

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias de la Salud

**Conocimientos y actitudes sobre anticoncepción y
sexualidad en adolescentes de la Unidad Educativa de
Tumbaco, antes y después de un programa de intervención
Proyecto de Investigación**

Carolina Elizabeth García Rodríguez

Medicina

Trabajo de titulación presentado como requisito
para la obtención del título de
Médico

Quito, 14 de Diciembre de 2015

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO CIENCIAS DE LA SALUD

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

Conocimientos y actitudes sobre el conocimiento de anticonceptivos y educación sexual de adolescentes de la Unidad Educativa de Tumbaco, antes y después de un programa de intervención

Carolina Elizabeth García Rodríguez

Calificación:

A

Nombre del profesor, Título académico

Marisol Bahamonde, Médico

Firma del profesor

Quito, 14 de Diciembre de 2015

Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombres y apellidos: Carolina Elizabeth García Rodríguez

Código: 00024337

Cédula de Identidad: 1721540415

Lugar y fecha: Quito, Diciembre de 2015

RESUMEN

Introducción: La adolescencia es un periodo de formación de criterio a través de experimentación. Esto puede llevar a conductas de riesgo, entre las cuales está llevar una vida sexual activa sin adecuados conocimientos de salud sexual y reproductiva. Esto a su vez lleva como consecuencia al embarazo precoz en adolescentes, el cual tiene impacto en factores sociales como escolaridad y también en la mortalidad de mujeres y niños. En el Ecuador, se han desarrollado múltiples estrategias gubernamentales como el ENIPLA (Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes, ahora denominado Plan Familia Ecuador, con el objetivo de combatir las consecuencias del embarazo en adolescentes. El ENIPLA diseñó un programa de intervención de salud sexual y reproductiva, basado en derechos. El objetivo de este estudio es determinar si existe una diferencia entre grupo experimental y control pre y post intervención, al aplicar dicho programa a adolescentes pertenecientes a un colegio público en Tumbaco, Ecuador.

Metodología: Se invitó a participar a 990 estudiantes, 64 estudiantes no cumplieron criterios de inclusión y 140 no pudieron participar por logística de tiempo. A los 786 estudiantes que participaron, se aplicó el cuestionario validado Beckwith (2006), 118 estudiantes no completaron la encuesta pre intervención. Se aplicó el programa de intervención al grupo experimental. Luego de la intervención, todos los estudiantes de grupo control y experimental llenaron nuevamente el cuestionario. Se realizó, por medio de SPSS Versión 23, la prueba de T de student para muestras independientes, dependientes y ANOVA. Adicionalmente se realizó chi-cuadrado para determinadas variables categóricas.

Resultados: El tamaño de muestra final para el análisis fue de 582 estudiantes (grupo experimental $n = 256$ y grupo control $n = 326$). Se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.001$) en el grupo experimental luego de la intervención en comparación con grupo control en el área de conocimientos de anticonceptivos, y salud sexual y reproductiva. No se logró encontrar una diferencia estadísticamente significativa $p > 0.573$ post intervención en el área de violencia y derechos de salud sexual y reproductiva. Se evidenció que la mayoría de hombres y mujeres tuvieron su primer encuentro sexual a la edad de 15 a 16 años. El porcentaje de individuos que son sexualmente activos aumenta directamente proporcional con la edad.

Conclusiones: Se logró ver una diferencia estadísticamente significativa en el grupo que recibió la intervención en cuanto a conocimientos de cómo utilizar un condón y sobre infecciones de transmisión sexual y modo de transmisión de las mismas. No obstante, no se pudo lograr una diferencia en todos los aspectos que cubría la intervención como actitudes, violencia y derechos de salud sexual y reproductiva. Este estudio, así como estudios similares, demuestran que para lograr impacto en factores sociales y el ambiente cultural se requiere de intervenciones de mayor duración.

Palabras clave: adolescentes, conocimientos, actitudes, salud sexual y reproductiva

ABSTRACT

Introduction: Adolescence is a period in life of forming judgment by experimentation. This can lead to risk taking behaviors such as sexual activity without proper knowledge of reproductive health. This can have consequences like an unplanned teen pregnancy: situation that has a great impact in social factors like school drop out rates and also on maternal and child mortality. In Ecuador there have been multiple strategies created by the government; one of those known as ENIPLA, nowadays called Family Plan Ecuador with the purpose of preventing the consequences of unplanned teen pregnancy. The ENIPLA designed an educational curriculum of knowledge and attitude of sexual and reproductive Health. This study aimed to evaluate if there is a difference between a group that receives educational intervention and a control group in teenagers of a public school in Tumbaco, Ecuador.

Methods: We assessed 990 students, 64 did not meet the inclusion criteria and 140 could not participate due to time logistics. We used as measuring tool a Beckwith validated survey (2006) to the remaining students. 118 did not complete the survey. We applied the interventional program to the experimental group. Post intervention, all the students of control and experimental group completed the survey once again. Sample analysis was done using student T test for independent, dependent samples and ANOVA using SPSS Version 23. We also used chi-square for some categorical variables.

Results: The final sample size for analysis was 582 (experimental = 256 and control group n = 326). We found a statistical significant difference ($p < 0.001$) in the experimental group after the intervention in comparison to the control group in the topics of knowledge about contraception, and of sexual and reproductive health. We failed to prove a difference $p > 0.573$ after the intervention in the topics of violence and of sexual and reproductive health rights. An additional finding was that the majority of men and women in the study had their first sexual encounter between the ages of 15 and 16. The percentage of sexually active individuals increases in parallel with age.

Conclusions: We were able to determine that there is a statistical significant difference in knowledge between the group that had the education intervention. Nevertheless we failed to find such a difference in other aspects that were included in the intervention. This study, as well as similar studies, demonstrate that the social factors and cultural environment required longer interventions and a more complex design.

Key words: adolescents, knowledge, attitudes, sexual and reproductive health

TABLA DE CONTENIDO

Introducción.....	9
Metodología.....	13
Resultados	20
Discusión	29
Conclusiones	34
Referencias bibliográficas.....	35
Anexo A: Encuesta Parte I Estado Socio económico.....	37
Anexo B: Encuesta Parte II Escala de Autoestima de Rosenberg	38
Anexo C: Encuesta Parte III Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva.....	39

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla No 1 Puntaje total de Escala de Autoestima de Rosenberg	22
Tabla No 2 Frecuencia de relaciones sexuales y Edad.....	23
Tabla No 3 Datos demográficos grupo control vs. grupo experimental.....	25
Tabla No 4 Vergüenza de comprar y usar un condón y Sexo.....	28

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Progresión de exclusión de estudiantes.....	14
Figura 2 Estado Socioeconómico.....	20
Figura 3 Autoestima.....	21
Figura 4 Autoestima y Sexo.....	21
Figura 5 Relaciones sexuales y Sexo.....	22
Figura 6 Primera relación sexual, sexo y edad.....	24
Figura 7 Relaciones sexuales y Edad.....	24
Figura 8 ANOVA Conocimientos pre y post intervención.....	27

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un periodo de la vida en el cual la persona está empezando a formar su criterio a través de la experimentación, esto puede llevar a conductas de riesgo. Una de las conductas de riesgo más importantes es la concerniente a la sexualidad, y tiene como consecuencias embarazos no planeados y enfermedades de transmisión sexual. El embarazo precoz en adolescentes causa ausentismo estudiantil, terminación precoz de la educación, y representa una importante carga económica al sistema de salud y al país (Chacko, 2013).

Aproximadamente 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años dan a luz cada año. Esta cifra representa el 11% de la natalidad mundial (OMS, 2009). Hay ciertas áreas en las cuales las cifras son más alarmantes. La Comisión Económica de América Latina y el Caribe reporta que 18% de niños son producto de embarazo de adolescentes (UNFPA, 2010). Se ha reportado una disminución de la tasa de fertilidad de adolescente del 2000 al 2010 en América latina. En el Ecuador disminuyó pero en cantidad poco motivadora (<-4%) en comparación a otros países de la región como Colombia (-25%), Haití (-23%), Costa Rica, El Salvador y Perú (-21%) (The World bank, 2012).

El Ecuador es sexto país con mayor tasa de fertilidad de adolescentes en América Latina, se calcula que 20% de las mujeres entre 15 a 19 años reportan embarazo (Goicolea, 2009). De acuerdo al censo del 2010, 2.080 niñas de 10 a 14 años han experimentado la maternidad. En total, 17.2% de las adolescentes ya habían tenido un hijo (The World bank, 2012). Los embarazos de adolescentes de 15 a 19 años tienen una mortalidad infantil de 32 por 1000 nacidos vivos (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2007), esta misma tasa en la población general es mucho más baja (12.76 por 1000 nacidos vivos) (INEC, 2012).

