados		
8.5	Puede provocar alergia por ser de látex		
8.6	Es accesible		
8.7	Es 100% efectivo		
8.8	No evita contagio de VIH		
8.9	Existen condones femeninos		
8.10	No existen de látex		

9. Señale los beneficios del uso de anticonceptivos hormonales:

No.	Beneficios	SI	NO
9.1	Evita embarazos no deseados		
9.2	Previene contagio infecciones transmisión sexual		
9.3	Protege contra cáncer ovario		
9.4	Es inaccesible en los puestos de salud		
9.5	Existen inyectados y orales		
9.6	Causan muerte		
9.7	Puede prevenir anemia ferropriva		
9.8	Disminuye incidencia de verrugas genitales		
9.9	Disminuye cólicos menstruales		
9.10	Disminuye el dolor de cabeza		

10. Señale efectos adversos que puede ocasionar el uso de métodos anticoncepción.

No.	Efectos adversos	SI	NO
10.1	Irregularidad menstrual		
10.2	Aumenta el cólico menstrual		
10.3	Alteraciones en el peso		
10.4	La T de cobre previene infecciones de transmisión sexual		
10.5	Dolor de cabeza		
10.6	Provoca cáncer de ovario		
10.7	Sensibilidad mamaria		
10.8	El condón aumenta el riesgo de contraer VIH		
10.9	Náuseas		
10.10	No provoca alergias		

SECCIÓN 3 ACTITUDES ANTE LA ANTICONCEPCIÓN

Instrucciones de llenado: Lea cada pregunta y se colocará una X en la casilla que considere correcta.

#	Pregunta	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni desacuerdo	Desacuerdo
1	Considera importante que se hable sobre anticoncepción al adolescente en el hogar				
2	Considera importante que se hable sobre anticoncepción al adolescente en la escuela				
3	Considera importante como padre, informarse sobre los métodos anticonceptivos disponibles				
4	Apoyaría que su hija(o) adolescente utilice algún método de anticoncepción				
5	Aceptaría usted charlas informativas sobre métodos anticonceptivos dirigidas a usted				
6	Considera usted indispensable brindar educación sobre el tema de anticoncepción en el adolescente para evitar embarazos no deseados.				
7	Acompañaría usted a su hijo(a) al centro de salud para que él(ella) obtenga información sobre anticoncepción				
8	Acepta usted que se tengan disponibles los métodos de anticoncepción gratis en los puestos y centros de salud				
9	El uso de métodos de anticoncepción en adolescentes está avalado por sus creencias religiosas				
10	El uso de métodos de anticoncepción en adolescentes está avalado por su comunidad				

¡Muchas gracias por su apoyo al llenar este cuestionario!

ANTICONCEPCIÓN

Es un conjunto de métodos o uso de medicamentos, cuya finalidad es prevenir los embarazos.



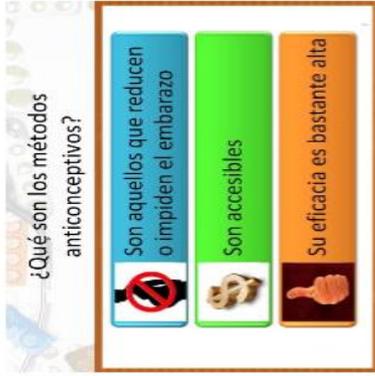
Fuente: <https://pt.depositphotos.com/102279090/stock-illustration-world-aids-day-with-condom.html>



Fuente: <https://cuidateplus.marca.com/sexualidad/test-anticoncepcion/Inicio.html>

¿Estamos informando y asesorando adecuadamente a los adolescentes?

¿El acceso a los métodos es adecuado?



Fuente: <https://diariocorreo.pe/ciudad/el-87-de-mujeres-no-usan-metodos-anticonceptivos-656485/>

¿COMO ACTÚAN GENERALMENTE?

Impiden el paso de los espermatozoides hacia los óvulos.

Impiden que los ovarios de la mujer liberen óvulos que puedan ser fertilizados.

