

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina
Hospital Regional Taiwán 19 de Marzo, Azua
Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria

PREVALENCIA SOBRE LA INFORMACIÓN CLARA Y PRECISA DE LOS
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS QUE EXISTEN EN LA ACTUALIDAD, EN
ADOLESCENTES DEL CENTRO DE ATENCION PRIMARIA LA BOMBITA JULIO -
SEPTIEMBRE 2013



Tesis de pos grado para optar por el título de Magister en la Especialidad:
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Sustentante:

Dra. Yesy V. Medina

Asesores:

Dra. Claridania Rodríguez (Metodológico)

Dra. Luisa Ramírez (Clínica)

Los conceptos emitidos en la presente tesis de pos grado son de la exclusiva responsabilidad de la sustentante.

Distrito Nacional: 2016

CONTENIDO

Agradecimientos	
Dedicatorias	
Resumen	
Abstract	
I. Introducción...	1
I.1. Antecedentes	1
I.1. Justificación	2
II. Planteamiento del Problema.	3
III. Objetivos.	4
III.1. General.	4
III.2. Específicos.	4
IV. Marco Teórico.	5
IV.1. Adolescencia.	5
IV.2. Anticonceptivos.	5
IV.2.1. Métodos anticonceptivos.	6
IV.2.1.1. Métodos hormonales.	6
IV.2.1.2. Métodos vaginales y de barrera.	7
IV.2.1.3. Dispositivos intrauterino	8
IV.2.1.4. Esterilización masculina y femenina.	9
IV.2.1.5. Otros métodos.	9
IV.2.2. Efectividad y elegibilidad del método.	10
IV.2.3. Contraindicaciones generales de anticoncepción en la adolescencia.	14
IV.2.4. Principales consideraciones para la indicación de anticoncepción En adolescentes.	16
IV.2.5. Perfil de uso de anticoncepción en adolescentes.	17
IV.2.6. Conocimiento de métodos anticonceptivos.	19
V. Operacionalización de las variables	20
VI. Material y método.	23

VI.1. Tipos de estudio	23
VI.2. Demarcación geográfica.	23
VI.3. Universo	23
VI.4. Muestra.	24
VI.5. Criterios de inclusión	24
VI.6. Técnicas y procedimientos..	24
VI.7. Tabulación	24
VI.8. Análisis	24
VI.9. Aspectos éticos.	24
VII. Resultados.	25
VIII. Discusión	38
IX. Conclusiones	40
X. Recomendaciones	41
XI. Referencias.	42
XII. Anexos	45
XII.1. Cronograma.	45
XII.2. Instrumento de recolección de datos	46
XII.3. Costos y recursos	48
XII.4. Evaluación.	49

AGRADECIMIENTOS

A Dios

Gracias padre celestial por darme la sabiduría de elegir esta carrera de medico y de poder realizar mi especialidad en medicina familiar y comunitaria para poder con mis conocimientos ayudar a mi comunidad y a todos los que puedan necesitar mi ayuda .solo tu me pudiste dar ese don, gracias señor.

Al Hospital Regional Taiwan 19 de marzo:

Gracias querido hospital por acogerme en tu casa durante cuatro anos recorriendo esos pasillos entre lagrimas y alegrías pero con una meta clara llegar a ser medico familiar y comunitario.

A nuestros profesores:

Gracias por todas sus enseñanzas siempre van a estar presentes cada uno de ustedes ya que gracias a todos ustedes soy lo que soy en el día de hoy. En especial a la Dra. Elizabeth Lizardo gracias por confiar en mi y acogerme a su lado soy su fiel alumna y siempre llevare sus conocimientos ya que a su lado siempre aprendo algo nuevo para reforzar mis conocimientos. Gracias

La sustentante.

DEDICATORIAS

A mi papi

Gracias papi por siempre estar con tus hijos y brindarnos siempre tu apoyo que solo lo brinda un verdadero padre.