El embarazo adolescente es un tema preocupante, particularmente debido a que el cuerpo de las adolescentes no ha llegado al desarrollo completo como para poder tener un

embarazo y parto seguros. Debido a los posibles eventos adversos, el embarazo en adolescentes es considerado como embarazo de alto riesgo. Uno de estos riesgos y posiblemente el más mortal son las distocias, lo cual puede llevar a ruptura uterina y, si no se maneja de inmediato, llevará a la muerte materna (OMS, 2009).

Los embarazos no deseados son más propensos a tener hijos con bajo peso al nacer en comparación con embarazos planeados (Eggleston, 2001) contribuyendo a la morbi-mortalidad infantil, de manera que disminuir el número de embarazos no deseados potencialmente reducirá el número de infantes con bajo peso al nacer favoreciendo la condición de salud, no solo materna, sino también neonatal.

La falta de conocimiento de salud sexual y reproductiva y falta de utilización de una correcta planificación familiar lleva a varias consecuencias como: infecciones de transmisión sexual, abandono escolar (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2007), disfunción familiar, menos satisfacción de vida en general, más dificultades económicas (Guijarro et al, 1999) drogas, y criminalidad. En el reporte de políticas de salud y derechos sexuales reproductivos del Consejo Nacional de Salud del Ecuador se reporta que solamente el 6% de adolescentes de 15 a 19 años con actividad sexual utilizaba algún método anticonceptivo (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2007). Esta cifra se correlaciona con los hallazgos de un estudio en un suburbio de Quito donde se encontró que el 51% de adolescentes dicen no haber recibido información acerca de planificación familiar, a pesar de que un 40.7% ya había iniciado vida sexual, a un promedio de edad de aproximadamente 14 años (Beckwith, 2006).

Un estudio realizado en el año 2004 en Guayaquil, determinó que los principales factores asociados a embarazo de adolescentes eran estado socio-económico bajo, inicio de actividad sexual temprana, pobre conocimiento de salud reproductiva y disrupción de la estructura familiar (Chedraui et al, 2004).

Un estudio de corte transversal realizado en 552 adolescentes masculinos y femeninos de segundo y tercero de bachillerato de colegios públicos y privados de un suburbio de Quito, encontró que el 40% de adolescentes dice no hablar acerca de salud sexual y reproductiva con sus padres (Beckwith, 2006). Esto puede sugerir que el tema de sexualidad sufre de un mayor tabú que otras conductas de riesgo de la adolescencia.

Esta situación preocupante ha llevado a que se tomen medidas gubernamentales por medio de los Ministerios de Salud pública, Educación y de Inclusión Económica y Social. Se estableció la ENIPLA (Estrategia Nacional Intersectorial de Planificación Familiar y Prevención del Embarazo en Adolescentes) que tiene como objetivos: “prevenir el embarazo en adolescentes, disminuir el número de embarazos no planificados, prevenir la mortalidad materna, prevenir la violencia sexual y el embarazo como una de las consecuencias de la misma” (Ministerio de Coordinador de desarrollo social: ENIPLA, 2013). En Febrero 2015 la ENIPLA pasa a llamarse “Plan Familia Ecuador”. El principal cambio es el énfasis en mostrar a los padres de familia como entidad inicial de comunicación de salud sexual y reproductiva con los adolescentes, en lugar de los proveedores de salud como los centros de salud (Estrella, 2015).

Desde el 2004 se ha realizado varias actividades gubernamentales por medio de ENIPLA con respecto al mejoramiento de acceso de salud reproductiva y sexual. En la reforma del sector de salud para acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva se determinó “ampliar los servicios de salud a adolescentes y promover su derecho la atención de su salud sexual y reproductiva, reconociendo su autonomía y derecho a decidir” (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2007). Es de gran importancia determinar si ahora en el 2013 ha habido cambios importantes en comparación con el estudio del 2004. La evidencia demuestra que el acceso a servicios ha mejorado no obstante el número de embarazos en adolescentes no ha disminuido sino se ha mantenido (Ecuador Endemain,

2004), eso indica que es posible que hayan otros factores determinantes para lograr una disminución significativa de embarazos en adolescentes. Es importante notar que en el Ecuador hay un desfase significativo entre las mujeres que conocen sobre métodos anticonceptivos y las mujeres que los utilizan. En la encuesta sobre salud materna e infantil del Endemain, se encontró que aunque el 93.5% de las encuestadas conocía sobre métodos anticonceptivos, el 45.2% de ellas no desea usarlos. Solamente un 6.5% de las encuestadas, no conocía sobre métodos anticonceptivos (Ecuador Endemain, 2004). De la misma manera es importante determinar si un programa de intervención en un grupo piloto tiene impacto en disminución de las conductas de riesgo.

El objetivo de este estudio es determinar si existe una diferencia significativa en grupo que recibe intervención en comparación con grupo control.

METODOLOGÍA

Diseño de proyecto

Tipo de estudio

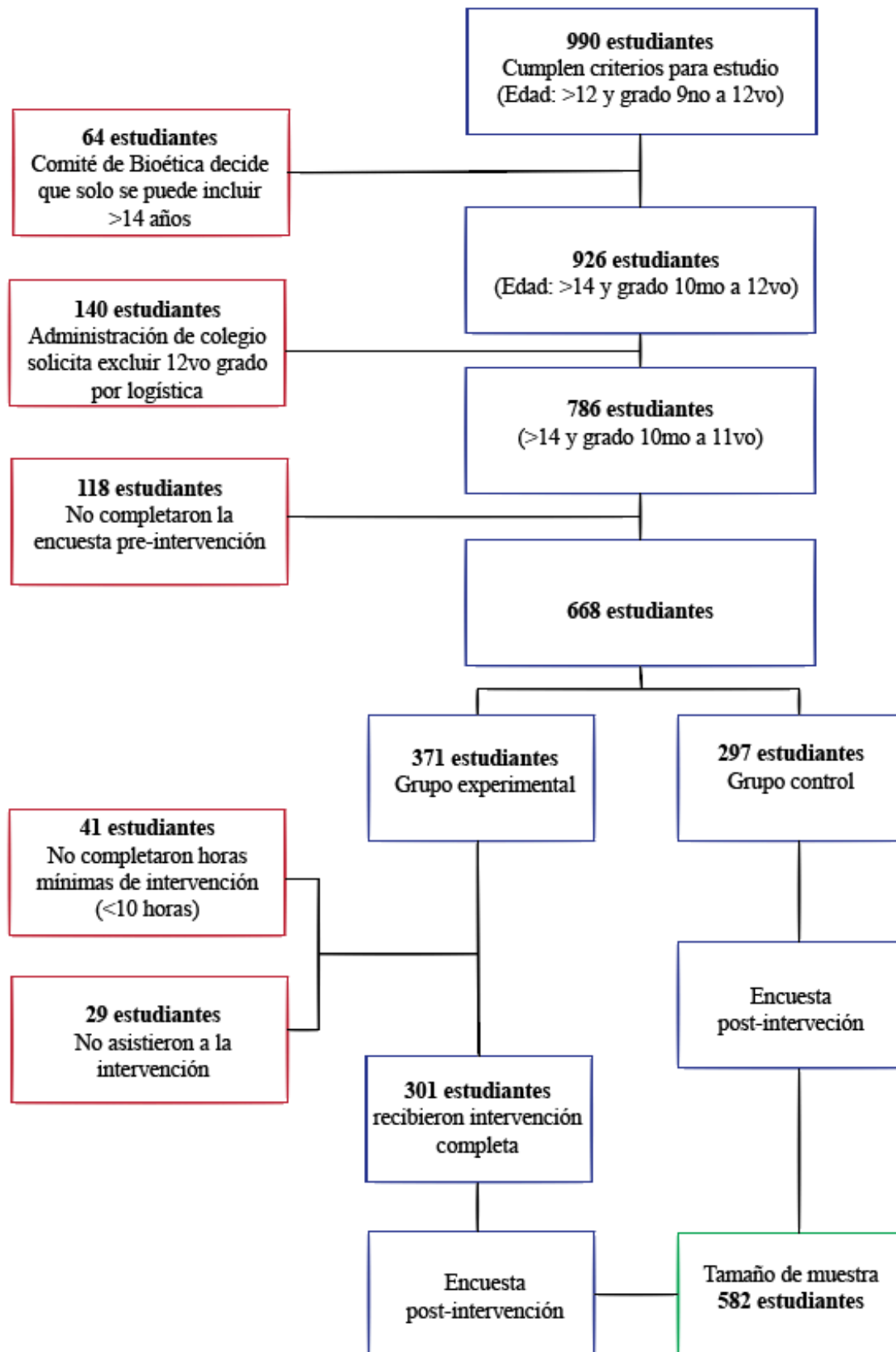
Cuasi-experimental no cegado, aleatorización por grupo, con grupo control y experimental. La encuesta pre-intervención fue aplicada a todos los estudiantes que cumplieron los criterios de inclusión y la intervención se realizó al grupo experimental seleccionado al azar. Luego de la intervención se volvió a aplicar la encuesta a todos los estudiantes participantes. Al final del estudio el grupo control recibirá la misma intervención como planificación por parte del Municipio. El estudio se desarrolló de Marzo 2014 a Mayo 2014.