Esterilización, que impide de forma permanente que una mujer se embarace o que un hombre pueda embarazar a una mujer

Ahora te explicamos brevemente cuáles son estos anticonceptivos



Fuente: <https://metodos-anticonceptivos.com>

ESECTOS ADVERSBOS

- Náuseas
- Vómitos
- Dolor de cabeza
- Mareos
- Inapetencia sexual
- Alteración del carácter
- Alteración en el ciclo
- Aumento de peso
- Incomodidad

LA EDUCACIÓN SOBRE ANTICONCEPCIÓN ES FUNDAMENTAL PARA NUESTROS ADOLESCENTES ¡AYUDEMOS A QUE PUEDAN ORIENTARSE CORRECTAMENTE!



Fuente:
<http://mundoinfantil3.blogspot.com/2012/08/adolescencia-una-crisis-en-el-hijo-2.html>

ABSTINENCIA
La manera más eficaz de evitar un embarazo es no tener relaciones sexuales.



Fuente: <http://eltopper.com/sexolodas-estas-cosas-malas-podrian-pasarte-por-falta-de-sexo/>

Beneficios de los Métodos anticonceptivos

- Regular el ciclo menstrual
- Disminuye el dolor
- Reduce los cambios de humor
- Almacén anti-é Histeriano (auto-asado)
- Protección de infecciones de la salud reproductiva con el embarazo no deseado y Anemias
- Regulación el riesgo del Cáncer Endometrial y Ovariano
- Protección de la salutaridad de Endometrios y Anemias

¡OJO: Enfermedades de Transmisión Sexual!
 No te protegen de las

USA PRESERVATIVO!

Fuente: <https://medicacentrem.org/la-guía-beneficios-de-los-métodos/>

Uso correcto del condón

Malden
 Cuidado con tu salud

Para 2: Abrir el envoltorio de control por la parte de dentro en una mano. No tirar el papel, borrar y volver a usarlo. Se debe usar con el rollo que tiene el líquido antideslizante.

Para 3: Abrir, sacar el condón cuidadosamente sin romperlo. Se debe usar el condón que está en el rollo. Se debe usar el condón que está en el rollo.

Para 4: Después de haber usado el condón, se debe tirar el condón en un bote de basura. No se debe volver a usar.

<https://www.pinterest.se/pin/475270568910439140>

Ventajas del uso del condón:

- Efectivo si se utiliza correctamente.
- De los métodos anticonceptivos que brinda protección contra las ITS.
- Fácil de conseguir.
- Sin efectos secundarios (exceptuando alergia al látex, lo cual es bastante raro).
- No afecta la lactancia.
- No interfiere en procesos hormonales.
- Económicamente accesible.

Fuente:
https://www.google.com/gls/search?q=ventajas+de+uso+del+condon&source=ims&btn=i&sch&sa=X&ved=2ahUKEWjGxe_47LaahUQoVMKH4IDRkQ_AUoAXoECoAAQAw#imgrc=Uh_ALA7rJUO9WM

ANTICONCEPCIÓN



Fuente: <https://cuidateplus.marca.com/sexualidad/test-anticoncepcion/inicio.html>

- ¿Estamos informando y asesorando adecuadamente a los adolescentes?
- ¿El acceso a los métodos es adecuado?



¿QUE ES LA ANTICONCEPCIÓN?

- Es un conjunto de métodos o uso de medicamentos, cuya finalidad es prevenir los embarazos.



Fuente: <https://i.pinimg.com/originals/62/27/90/622790961e1c0c-illustration-world-anti-day-with-condom.html>

¿CÓMO ACTÚAN GENERALMENTE?

- Impedir el paso de los espermatozoides hacia los óvulos.
- Impedir que los ovarios de la mujer liberen óvulos que puedan ser fertilizados.
- Esterilización, que impide de forma permanente que una mujer se embarace o que un hombre pueda embarazar a una mujer

TIPOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS



Fuente: <https://www.zoostle.com/waue/7k1833/wonlaxras.com/2016/11/06/definiciones/ama/?source=sawaze>

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS



Fuente: 1. <https://icsmontequinto.wordpress.com/2017/03/24/anticonceptivos-que-debes-saber-anticoncepcion-hormonal-4/>

ANEXO 12.6

Tabla 12.6.1
Resultado de la intervención en el conocimiento de los padres de familia
antes y después de la intervención educativa
octubre - noviembre del 2017

	Conocimiento deficiente después	Conocimiento aceptable después	Total
Conocimiento deficiente antes	108	322	430
Conocimiento aceptable antes	28	109	137
Total	136	431	567