Si tu no hubieras estado quizás este no fuera un sueño cumplido .este esfuerzo es también tuyo.

A mi mami

Gracias madre eres un ser humano especial .siempre pendiente de mi a lo que me hacía falta. Siempre al pendiente de mi hija. Sin ti este sueño no se hubiera cumplido porque sin ti nada hubiera sido posible. Gracias mami este esfuerzo también es tuyo o te amo mami.

A mis hermanos

Gracias por apoyarme por estar hay siempre son seres especiales para mi forman parte de cada uno de mis triunfos los quiero hermanos

A mi niña

Kiara eres esa personita especial en mi vida y a la que dedico cada uno de mis esfuerzos .todas las largas noches que te quite fue para cumplir este sueño gracias mi niño este triunfo es tuyo

Fer:

Gracias amor por cada día conmigo tu me dabas esas fuerzas que necesitaba cuando no podía mas me decías negra tu puedes y si negro si pude por eso e agradezco y este esfuerzo también es tuyo. Te amo negro.

Dra. Yesy V. Medina

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal de recolección prospectiva de datos con el propósito de determinar el nivel de información sobre métodos anticonceptivos de los adolescentes que asisten al Centro de Atención Primaria de La Bombita julio- septiembre 2013. De un total de 4,072 habitantes que hay en el sector 4 de la Bombita 975 son adolescentes. La muestra estuvo constituida por 103 adolescentes que asisten al Centro de Atención primaria de la Comunidad La Bombita. Del total de pacientes entrevistados el 62.1 por ciento consideraron que fue regular la información sobre los métodos anticonceptivos. Del 62.1 por ciento de los pacientes entrevistados con información regular, 40.8 por ciento tenían de 14-16 años. El sexo más predominante en los de nivel regular, fue el femenino con un 34.9 por ciento. De los 62.1 por ciento de los pacientes con nivel regular, el 34.0 por ciento provenían de zonas rurales. La mayoría de los entrevistados eran solteros con un 79.6 por ciento, de los cuales el 49.5 por ciento tenían información regular. En el grupo de pacientes con nivel de conocimiento regular, hubo mayor predominio en los que tuvieron nivel de estudio primaria para un 54.4 por ciento. El 44.7 por ciento de los adolescentes refirió que los había escuchado en la escuela. El 100.0 por ciento de los adolescentes dijeron que el condón. El 87.4 por ciento el coito interrumpido, el 77.7 por ciento las pastillas, el 43.7 por ciento el DIU.

Palabras clave: Conocimientos, Información, Métodos anticonceptivos.

ABSTRACT

A descriptive study of cross-section of prospective data collection in order to determine the level of information about contraceptive methods of teenagers who attend the primary attention of the bulb Center July - September 2013. A total of 4,072 people that exist in the sector 4 of 975 Bombita they are teenagers. The sample consisted of 103 adolescents attending the La Bombita community primary care centre. Of all patients interviewed the 62.1 per cent considered that it was regular information about contraceptive methods. The 62.1 per cent of patients interviewed with regular information, 40.8 per cent were aged 14-16. More implantations at the regular level, was the female with a 34.9 percent. Of the 62.1 per cent of patients with regular level, the 34.0 percent were from rural areas. Most of those interviewed were single people with a 79.6 per cent, of which 49.5 per cent were regular information. In the Group of patients with regular knowledge level, there was higher prevalence in which had level of primary study for a 54.4 per cent. The 44.7 per cent of teens mean that I had heard them in the school. 100.0 percent of teens said that condom. The 87.4 per cent post-coital interrupted, the 77.7 per cent pills, the 43.7 per cent the IUD.

Key words: knowledge, information, methods of contraception.

I. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es un periodo de transición entre la infancia y la edad adulta, empieza entre los 10 y 20 años, donde los y las adolescentes experimentan cambios rápidos del tamaño, la forma, la fisiología corporales y del funcionamiento psicológico y social. Progresan a través de tres etapas, precoz, media y tardía. Cada una de ellas marcada por un conjunto de características.