Universo y muestra

La población a estudiar son adolescentes pertenecientes a décimo de básica de matutino y vespertino, y primero, segundo y tercero de bachillerato de matutino de la Unidad Educativa de Tumbaco. Este colegio se encuentra en la parroquia de Tumbaco, perteneciente al cantón Quito. Las familias de esta parroquia tienen como mayores actividades económicas la agricultura, construcción y trabajo doméstico. Según la encuesta de ingresos del INEC la mayoría de las familias de esta zona pertenecen a los deciles 5 y 6 de ingresos.

Se invitó a participar a 990 adolescentes masculinos y femeninos de 14 a 21 años de edad de la Unidad Educativa de Tumbaco, el cual es un colegio público perteneciente a la red de educación pública del Ministerio de Educación del Ecuador. Se calculó el tamaño de muestra mínimo necesario para poder obtener resultados significativos. Con la población de 990, intervalo de confianza de 95% y margen de error de 5% se obtuvo como resultado que se necesita un tamaño de muestra mínimo de 277 estudiantes.

Figura 1 Progresión de exclusión de estudiantes. Tamaño de muestra final n=582.



Criterios de inclusión:

- a. Oficialmente inscritos en la Unidad Educativa de Tumbaco.
- b. Se encuentran cursando décimo de básica de matutino y vespertino, y primero, segundo y tercero de bachillerato de matutino durante el periodo del estudio.
- c. Que sean \geq de 14 años o \leq de 21 años de edad.

Criterios de exclusión:

- d. Niños menores de 14 años que se encuentren inscritos en los cursos mencionados anteriormente.
- e. Adolescentes mayores de 21 años que se encuentren inscritos en los cursos mencionados anteriormente.
- f. Adolescentes que durante el estudio dejen de pertenecer a la Unidad Educativa de Tumbaco.

Variables

Se utilizó como variable independiente la participación en programa de intervención.

Las variables dependientes serán los conocimientos acerca del uso de anticonceptivos y educación sexual.

Las preguntas de la encuesta dirigidas a conocimientos de anticonceptivos, salud sexual y reproductiva son:

1. Conocimiento de algún método anticonceptivo (2 Puntos)
2. Conocimiento de alguna enfermedad de transmisión sexual (2 Puntos)

3. Si piensa que las pastillas anticonceptivas protegen contra el VIH/SIDA (2 Puntos)
4. Si sabe como usar un condón correctamente (2 Puntos)
5. Si sabe como contraer una enfermedad de transmisión sexual sin tener sexo (2 Puntos)

Puntaje total: 10/10

La pregunta de la encuesta relacionada con violencia y derechos de salud sexual y reproductiva es:

1. Cuándo es aceptable negarse a tener relaciones sexuales
 - a. Nunca, en ninguna situación (0 Puntos)
 - b. Solo a veces, depende en la situación (1 Punto)
 - c. Siempre, en cualquier situación (2 Puntos)

Las preguntas de la encuesta dirigidas a actitudes de educación sexual son:

1. Tendrías vergüenza de comprar un condón (2 Puntos)
2. Tendrías vergüenza de usar un condón (2 Puntos)

Grupo control vs Grupo experimental

Existen múltiples clases en cada grado y del paralelo décimo existen clases de vespertino y matutino. Se realizó una selección al azar de las clases para determinar que grados recibirían la intervención y quiénes no.

Intervención directa

Se utilizó el Programa de Derechos, Salud Sexual y Reproductiva con Énfasis en Prevención del Embarazo en Adolescentes, Violencia, ITS y VIH-SIDA el cual fue desarrollado por Unidad de Salud de la Administración Zonal de Tumbaco dentro del Programa Jóvenes Q del Distrito Metropolitano de Quito y a través de la Secretaria de Salud, basados en los contenidos del ENIPLA. El objetivo del programa es garantizar la educación, información y difusión para el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos entre la población adolescente y joven, posibilitando la toma de decisiones autónomas con respecto a derechos sexuales y reproductivos y por este medio mejorar la atención, el acceso y el uso adecuado de métodos anticonceptivos seguros, modernos y de prevención de ITS-VIH, previniendo la violencia entre la población Joven y adolescente del Distrito Metropolitano de Quito. El programa de intervención tiene duración de >10 horas no obstante debido a restricción de tiempo fuera de clase establecidas por la administración del colegio, se adaptó el programa a duración de 8 horas y se lo dividió en dos días para cada curso.

Instrumento utilizado

Se utilizó como instrumento la encuesta de título “Una encuesta para analizar los determinantes de conocimiento y actitudes hacia sexualidad y salud reproductiva entre adolescentes de colegios públicos” (ver adjunto). Este encuesta ya fue utilizada y validada en un estudio anterior con el título “Conocimientos, actitudes y practicas en salud sexual y reproductiva: Valle de los Chillos, Rumiñahui, Pichincha, Ecuador” (Beckwith, 2006). Adicionalmente se utilizó encuestas validadas y traducidas al español acerca del estado socio-económico y de autoestima con el fin de analizar posibles factores confusores (ver adjunto). Todas las encuestas fueron llenadas por cada participante de manera individual. Los mismos instrumentos fueron utilizados pre y post programa educativo de intervención.

Tabulación y análisis:

Los datos recolectados en la encuesta fueron ingresados en el programa SPSS versión 23. La encuesta acerca de conocimientos y actitudes y prácticas contiene preguntas en su mayoría de naturaleza categórica. El primer abordaje para el análisis de conocimientos y actitudes de salud sexual y reproductiva fue de asignar un puntaje individual a las preguntas y analizar si hay una diferencia significativa en el puntaje total pre y post intervención. Se realizó un análisis de t de student para muestras pareadas con el fin de determinar si hay una diferencia significativa entre las medias de los puntajes de los estudios de pre y post intervención. Para las preguntas de conocimientos se asignó un puntaje a las 5 preguntas con un valor a cada una de 2 puntos y un puntaje total máximo de 10/10. Se calculó el puntaje total pre intervención y post intervención para cada sujeto de estudio. Se procedió a realizar prueba de T de student para muestras pareadas (*within subjects*). Luego se realizó prueba de T de student para muestras independientes (*between subjects*). Por último, se realizó la prueba de ANOVA una vez calculada la diferencia de los puntajes. Para las preguntas de violencia fue un puntaje 3/3 y para pregunta de actitudes de 4/4 y se realizó el mismo análisis antes mencionado.

Para determinadas variables categóricas se realizó un análisis utilizando prueba de Chi-cuadrado. Para datos faltantes se aplicó la Prueba de Little's MCAR. Esta tuvo un resultado de >0.05 ($p = 0.087$) lo cual es no estadísticamente significativo por lo que se rechazó la hipótesis nula y se puede concluir que los valores faltantes son completamente al azar. Luego de realizar la prueba de Little's MCAR se procedió a reemplazar los valores faltantes con técnica de expectación-maximización (EM)

Se tomaron en cuenta como factores asociados y posibles confusores: edad, sexo, y otros como estado socio-económico, autoestima y el estado actual de salud reproductiva y sexual

(estado civil, relación romántica, relaciones sexuales, hijos). Para estos datos se utilizarán las encuestas de estado socio-económico, autoestima, y ciertas preguntas de la encuesta de conocimientos, actitudes y practicas en salud sexual y reproductiva, respectivamente (ver adjunto). Todos estos factores pueden ser obtenidos de las respuestas dadas a las preguntas en el cuestionario. A pesar de que anteriormente se mencionó la estructura familiar como factor asociado, en la encuesta que se va a realizar no se utilizarán preguntas acerca de este factor.