McNemar 246 Valor- p= 0.000

Tabla 12.6.2
Asociación entre el nivel de conocimiento y escolaridad de los padres de
familia antes de la intervención educativa
octubre - noviembre del 2017

	Menor de 6 años de escolaridad	Mayor o igual de 6 años de escolaridad	Ninguna	Total
Conocimiento deficiente	125	295	34	454
Conocimiento aceptable	31	121	1	153
Total	156	416	35	607

Tau C Kendall 0.013

Tabla 12.6.3
Asociación entre el nivel de conocimiento y escolaridad de los padres de familia después de la intervención educativa
octubre - noviembre del 2017

	Menor de 6 años de escolaridad	Mayor o igual de 6 años de escolaridad	Ninguna	Total
Conocimiento deficiente	41	89	6	136
Conocimiento aceptable	109	293	29	431
Total	150	382	35	567

Tau C Kendall **0.046**

Tabla 12.6.4
Asociación entre el conocimiento y la edad de los padres de familia antes de la intervención educativa
octubre - noviembre del 2017

	Menor de 35 años	Mayor o igual a 35 años	Total
Conocimiento deficiente	166	288	454
Conocimiento aceptable	45	108	153
Total	211	396	607

Chi-cuadrado 2.581

V de Cramer 0.065

Valor- p= 0.108

Tabla 12.6.5
Asociación entre el conocimiento y la edad de los padres de familia después
de la intervención educativa
octubre - noviembre del 2017

	Menor de 35 años	Mayor o igual a 35 años	Total
Conocimiento deficiente	36	100	136
Conocimiento aceptable	155	276	431
Total	191	376	567

Chi-cuadrado 4.170

V de Cramer 0.086

Valor- p= 0.041

Tabla 12.6.6
Asociación entre el conocimiento y la religión de los padres de familia antes
de la intervención educativa
octubre - noviembre del 2017

	Practicante	No practicante	Total
Conocimiento Deficiente	422	32	454
Conocimiento aceptable	139	14	153
Total	561	46	607

Chi-cuadrado 0.722

V de Cramer 0.034

Valor - p= 0.396

Tabla 12.6.9
Asociación entre actitud y escolaridad de los padres de familia después de
la intervención educativa
octubre - noviembre del 2017

	Menor de 6 años de Escolaridad	Mayor o igual de 6 años de escolaridad	Ninguna	Total
Actitud muy buena	17	54	14	85
Actitud buena	109	282	17	408
Actitud regular	24	46	3	73
Actitud mala	0	0	1	1
Total	150	382	35	567

Tau C de Kendall 0.074

Valor - p= 0.13

Tabla 12.6.10
Asociación entre actitud y edad de los padres de familia antes de la
intervención educativa
octubre - noviembre del 2017

	Menor de 35 años	Mayor o igual a 35 Años	Total
Actitud muy buena	19	21	40
Actitud buena	148	227	375
Actitud regular	40	147	187
Actitud mala	4	1	5
Total	211	396	607

Chi-cuadrado
V de Cramer

+25.778
0.206

3 grados de libertad

Tabla 12.6.11
Asociación entre actitud y edad de los padres de familia después de la
intervención educativa
octubre - noviembre del 2017

	Menor de 35 años	Mayor o igual a 35 años	Total
Actitud muy buena	37	48	85
Actitud buena	138	270	408
Actitud regular	15	58	73
Actitud mala	1	0	1
Total	191	376	567

Chi-cuadrado 11.300 3 grados de libertad
V de Cramer 0.141

Tabla 12.6.12
Asociación entre actitud y religión de los padres de familia antes de la
intervención educativa
octubre - noviembre del 2017

	Practicante	No practicante	Total
Actitud muy buena	38	2	40
Actitud buena	345	30	375
Actitud regular	174	13	187
Actitud mala	4	1	5
Total	561	46	607

Chi-cuadrado 1.681 3 grados de libertad
V de Cramer 0.053

Tabla 12.6.13

**Asociación entre actitud y religión de los padres de familia después de la
intervención educativa
octubre - noviembre del 2017**

	Practicante	No practicante	Total
Actitud muy buena	81	4	85
Actitud buena	378	30	408
Actitud regular	65	8	73
Actitud mala	1	0	1
Total	525	42	567

Chi-cuadrado
V de Cramer

2.329
0.064

3 grados de libertad