Se considera una etapa relativamente exenta de enfermedades, sin embargo están expuestos a enfrentar problemas de salud. Como embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual; siendo estos los problemas más importantes que afectan a los adolescentes, la morbilidad y la mortalidad son bajas. Los métodos anticonceptivos son una solución para ambos problemas. La anticoncepción es una importante estrategia de regulación de la fertilidad, para prevenir el embarazo no deseado.

A pesar de los avances de la tecnología anticonceptiva, los adolescentes carecen del conocimiento preciso acerca de la sexualidad y métodos anticonceptivos y no tienen un acceso real a los servicios de salud sexual reproductiva, lo que hace a esta población más susceptible a los embarazos no deseados y a las enfermedades de transmisión sexual.

I.1 Antecedentes.

A nivel mundial se han realizado varios estudios sobre el uso y el conocimiento de métodos anticonceptivos en adolescentes. El 12% de los jóvenes entre las edades de 14 - 15 años han mantenido relaciones sexuales alguna vez sin el uso de algún método anticonceptivo.

García et. Al. (2000) en España para valorar la sexualidad y anticoncepción en jóvenes encontrando que el 57% creen que los conocimientos de los métodos son suficientes y el 21% son regulares.²³

Sánchez et. Al. (2004) Por medio de encuestas en España para estimar el conocimiento encontrando que la principal fuente de información son los medios de comunicación en un 50% seguido de los amigos con un 37.5%.²³

El uso de los métodos anticonceptivos ha aumentado considerablemente en muchas partes del mundo especialmente en Asia desde un 54% en 1990 a un 63% en 2007.

A nivel regional: el uso de los métodos ha aumentado mínimamente entre 1990 y 2007 de 17 a 28%. En América Latina y el Caribe, excepto Bolivia (74%), Guatemala (68%) y Paraguay (89%). Sin embargo, los porcentajes de uso son bajos (18%).

Verone (2004) realizó estudios en Cuba por medio de encuestas sobre los conocimientos de métodos anticonceptivos encontrando que el mayor porcentaje de adolescentes recibieron información sobre su uso a través de la radio y la televisión en un 30% a través de los padres 20.7% ⁽²³⁾

A nivel local:

Cleto et.al (2002) llevaron a cabo estudios prospectivo en República Dominicana acerca del conocimiento de métodos anticonceptivos en una población constituida por 83 estudiantes encontrando que el método anticonceptivo más conocido fue el preservativo 53% seguido de las pastillas con un 24% y concluyeron que los jóvenes de educación media tienen pobres conocimientos acerca de métodos anticonceptivos.²³

1.2. justificación.

Los problemas más importantes que enfrentan la juventud son los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual. Esto se debe al poco conocimiento que poseen los adolescentes sobre los distintos métodos anticonceptivos

Por esta razón hablar de métodos anticonceptivos en adolescentes es una necesidad en la actualidad ya que los jóvenes tienen derecho de acceder a información adecuada sobre los diferentes métodos anticonceptivos.

Es de gran interés determinar los conocimientos que tienen los jóvenes sobre los métodos anticonceptivos. En el centro de atención primaria la bombita con la finalidad de orientar al personal para que aporte mayores conocimientos a los adolescentes y puedan llevar una información adecuada a este grupo de edad tan vulnerable en la población.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades de transmisión sexual y el embarazo precoz en adolescentes han adquirido dimensiones, que se ha convertido en un problema de salud pública. El embarazo juvenil cambia el proyecto de vida de las adolescentes provocando un abandono obligatorio de sus metas futuras por la necesidad de afrontar nuevas responsabilidades ligadas al desarrollo del hijo.