Almacenamiento de datos:

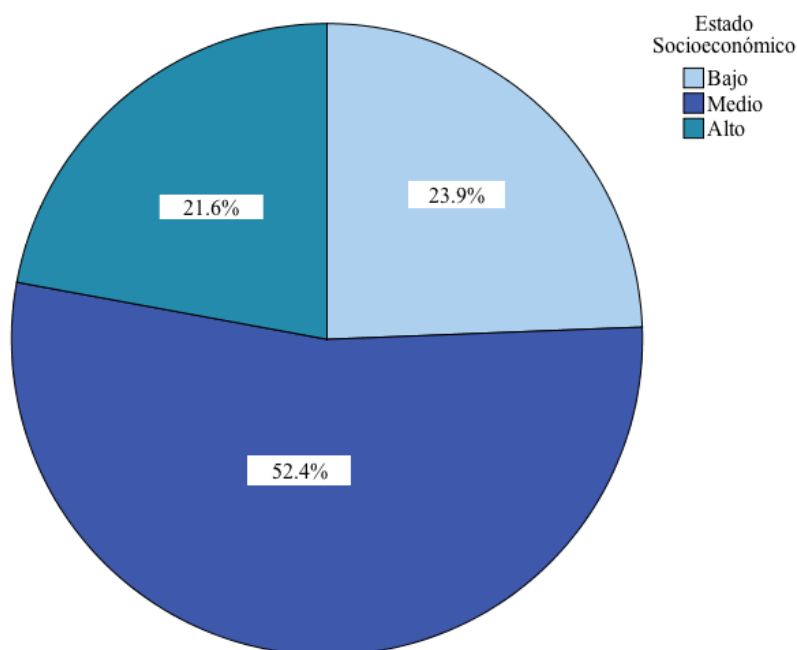
Los datos fueron almacenados mediante códigos asignados en forma electrónica en la base de datos creada en SPSS Versión 23 en las computadoras de la investigadora principal y las co-investigadoras. Todos los datos identificables fueron desechados.

RESULTADOS

Características generales de la población de estudio

La muestra final que se obtuvo luego de la progresión de exclusión representada en Figura 1, fue de $n = 582$. El promedio de edad de la población estudiada fue de 15.70 años dentro de rango de 14 a 21 años. La mayoría son de sexo femenino (60% vs 40%). La mayoría de individuos en la población estudiada son de estado socioeconómico medio (Figura 2).

Figura 2 Estado Socioeconómico



La mayoría de la población estudiada no ha tenido relaciones sexuales, 70.3% vs los que si han tenido que son 29.7%. Más hombres en comparación a mujeres respondieron que si han tenido relaciones sexuales (Figura 3). La mayoría de hombres y han mujeres que han tenido relaciones sexuales reportaron que tuvieron su primer encuentro sexual entre 15 y 16

años (Figura 4). Se pudo evidenciar de la población que reportó tener relaciones sexuales el porcentaje aumentaba conforme aumentaba la edad (Figura 5 y Tabla 1).

Figura 3 Relaciones sexuales y Sexo

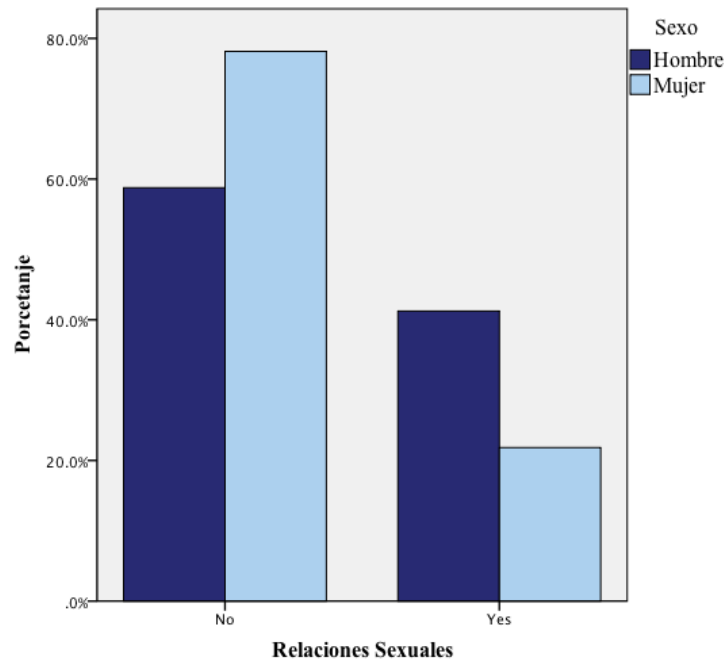


Figura 4 Primera relación sexual, sexo y edad

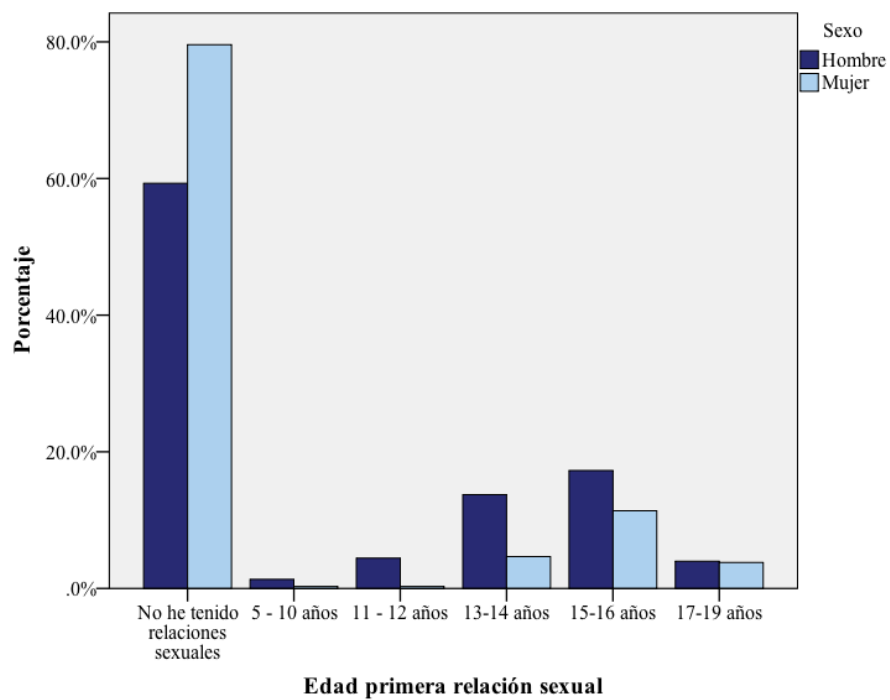
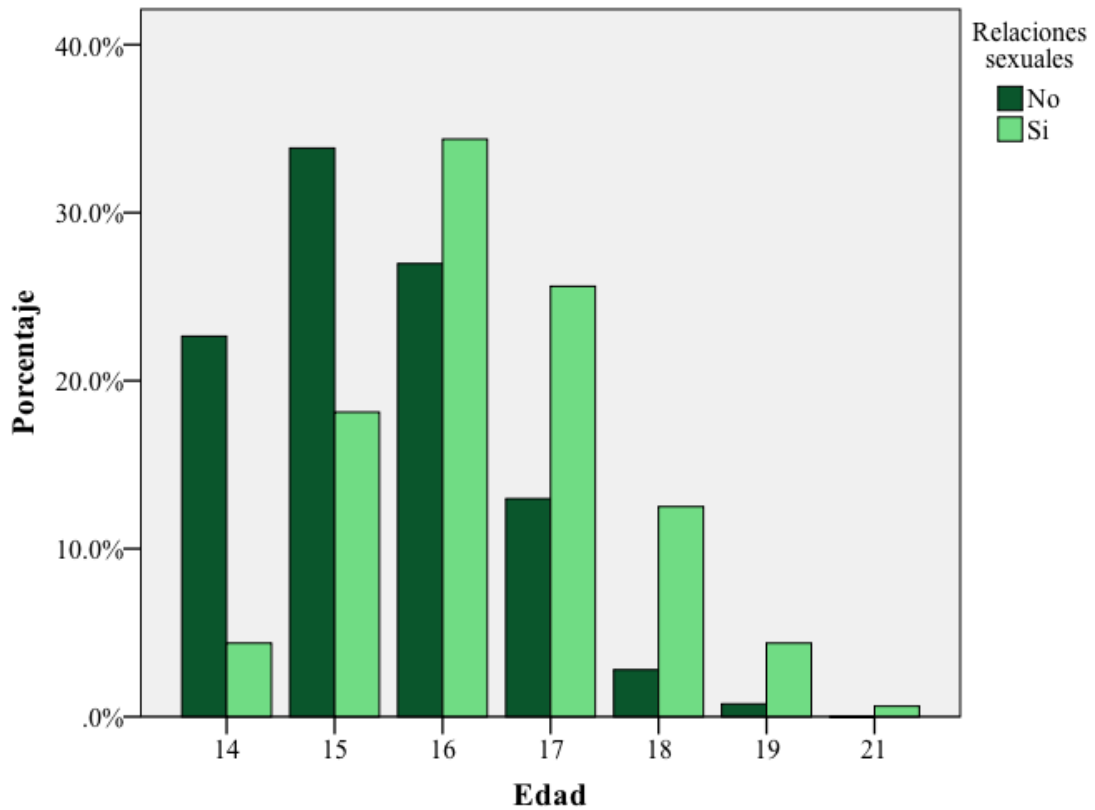