El desconocimiento en los adolescentes sobre los métodos de planificación familiar es preocupante porque no están previniendo riesgos tales como embarazos no planificados, deserción escolar, abortos, infecciones de transmisión sexual, VIH / SIDA.

Los adolescentes al no contar con suficientes conocimientos sobre métodos anticonceptivos al momento de tener relaciones sexuales han tenido que enfrentar embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual a temprana edad.

“El embarazo en adolescentes representa el 18 % de las causas del abandono de la escuela en jóvenes dominicanos de 14 a 17 años”, expuso Freehill.

ODH/PNUD RD (2010) señala la tendencia creciente de embarazos en adolescentes dominicanas en edad escolar.

El 19 % de las muertes maternas relacionadas al embarazo, el parto y el posparto en República Dominicana ocurren entre las adolescentes.

Por tal razón es fundamental dar información clara y precisa de los métodos anticonceptivos que existen en la actualidad, como utilizarlos, donde conseguirlos y donde obtener más información para así acceder a una buena planificación familiar.

Sin embargo no se conoce los factores que limitan la demanda de los métodos anticonceptivos impidiendo la implementación de estrategias para llevar una orientación clara a los adolescentes sobre los diferentes métodos anticonceptivos.

Es por esta problemática que nos surge el interés de contestar la siguiente interrogante ¿cuál es el la Prevalencia sobre la información clara y precisa de los métodos anticonceptivos que existen en la actualidad, en adolescentes del centro de atención primaria la bombita?

III. OBJETIVOS

III. 1 general

1. Determinar la prevalencia sobre la información clara y precisa de los métodos anticonceptivos que existen en la actualidad, en adolescentes del centro de atención primaria la bombita. julio-septiembre 2013

III.2 Específicos

1. Identificar características socio demográficas de los adolescentes
2. Determinar cuál es el medio donde los adolescentes son informados acerca de los métodos anticonceptivos
3. Identificar si los adolescentes saben dónde conseguir información sobre los métodos anticonceptivos
4. Determinar cuál método anticonceptivo es el más conocido por los adolescentes.

IV. MARCO TEÓRICO.

IV.1. Adolescencia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 12 a 14 años y la adolescencia tardía 15 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad. Sin embargo la condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo.¹

Se suele marcar a la pubertad como el comienzo de la adolescencia, aquí ocurren importantes cambios corporales, siendo uno de ellos la eyaculación en el hombre y la menarquía en la mujer, que generalmente ocurren entre los 9 y 13 años, la disminución de la edad de la menarquía es un factor que determina la aparición de conductas de riesgo, lo cual provoca que la vida sexual comience en edades más tempranas.¹

Esta serie de cambios ocurre con una rapidez vertiginosa que se refleja tanto en la esfera anatomo-fisiológica, como social y cultural; es aquí donde se abre a los jóvenes un ancho campo de descubrimientos y a la vez de confusión, aparecen intereses y sentimientos nunca antes experimentados que llevan al adolescente a enfrentar conflictos para los cuales no está preparados. Uno de estos está en la esfera sexual, con el riesgo para las adolescentes dado por la inmadurez como por la poca información recibida de la aparición de un embarazo.²

IV.2. Anticonceptivos.

Método anticonceptivo es aquel que impide o reduce significativamente las posibilidades de una fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales de carácter heterosexual. Los métodos anticonceptivos contribuyen decisivamente en la toma de decisiones sobre el control de la natalidad (número de hijos que se desean o no tener), la prevención de embarazos, así como en la

disminución del número de embarazos no deseados y embarazos en adolescentes. Los métodos que se administran después de mantener relaciones sexuales se denominan anticonceptivos de emergencia.

Existe una multiplicidad de métodos usados en anticoncepción que se describirán a continuación en forma general. No todos son recomendables en adolescentes, principalmente por las mayores tasas de fracaso y discontinuidad.⁶

IV.2.1. Métodos anticonceptivos.

IV.2.1.1. Métodos hormonales.

En este grupo tenemos los anticonceptivos orales, combinados (ACO) y de progestágeno, los inyectables, el anillo vaginal, el parche transdérmico e implantes subcutáneos.⁷

aCO: son muy efectivos si se siguen las indicaciones en relación a su administración. No interfieren con la relación sexual. En general están constituidos por un estrógeno (etinil estradiol) y por un progestágeno (levonorgestrel, norgestimato, gestodeno, desogestrel, clormadinona, ciproterona, drospirenona, dienogest, los últimos 4 con mayor efecto antiandrogénico). En ocasiones pueden presentarse algunos efectos secundarios como cefalea, sensibilidad mamaria, náuseas y/o mareos, pero con los nuevos preparados la tolerancia así como los riesgos y los efectos secundarios se han ido minimizando. Por otra parte presentan beneficios adicionales como la disminución de la dismenorrea y cantidad de sangrado menstrual, mejoramiento del acné, protección contra las infecciones pelvianas y alivio del síndrome premenstrual entre otros.⁸ La indicación debe ser realizada por un profesional de la salud capacitado, realizando una adecuada consejería, evaluación y seguimiento de la persona que solicita el método.

Inyectables: según su composición pueden ser a base de estrógenos y progestágenos o de progestágeno puro. Igual que con los ACO deben ser indicados por un profesional capacitado. En la actualidad los más recomendables son 2 inyectables que contienen valerianato de estradiol/enantato de noretisterona y cipionato de estradiol/acetato de medroxi progesterona respectivamente. La primera dosis se indica con el 1° o 2° día de la regla y se repite cada 30 días. El inyectable

que contiene estradiol enantato/alfasona acetofénido no debiera utilizarse. Los inyectables de progestágeno puro de depósito cada 3 meses, se utilizan en casos excepcionales y siempre bajo supervisión médica. anillo vaginal: el anillo hormonal combinado consiste en un anillo de silastic que contiene etinil estradiol y etonorgestrel. Se introduce en la vagina desde donde se libera la hormona que pasa directamente al sistema circulatorio. La primera vez se inserta durante el primer día de la regla y se cambia cada 3 semanas, posterior a 7 días de descanso se introduce un nuevo anillo. Es fácil y cómodo de utilizar y no interfiere con el coito. Existe un anillo a base sólo de progesterona recomendado en el período postparto para no interrumpir la lactancia.

Parche transdérmico: como su nombre lo indica consiste en un sistema que se adhiere a la piel desde el cual se libera la hormona en forma sostenida y paulatina hacia el torrente sanguíneo. Es cómodo y fácil de administrar y no se desprende con el agua. La caja contiene 3 parches que se cambian cada 7 días intercalando una semana de descanso. Contiene etinil estradiol y norelgestromín como progestágeno.

Implantes subcutáneos: se conocen 2 tipos en Chile, que duran entre 5 y 3 años respectivamente. Ambos son a base de progestágenos (levonorgestrel o etonorgestrel). Son una especie de barras muy pequeñas que contienen la hormona, las que se deben colocar debajo de la piel (cara interna del brazo), desde donde se libera el anticonceptivo hacia la circulación, posteriormente al cumplirse el tiempo de uso debe ser extraído. Tanto la inserción como la extracción debe realizarla un profesional entrenado.⁸

IV.2.1.2. Métodos vaginales y de barrera.

En esta categoría están incluidos el coitus interruptus, el preservativo masculino y femenino, el diafragma, los espermicidas y la esponja vaginal.⁷

Coito interrumpido o coitus interruptus consiste en la eyaculación fuera de la vagina. Existe un alto riesgo de fracaso al utilizarlo como método anticonceptivo. No protege contra las infecciones genitales.

Condón masculino es fácil de adquirir y de utilizar con la debida educación. Contribuyen a prevenir la adquisición de ITS incluyendo la infección por VIH/SIDA. Los preservativos no tienen riesgos para la salud, pero su uso requiere motivación.