Figura 5 Relaciones sexuales y Edad**Tabla 1** Frecuencia de relaciones sexuales y Edad

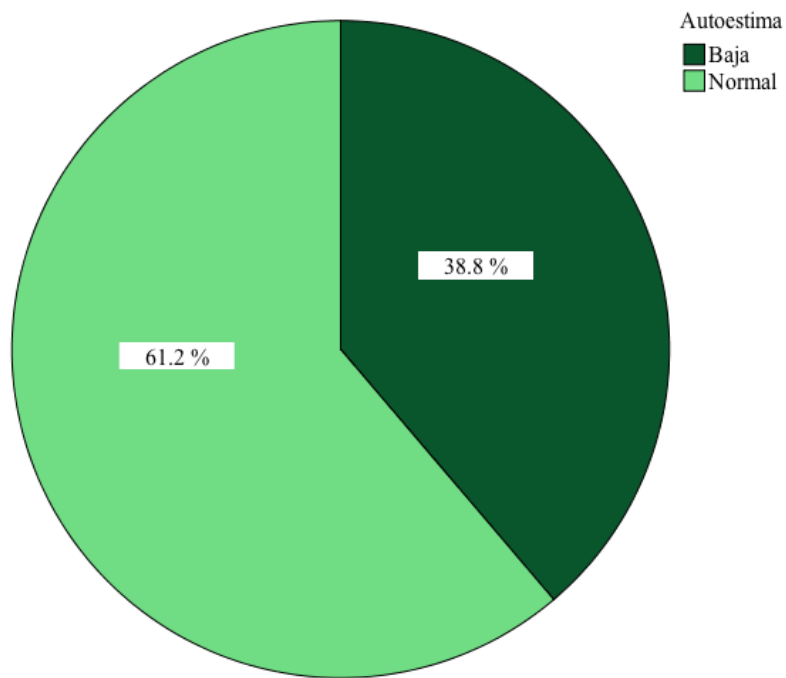
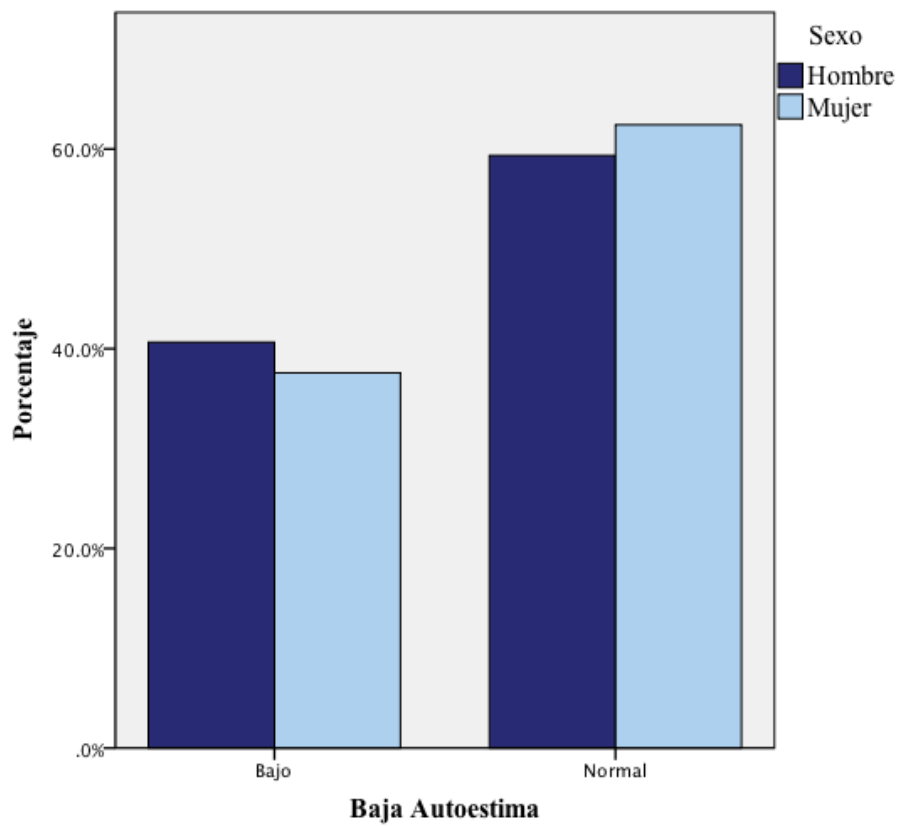
Edad		Relaciones sexuales			
		No		Si	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	14	89	92.7	7	7.3
	15	133	82.1	29	17.9
	16	106	65.8	55	34.2
	17	51	55.4	41	44.6
	18	11	35.5	20	64.5
	19	3	30	7	70
	21	0	0	1	100

Autoestima

Los puntajes de la escala de Autoestima de Rosenberg caen en rango de 10 – 40. Se considera dentro del rango normal un puntaje entre 25 a 35 (Tabla 2). Se determinó 38.8% de individuos de la población estudiada tienen baja autoestima mientras que 61.2% presentan autoestima normal (Figura 6). Se evidenció que no existe una diferencia estadísticamente significativa >0.05 con autoestima y sexo (Figura 7).

Tabla 2 Puntaje total de Escala de Autoestima de Roserberg

	Puntaje	Frecuencia	Porcentaje
Rango Baja autoestima	18	2	0.4
	19	5	0.9
	20	6	1.1
	21	21	3.9
	22	34	6.3
	23	70	13
	24	71	13.2
Rango normal	25	116	21.5
	26	85	15.8
	27	58	10.8
	28	38	7.1
	29	14	2.6
	30	10	1.9
	31	4	0.7
	32	3	0.6
	33	1	0.2
	34	1	0.2
	Total	539	100%
Total Baja autoestima		209	38.8
Muestra total		582	

Figura 6 Autoestima**Figura 7 Autoestima y Sexo**

Adicionalmente, se realiza prueba de Chi-cuadrado y se determina que no existe una diferencia estadísticamente significativa >0.05 (0.170) entre la violencia en la casa de los individuos y el nivel de autoestima.

Características de grupo control vs grupo experimental

Se evidencia que los porcentaje de sexo son similares en los dos grupos. En el grupo control hay más mujeres 58.5% en comparación con grupo experimental de 41.5%. La proporción de hombres y mujeres en cada grupo es balanceada. De la misma manera no hay diferencia significativa en el nivel de autoestima y el estado socioeconómico. Existe mayor porcentaje de individuos de 15 años en grupo control en comparación a grupo experimental (64.6% vs 35.4%). En análisis de estado civil la mayoría de grupo control tanto como de grupo experimental son solteros. El porcentaje de sujetos de estudio que reportaron que se encuentran en una relación romántica son similares en los dos grupos (56.5% vs 43.5%). La mayoría de individuos tanto en grupo control como en grupo experimental reportaron no haber tenido relaciones sexuales. Por último se evidenció en los resultados, que la mayoría de en grupo control tanto como experimental no tienen hijos. Se puede evidenciar que los datos demográficos de grupo control vs grupo experimental son similares a excepción de la edad de 15 años (Tabla 3).