Condón femenino es poco conocido y utilizado por la población y es algo más costoso. Se inserta por la usuaria en la vagina antes de la relación sexual y se debe extraer cuidando de no derramar el semen. La ventaja es que los genitales externos también quedan protegidos sobre todo cuando se trata de ITS que se adquieren a través del contacto con la piel vulvar (herpes, condilomas, etc.).

Diafragma: es muy utilizado en otros países como EEUU, está constituido por un aro metálico flexible el que está forrado por una capa de goma que adquiere forma cóncava. Se inserta en la vagina previo a la relación sexual y se usa con espermicidas para aumentar su efectividad.

Puede producir irritación mecánica y/o infecciones vaginales. Debe ser indicado y enseñado por un profesional ya que existen diferentes tamaños y puede ocasionar dolor al quedar mal colocado.

Espermicidas: son sustancias químicas que se administran en la vagina previo al coito, su mecanismo de acción consiste en inmovilizar o terminar con la viabilidad de los espermatozoides. Se conocen preparados a base de cremas, espumas y óvulos. En general se usan en forma conjunta con otros métodos como el condón y diafragma.

Esponja vaginal: consiste en una esponja de poliuretano cuyo mecanismo de acción es fundamentalmente mecánico, bloqueando la entrada de los espermatozoides hacia el cuello uterino. Su disponibilidad es restringida. No se recomienda en adolescentes.⁷

IV.2.1.3. Dispositivo intrauterino.

Va inserto en el interior del útero, es efectivo, no interfiere con la relación coital. Debe ser insertado por un profesional competente, por los riesgos que pueden presentarse durante el procedimiento. Debe ser controlado periódicamente. El DIU más utilizado en Chile ha sido la T de cobre 380 A, cuya duración es de aproximadamente 8 – 10 años. Existe un nuevo dispositivo que contiene

levonorgestrel, liberando una dosis diaria de 20 ug. Dura aproximadamente 5 – 7 años y su ventaja es que disminuye la cantidad de sangrado menstrual y el riesgo de enfermedad inflamatoria pelviana, que en ocasiones se ve aumentado en mujeres usuarias de DIU.⁹

IV.2.1.4. Esterilización masculina y femenina.

Es un procedimiento habitualmente quirúrgico, voluntario en nuestro país, que debiera estar disponible según la legislación vigente, sin restricciones en los servicios de salud públicos. El Ministerio de Salud en diciembre del 2000 modificó la reglamentación administrativa, lo que permite a hombres y mujeres mayores de edad esterilizarse sin otro requisito más que su propia decisión y voluntad. Anteriormente se establecía que las mujeres podían esterilizarse sólo si tenían más de 32 años, 4 hijos vivos y una condición médica que la justificara, además de la autorización del cónyuge, lo que se traducía en fuente de discriminación, sobre todo de las mujeres más vulnerables. A grandes rasgos, el procedimiento en la mujer consiste en ligar y/o seccionar la trompa uterina el que actualmente puede ser realizado por vía laparoscópica. En el varón consiste en la ligadura y/o sección de los conductos deferentes o “vasectomía” que puede ser realizado ambulatoriamente. En menores de edad existiendo métodos reversibles y seguros de anticoncepción no estaría indicada esta forma de anticoncepción, excepto excepciones muy bien fundamentadas.¹⁰

IV.2.1.5. Otros métodos.

En esta categoría se hará referencia a la abstinencia periódica, la amenorrea de lactancia y la anticoncepción de emergencia. Abstinencia periódica es un método que suspende las relaciones sexuales durante el período fértil de la mujer. Necesita una descripción y enseñanza detallada siendo un requisito importante que la mujer presente ciclos menstruales muy regulares. Requiere alta motivación y tiene mayor probabilidad de fracaso en comparación con otros métodos. No protege contra las ITS o infección por VIH/SIDA. Para determinar el período fértil existen varias formas como es el método del calendario o de Ogino y Knauss, la medición de la

temperatura basal y la observación de las características del moco cervical o método de Billings.¹¹

Amenorrea de lactancia sólo es útil cuando se está con lactancia exclusiva y en libre demanda, es decir no se está alimentando al niño/a con suplementos y se lo alimenta frecuentemente. Estas condiciones se observan generalmente durante los primeros 3 meses postparto, es sólo temporal y se recomienda agregar un método anticonceptivo seguro una vez que cambien estas condiciones. En las mujeres con lactancia, en general para no entorpecer el proceso, se recomienda utilizar anticonceptivos a base sólo de progestágenos o se puede insertar un DIU a los 30 días postparto.

Anticoncepción de Emergencia (aE): históricamente se inició en los años 60, empleando altas dosis de hormonas para la prevención del embarazo después de una agresión sexual.¹² Se han empleado múltiples métodos dentro de los cuales tenemos: uso de estrógenos en diferentes dosis, combinación de estrógenos más progestágenos, progestágenos solos, dispositivos intrauterinos y mifepristona (RU – 486).

El uso del levonorgestrel como anticoncepción de emergencia, es hoy el método de elección considerando los estudios clínicos realizados por la OMS.¹² La AE es una alternativa anticonceptiva que las mujeres tienen derecho a conocer y a utilizar. No es un método abortivo ni promueve el libertinaje sexual. No es teratogénico y su mecanismo de acción es principalmente como anovulatorio, actuando también sobre la migración y capacitación espermática.^{7,12} Investigaciones científicas recientes NO avalan que el levonorgestrel en las dosis utilizadas en AE produzca cambios a nivel endometrial que interfieran con la implantación del embrión a nivel del útero (16), por ende no es un método abortivo, sino por el contrario, es un método que contribuye a prevenir el embarazo no planificado.

IV.2.2. Efectividad y elegibilidad del método

Es importante considerar previo a la indicación de un anticonceptivo, que la población de adolescentes presenta mayores tasas de fracaso para los diferentes métodos cuando se compara con adultas.^{7,12}

Considerando lo anterior, en nuestra experiencia los métodos más recomendables y utilizados en adolescentes por su eficacia, accesibilidad, tasas de continuidad y bajo riesgo de reacciones adversas son la anticoncepción hormonal combinada, principalmente oral o inyectable.

El uso del anillo vaginal y del parche transdérmico también son alternativas a considerar que dependerán principalmente de la usuaria, fundamentalmente debido a la facilidad y privacidad relacionada con su utilización.

Considerando la efectividad y las limitaciones del uso de anticoncepción en adolescentes, es más fácil evaluar la indicación de un método en particular considerando los grupos ya mencionados. En general en adolescentes de todos los grupos (A, B y C) se recomienda anticoncepción oral combinada, de preferencia preparados con 30 ug de etinil estradiol y 150 ug de levonorgestrel, pues son los que tienen menor riesgo trombogénico. El uso de preparados con menor dosis de estrógenos, especialmente preparados con 15 ug de etinil estradiol, no los recomendamos, pues aparte de producir sangrado irregular, existe el riesgo de escapes ovulatorios y además no hay suficiente evidencia sobre el impacto que estas menores dosis de estrógenos tengan sobre la ganancia de masa ósea en adolescentes, postulándose incluso la posibilidad de un efecto negativo sobre ésta.⁷ Se ha establecido que en un ciclo menstrual ovulatorio el promedio de estrógenos es mayor que cuando usamos anticoncepción. Existe controversia en la literatura, pues en este período del crecimiento es cuando la persona gana la mayor cantidad de masa ósea, la que podría verse afectada frente a un hipoestrogenismo relativo inducido por anticoncepción, esto sin considerar que los adolescentes no cumplen con los requerimientos de ejercicio e ingesta de calcio diaria.⁷ Los preparados con 20 ug de etinil estradiol los indicamos frente a presencia de reacciones adversas como náuseas, cefalea o hipersensibilidad mamaria con las dosis de 30 ug. En adolescentes con problemas de hiperandrogenismo, recurrimos a anticonceptivos hormonales combinados cuyo progestágeno posea mayor potencia antiandrónica.