Tabla 3 Datos demográficos grupo control vs. grupo experimental

		Control		Experimental	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sexo					
	Hombre	120	52.2	110	47.8
	Mujer	204	58.5	145	41.5
Autoestima					
	Normal	196	59.4	134	40.6
	Baja	109	52.2	100	47.8
Estado socioeconómico					
	Bajo	82	59	57	41

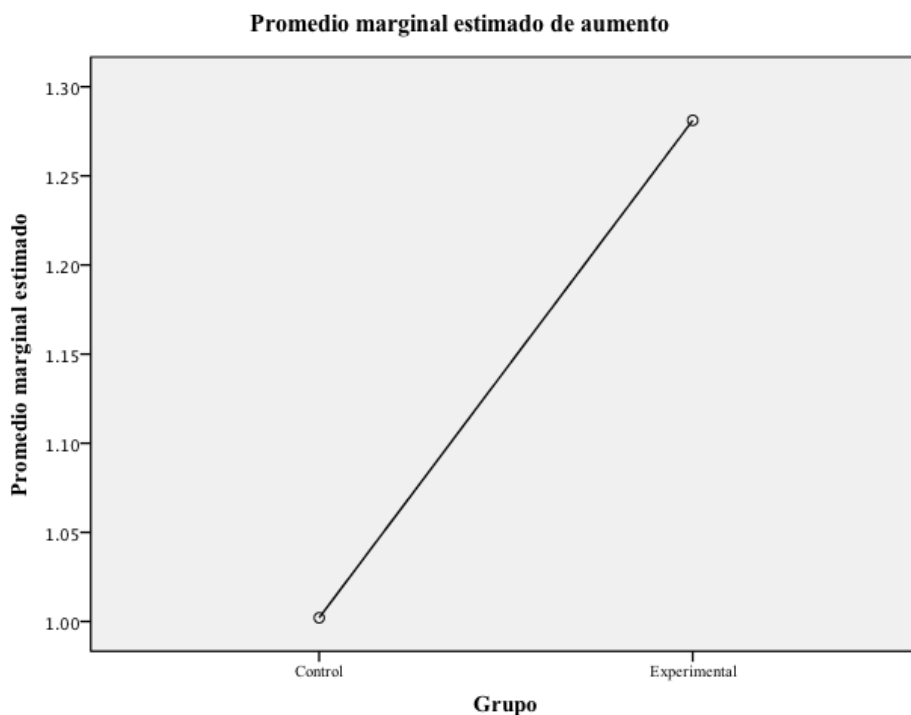
	Medio	162	53.1	143	46.9
	Alto	74	58.7	52	41.3
Edad					
	14	46	47.9	50	52.1
	15	106	64.6	58	35.4
	16	82	50.6	80	49.4
	17	54	58.7	38	41.3
	18	13	41.9	18	58.1
	19	7	70	3	30
	21	1	100	0	0
Estado civil					
	Soltero	313	56.6	241	43.4
	Casado	4	66.7	2	33.3
	Unión Libre	8	42.1	11	57.9
Relación romántica					
	No	195	56	153	44
	Si	131	56.5	101	43.5
Relaciones sexuales					
	No	229	56.3	178	43.7
	Si	96	55.8	76	44.2
Hijos					
	No	310	56.1	243	43.9
	Si	12	57.1	9	42.9
	No sé	2	33.3	4	66.7

Análisis de intervención en grupo control y grupo experimental

Se procedió a realizar prueba de T de student para muestras pareadas (*within subjects*) y se obtiene que el promedio total diferencia de puntaje post intervención es mayor al promedio total de diferencia pre intervención. Esto nos indica una diferencia en el grupo experimental en general más no de cada individuo. Luego se realizó prueba de T de student para muestras independientes (*between subjects*) de puntaje de cada individuo. En la prueba de Levene se obtuvo resultado de <0.05 por lo que no se asume varianza igual y se obtiene como resultado que si hay una diferencia en el puntaje total de cada individuo en cuanto a conocimientos de anticonceptivos e infecciones de transmisión sexual la cual es estadísticamente significativa <0.001 en grupo que recibió la intervención en comparación al

grupo control. Se realiza adicionalmente la prueba de ANOVA y se obtiene el mismo resultado <0.001 (Figura 8).

Figura 8 ANOVA Conocimientos pre y post intervención



Para el análisis de violencia y derechos se procede a analizar con ANOVA y se obtiene que no hay una diferencia estadísticamente significativa >0.05 ($p = 0.573$) en el grupo control y grupo experimental pre y post intervención en el área de violencia y derechos.

Para análisis de actitudes de salud sexual y reproductiva se analizó la diferencia de grupos utilizando ANOVA. Se determinó que existe una diferencia estadísticamente significativa <0.001 en grupo control y experimental. Se evidencia que el grupo experimental luego de recibir la intervención tendrían menos vergüenza de comprar y usar un condón en comparación al grupo control.

Se evidencia que un mayor porcentaje de mujeres tendrían vergüenza de comprar (60.4% vs 27.9%) y usar (41.7% vs 13.9%) un condón en comparación con los hombres (Tabla 4).

Tabla 4 Vergüenza de comprar y usar un condón y Sexo post intervención

		Vergüenza de comprar			
		Si		No	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sexo					
	Hombre	64	27.9	165	72.1
	Mujer	206	60.4	135	39.6

		Vergüenza de usar			
		Si		No	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Sexo					
	Hombre	32	13.9	198	86.1
	Mujer	134	41.7	187	58.3

DISCUSIÓN

Con respecto a datos demográficos, nuestro estudio concuerda con la literatura. La mayoría de individuos de nuestra población de estudio tuvieron su primer encuentro sexual a los 15-16 años para hombres y para mujeres. Esto es similar a los datos reportados por Proyecto CERCA (2011) en los cuales reportan primer encuentro sexual para mujeres a los 15 años y para hombres a los 14 años. La edad ha disminuido comparado al estudio de Edemain (2004) en el cual reporta la edad de inicio de relaciones sexuales para mujeres a los 18 años y hombres a los 17 años.

Se logró demostrar que si existe una diferencia en los conocimientos y actitudes del grupo que recibió el programa de intervención de Salud Sexual y Reproductiva. El programa de intervención tuvo énfasis en los tipos de infecciones de transmisión sexual y características de cada una. Además se resaltó maneras de transmisión de VIH. Finalmente se demostró la correcta manera de utilizar un preservativo con múltiples diagramas y maquetas. Se atribuye a estos puntos que los conceptos de salud sexual y reproductiva fueron exitosamente comprendidos por lo que se evidenció una mejoría en los conocimientos de los estudiantes que recibieron la intervención. No obstante, no fue suficiente para crear un impacto en todos los aspectos de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Esto concuerda con Córdova (2015) "...el establecer fuertes lazos entre jóvenes y sus profesores, profesionales de salud, padres de familia y amigos puede contribuir a la efectividad de los programas". La problemática del embarazo en adolescentes no solo gira en torno a la falta de conocimientos de salud sexual y reproductiva más el conocimiento debe ser fundamentado en el ámbito social del individuo. Se requieren mejores herramientas de evaluación y programas de intervención con multi enfoque para realizar análisis adicionales de factores de impacto en conocimientos y actitudes de salud sexual y reproductiva de los adolescentes.

El programa tuvo impacto en el cambio de actitudes de salud sexual y reproductiva, no obstante en porcentaje total, la mayoría de mujeres todavía presentan vergüenza en comprar y usar un condón en comparación con los hombres. Es importante recalcar que es más complejo cambiar factores sociales que conocimientos (Córdova, 2015).

En el análisis de los resultados de nuestra estudio vemos que existe un porcentaje considerable de baja autoestima en la población estudiada de 38.8%. Se determinó que no hay diferencia entre la presencia o ausencia de violencia en la casa y el nivel de autoestima. Es posible que se necesiten más cantidad de medidas de violencia y de derechos de salud reproductiva para realizar un análisis más extenso con el nivel de autoestima. Con la información recolectada hasta el momento no se pudo determinar un posible causante de el porcentaje de baja autoestima encontrado. Es importante que se realicen análisis adicionales del nivel de autoestima con otros factores de la salud sexual y reproductiva.

Como presenta Jaruseviciene (2013) los participantes puede que no perciban la necesidad de cambiar sus perspectivas personales y normas relacionadas a su salud sexual y reproductiva. Estos hallazgos soportan los de este estudio. Los conocimientos cambiaron luego de la intervención no obstante las actitudes en cuanto a violencia y derechos humanos no. Se evidenció que no hubo una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a las preguntas relacionadas a violencia y derechos humanos. Esto puede deberse a la diferencia de número de preguntas de violencia y derechos humanos en comparación a conocimientos y actitudes. Algunos estudiantes mencionaron durante la intervención que si la persona esta casada no es posible negarse al tener relaciones sexuales. La encuesta no incluía una pregunta sobre cuándo consideran que no es posible negarse por lo que se requiere de más estudios que

aclaren esta interrogante. Esto se correlaciona con Basile (2002) un estudio realizado Estados Unidos reporta que "...34% de la muestra estudiada fueron víctimas de coerción sexual por su pareja y de estas el 43% lo hicieron porque pensaban que era su deber".

Existieron datos de individuos con primera relación sexual entre los 5 a 10 años lo que indica abuso sexual o violación. El diseño de la encuesta implementada no incluía datos específicos del tipo de primer encuentro sexual, no obstante hubo individuos que anotaron que el encuentro a esa edad temprana se debió a violación. Esto expande un nuevo campo de conocimiento que se debe impartir a la población en general.

Existen factores religiosos, culturales, familiares y todos estos hábitos incluidos en el entorno social que son difíciles de medir y aún más complejo de modificar. De la misma manera como presentó un estudio realizado en Ecuador, las medidas cuantitativas utilizadas solo se enfocaron en escasos aspectos de la intervención utilizada por lo que determinan que estas medidas no pueden capturar la dinámica de lo social en su totalidad (Córdova, 2015).

Este estudio tiene varias fortalezas una de las cuales es el tamaño de muestra. En comparación al estudio Beckwith (2006) este estudio consideró estudiantes de matutino y vespertino. Inicialmente se invitaron a participar a 990 estudiantes vs 552 del estudio Beckwith en el 2004, sin embargo la muestra final fue de 582 por lo que los tamaños de muestra son similares.

Otra fortaleza fue que la encuesta fue realizada a todos los grupos pre y post intervención por las mismas moderadoras (investigadora principal y secundaria) lo que disminuye el sesgo de recolección de datos. Asimismo, el programa de intervención fue dado siempre por dos personas una de las cuales siempre fue la investigadora principal. Esto disminuyó la variación en el programa de intervención. Adicionalmente, logró un nivel

homogéneo de compromiso de los moderadores de la intervención. Como reporta Goicolea (2012) el compromiso del personal es crucial ya que si este no se cumple la influencia de intervención se ve amenazada.

Un limitante es la validez de respuestas de los individuos al momento de tomar la encuesta. Esta incluía temas sobre intimidades de los participantes y la encuesta fue realizada en el aula con aproximadamente 30 estudiantes por cada paralelo. Se trató de minimizar la comunicación de respuestas no obstante es posible que ciertos individuos hayan copiado la respuesta o cambiado por el miedo a ser juzgado.

Se eliminó como factor confusor el autoestima, el estado socioeconómico y el género ya que fueron similares en los dos grupos. No obstante, un limitante es la edad ya que puede ser un factor confusor en el análisis de grupo, es importante realizar estudios adicionales con mayor tamaño de muestra para cada grupo de edad.

Otro limitante es la duración del programa de intervención como posible causante de la falta de impacto relacionado a violencia y derechos de salud sexual y reproductiva. Como reporta Goicolea (2012) varios estudios han determinado que los programas de intervención deben tener una duración lo suficientemente extensa y completa. En este estudio el programa de intervención fue adaptado a 4 horas al día por 2 días. La duración de la intervención no es de la duración adecuada para causar impacto en el ámbito social relacionado a salud sexual y reproductiva. Esta intervención solo debe ser considerada como un programa piloto. Se considera necesario implementar un programa establecido al currículo de colegio de los adolescentes y realizar estudios de seguimiento.

Otro limitante del programa es el tipo de intervención utilizado. Como expresa Goicolea (2012) "...las intervención relacionadas a políticas nacionales y programas evolucionan en el tiempo lo que hace que el análisis sea más complejo". Este estudio se desarrolló de Marzo 2014 a Mayo 2015 no obstante en Febrero de 2015 el ENIPLA fue

modificado a Plan Familiar Ecuador y se decidió restablecer los objetivos y sus herramientas. Esto conlleva a que el programa utilizado para este estudio no podrá ser analizado en otras poblaciones ya que la planificación inicial era ejercer este programa a todos los colegios como estrategia gubernamental.

La encuesta recolectó datos fuera de los esperados con los cuales es posible realizar análisis adicionales que respondan a diferentes preguntas de investigación a la enfocada en este estudio.

CONCLUSIONES

Este estudio logró demostrar una diferencia en grupo experimental y grupo control pre y post intervención, aunque no en todos los aspectos del diseño de la intervención. Esto puede deberse a la falta de medidas utilizadas en cada área para conocimientos, actitudes y derechos. Adicionalmente es posible que la intervención no haya sido de la duración adecuada para causar impacto en los factores sociales de la salud sexual y reproductiva. Estudios realizados en el Ecuador en poblaciones similares demuestran hallazgos similar de inicio de vida sexual activa. Este estudio evidenció edad de primer encuentro sexual de hombres y mujeres de 15 a 16 años. Para el futuro, se debe utilizar una herramienta de evaluación en la cual se enfoque en una sola área o el peso de herramientas de medida sea proporcional para cada área. Es posible que las medidas gubernamentales y estrategias para mejorar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes se estén enfocando de manera errónea en conocimientos y más no en factores sociales, de comunicación, culturales los cuales son más complejos y aún más difíciles de cambiar

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bacile, K. (2002). Prevalence of Wife Rape and Other Intimate Partner Sexual Coercion in Nationally Representative Sample of Women. *Violence and Victims*. Springer Publishing Company. Vol 17. 5: 511 – 524 (14).
- Beckwith, J. (2006). Knowledge, Attitudes and Practices in Reproductive and Sexual Health: Valle de los Chillos, Rumiñahui County, Province of Pichincha, Ecuador. *McGill Journal of Medicine* 9.2. 119 – 125.
- Chacko, M. (2013). Pregnancy in adolescents. Obtenido de: http://www.uptodate.com.ezbiblio.usfq.edu.ec/contents/pregnancy-in-adolescents?source=search_result&search=adolescent+pregnancy&selectedTitle=1%7E150#H17
- Chedraui, P.A., et al. (2004). Determinant Factors in Ecuador Related to Pregnancy among Adolescents Aged 15 or Less. *Journal of Perinatal Medicine*. 32.4. 337 – 341.
- Código de la niñez y adolescencia del Ecuador. (2003).
- Cordova, K., et al. (2015). Improving adolescent sexual and reproductive health in Latin America: reflections from an International Congress. *Reproductive Health*. 12:11.
- Ecuador Endemain 2004. Informe final. Encuesta demográfica de Salud Materna e infantil. Octubre 2005. Obtenido de: <http://microdata.worldbank.org/index.php/catalog/979>
- Eggleston, E. (2001). Unintended Pregnancy and Women's Use of Prenatal Care in Ecuador. *Social Science and Medicine* 51.7. 1011 – 1018
- ENDEMAIN (2004). Encuesta demográfica y de salud materna e infantil. Obtenido de: <http://www.cepar.org.ec/sites/default/files/endemain-pichincha.pdf>
- Estrella, S. (2015). Enipla pasa a llamarse 'Plan Familia Ecuador'. El Comercio. Obtenido de: <http://www.elcomercio.com/actualidad/enipla-educacionsexual-rafaelcorrea-embarzoadolescente-monicahernandez.html>
- Goicolea, I., et al. (2012). Mechanisms for achieving adolescent-friendly services in Ecuador: a realist evaluation approach. *Global Health Action*. 5:18748

- Guijarro, S., et al. (1999). Family Risk Factors Associated With Adolescent Pregnancy: Study of a Group of Adolescent Girls and Their Families in Ecuador. *Journal of Adolescent Health*. 25:166 – 172
- INEC. (2012). Estadísticas de nacimientos y defunciones (generales y fetales). Obtenido de: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/nacimientos-defunciones/>
- Jaruseviciene, L., et al. (2013). Primary healthcare providers' views on improving sexual and reproductive healthcare for adolescents in Bolivia, Ecuador, and Nicaragua. *Global Health Action*. 6:20444.
- Ministerio de Coordinador de desarrollo social: ENIPLA. (2013). Obtenido de: <http://www.desarrollosocial.gob.ec/programa-de-planificacion-familiar-y-la-prevencion-del-embarazo-adolescente/>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2007). Políticas de salud y Derechos Sexuales Reproductivos. Consejo Nacional de Salud. Obtenido de: <http://clae.codigosur.net/downloads/NormasAE/PlandeaccionSaludSexualyDerechosReproductivosEcuador.pdf>
- OMS. (2009). Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Recopilación de artículos. Volumen 87: 405 – 484. Obtenido de: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>
- Proyecto CERCA (2011). Cuidado de la Salud Reproductiva para Adolescentes Enmarcado en la Comunidad. Obtenido de: <http://www.cies.edu.ni/documentos/cerca/ANALISIS%20SITUACIONAL%20CERCA.pdf>
- The World bank. (2012). Teenage Pregnancy and Opportunities in Latin America and the Caribbean. On Teenage Fertility Decisions, Poverty and Economic Achievement.
- UNFPA (2010). Preventing Teenage Pregnancy in Ecuador. Obtenido de: <http://www.unfpa.org/news/preventing-teenage-pregnancy-ecuador>

ANEXO A: ENCUESTA PARTE I ESTADO SOCIO ECONÓMICO

Instrucciones: A continuación encontraras varias preguntas, por favor selecciona solo UNA respuesta

Parte I: Estado socio económico. Escala de afluencia familiar

Fuente: Organización Mundial de la Salud (Encuesta de comportamiento sobre salud en niños de edad escolar) escala de 4-items para identificar afluencia familiar, validez internacionalmente y usada ampliamente para investigación en salud.

1. *¿Tiene tu familia un auto, una furgoneta o una camioneta?*

- no
- uno
- dos o más

2. *¿Cuántas veces viajaste de vacaciones con tu familia en los últimos 12 meses?*

- nunca
- una vez
- dos veces
- tres o más veces

3. *¿Tienes un dormitorio para ti solo?*

- no
- sí

4. *¿Cuántas computadoras pertenecen a tu familia?*

- ninguna
- una
- dos
- tres o más

ANEXO B: ENCUESTA PARTE II ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Parte II: Autoestima Escala de autoestima de Rosenberg

Fuente: Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Instrucciones: A continuación hay una lista de afirmaciones acerca de emociones generales acerca de ti. Por favor indica que tanto estas de acuerdo o en desacuerdo en cada afirmación.	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. En general, estoy satisfecho conmigo mismo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. A veces pienso que no soy bueno en nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tengo la sensación de que poseo algunas buenas cualidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Siento que no tengo demasiadas cosas de las que sentirme orgulloso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. A veces me siento realmente inútil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tengo la sensación de que soy una persona de valía al menos igual que la mayoría de la gente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ojalá me respetara más a mí mismo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. En definitiva, tiendo a pensar que soy un fracasado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO C: ENCUESTA PARTE III CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Parte III: Conocimientos y actitudes

Fuente: Beckwith, Jessica. "Knowledge, Attitudes, and Practices in Reproductive and Sexual Health: Valle De Los Chillos, Rumiñahui County, Province of Pichincha, Ecuador." *McGill Journal of Medicine* 9.2 (2006): 119-25. *PubMed*. Web.

1. Yo soy:
 - a. Mujer
 - b. Hombre
 - c. No quiero decir

2. Mi edad: _____ años

3. Ingreso mensual de tu familia:
 - a. No sé
 - b. Menos que \$500
 - c. Entre \$500-\$1000
 - d. Más que \$1000

4. Incluido/a tu, ¿cuántas personas viven en tu casa? _____

5. ¿Cuál es tu estado civil?
 - a. Soltero/a
 - b. Casado/a
 - c. Divorciado/a
 - d. Viudo/a
 - e. En unión libre

6. ¿Actualmente, tienes pareja/estás en una relación romántica?
 - a. Sí
 - b. No

7. ¿Tienes algún hijo(s)?
 - a. Sí
 - b. No
 - c. No sé

8. ¿Quién tiene la responsabilidad de educar a los jóvenes sobre la salud sexual y la salud reproductiva?
 - a. Padres

- b. Colegio
 - c. Padres y colegio
 - d. Amigos
 - e. Doctores, enfermeras, y otros profesionales de salud
 - f. Toda la gente
 - g. Nadie
 - h. No sé
 - i. Otro: _____
9. ¿Dónde obtienes información sobre la salud sexual y la salud reproductiva?
- a. Padres
 - b. Colegio
 - c. Padres y colegio
 - d. Amigos
 - e. Doctores, enfermeras, y otros profesionales de salud
 - f. Iglesia
 - g. Televisión, Internet, radio, periódico
 - h. Ningún lugar
 - i. Otro: _____
10. ¿Has recibido información sobre anticoncepción? ¿De dónde?
- a. No he recibido información sobre anticoncepción
 - b. Padres
 - c. Colegio
 - d. Padres y colegio
 - e. Amigos
 - f. Doctores, enfermeras, y otros profesionales de salud
 - g. Iglesia
 - h. Televisión, Internet, radio, periódico
 - i. Otro: _____
11. ¿Hablas con tus padres sobre la salud reproductiva y la salud sexual con tus padres?
- a. No, nunca
 - b. Sí, con frecuencia
 - c. Sí, a veces
12. ¿Por qué piensas que en algunas familias no se habla sobre la salud sexual y la salud reproductiva?
- a. No se habla de nada
 - b. La vergüenza
 - c. Los padres no tienen conocimiento adecuado
 - d. Hay una falta de confianza entre padres e hijos
 - e. No es normal hablar de este tema

- f. No sé
 - j. Otra razón: _____
13. ¿Has tenido relaciones sexuales?
- a. Sí
 - b. No
14. ¿Si has tenido relaciones sexuales, cuántos años tenías la primera vez?
- a. Esta pregunta no me aplica
 - b. 5-10 años
 - c. 11-12 años
 - d. 13-14 años
 - e. 15-16 años
 - f. 17-19 años
15. ¿Cuál es el número ideal de hijos en una familia?
- a. Ningún hijo
 - b. 1
 - c. 2
 - d. 3
 - e. 4-5
 - f. 6+
 - k. Otro: _____
 - g. No sé
16. ¿Conoces algún método anticonceptivo?
- a. Sí
 - b. No
17. ¿Actualmente usas, has usado, o usarías en el futuro algún método anticonceptivo?
- a. Sí
 - b. No
 - c. No sé
18. Si usas, has usado, o usarías un método anticonceptivo, ¿cuál método prefieres?
- a. Esta pregunta no me aplica
 - b. El condón
 - c. Las pastillas anticonceptivas
 - d. Inyecciones
 - e. Un implante
 - f. El método del ritmo
 - g. Terminar afuera
 - l. Otro: _____

19. Si no usas, no has usado, o nunca usarías un método anticonceptivo, ¿por qué no?
- Esta pregunta no me aplica
 - Quiero tener hijos
 - Es inmoral o malo
 - Tengo miedo de los efectos secundarios
 - No sé dónde encontrar un método
 - Tengo vergüenza de hablar con mi pareja sobre los anticonceptivos
 - Mi pareja no quiere usar anticonceptivos
 - No sé
 - Otro: _____
20. ¿Has tenido un examen físico para diagnosticar una enfermedad de transmisión sexual?
- Sí
 - No
21. ¿Conoces alguna enfermedad de transmisión sexual?
- Sí
 - No
22. ¿Las pastillas anticonceptivas te protegen contra la VIH/SIDA?
- Sí
 - No
 - No sé
23. ¿Cómo puedes contraer una enfermedad de transmisión sexual sin tener sexo?
- Besos o apretones de mano
 - Contacto físico íntimo
 - Contacto con objetos infectados
 - Jeringas o inyecciones
 - Sangre
 - No sé
 - Otro: _____
24. ¿Sabes cómo usar un condón correctamente?
- Sí
 - No
 - No sé
25. ¿Tendrás vergüenza de **COMPRAR** un condón?
- Sí
 - No
26. ¿Tendrás vergüenza de **USAR** un condón?

- a. Sí
- b. No

27. ¿Durante el último mes ha habido violencia física o verbal en tu casa?

- a. Sí
- b. No

28. Si actualmente tienes una relación romántica, ¿quién toma las decisiones sobre las **RELACIONES SEXUALES**?

- a. Esta pregunta no me aplica
- b. El hombre
- c. La mujer
- d. Ambos
- e. Nadie

29. Si actualmente tienes una relación romántica, ¿quién toma las decisiones sobre los **ANTICONCEPTIVOS**?

- a. Esta pregunta no me aplica
- b. El hombre
- c. La mujer
- d. Ambos
- e. Nadie

30. ¿Cuándo es aceptable decir “**NO**” o negarse a tener relaciones sexuales?

- a. Nunca, en ninguna situación
- b. Solo a veces, depende en la situación
- c. Siempre, en cualquier situación

Las siguientes preguntas son solo para mujeres

1. ¿Estás embarazada en este momento?

- a. Sí
- b. No

2. ¿Alguna vez has estado embarazada?

- a. Sí
- b. No

3. ¿Si la respuesta anterior fue “**SI**” que sucedió con ese embarazo?

- a. Tengo hijo/hija
- b. Aborto espontáneo
- c. Aborto inducido