La indicación de inyectables combinados mensuales la realizamos en adolescentes principalmente del grupo A y B o en adolescentes del grupo C que no están lactando, generalmente por la propia percepción de la adolescente de la

posibilidad de olvido en la ingesta y por la mantención de la confidencialidad. Han sido muy útiles además en adolescentes con problemas de salud mental y/o con antecedente de consumo de drogas y/o alcohol. Nuestra experiencia se basa fundamentalmente en el uso de preparados con 50 mg de enantato de noretisterona/5 mg de valerato de estradiol.¹³ El otro preparado disponible contiene 25 mg de medroxiprogesterona / 5mg cipionato de estradiol, con el que estamos preparando un estudio para conocer y comparar su aceptabilidad en adolescentes. Bajo ninguna circunstancia se recomienda el uso de inyectables que contengan 120 mg alfasona acetofé-nido/10 mg estradiol enantato, debido a su alta dosificación.

La utilización e indicación de inyectables de larga duración (3 meses) como la Depomedroxiprogesterona (DMPA) de depósito (150 mg), prácticamente no la realizamos,⁷ sólo frente a casos especiales y excepcionales debido a las reacciones adversas que se señalarán más adelante.

El uso de implantes subcutáneos pese a que cumplen con las condiciones anteriores, no los utilizamos de primera elección y los hemos considerado en adolescentes cuyas características personales las sitúan en un grupo de alto riesgo de abandono o uso inadecuado de los métodos hormonales combinados habitualmente utilizados. Esto se fundamenta en el costo económico y en que tampoco hay estudios suficientes que evalúen el impacto sobre la densidad ósea en adolescentes. Nuestra experiencia ha sido fundamentalmente con el implante de etonorgestrel de 3 años de duración.

Los dispositivos intrauterinos presentan una tasa de fracaso en adultas de 1,5 por 100 años mujer, mientras que en adolescentes esta tasa se eleva a un 7%, principalmente debido al menor tamaño del útero en nuligestas, lo que favorecería la expulsión.^{7,12} Sólo los recomendamos en adolescentes que ya han tenido un embarazo y/o parto y que voluntariamente opten por este método o que presenten alguna contraindicación para el uso de anticoncepción hormonal. En nuligestas su uso no está absolutamente contraindicado, pero su indicación debe restringirse a situaciones muy específicas que deben ser evaluadas por profesional especialista. La aparición de dispositivos de menor tamaño son una alternativa interesante a considerar en el futuro.

El condón siempre debe recomendarse. La tasa de fracaso se debe principalmente al uso incorrecto. En adultos, para el condón masculino se ha reportado una tasa de fracaso de 2 por 100 años mujer de observación, alcanzando en adolescentes una falla de hasta 13%.^{7, 12} La efectividad descrita para el condón femenino va de 0,8 a 9,5%, existiendo escasos estudios en población adolescente que evalúen su uso y tasas de continuidad.⁷

Los métodos como el coitus interruptus, la abstinencia periódica así como el uso de espermicidas o de la esponja vaginal, no son recomendables por su alta tasa de fracaso en adultas. En adolescentes, particularmente los métodos naturales que necesitan cálculo del período fértil durante el ciclo menstrual son de alto riesgo de fracaso, toda vez que durante los primeros años post menarquia los ciclos menstruales son irregulares con anovulación frecuente. La frecuencia de ciclos anovulatorios postmenarquia reportados es alrededor de 55 – 82% los 2 primeros años, 30 – 55% a los 2 – 4 años y 20% a los 4 - 5 años.¹⁴

El uso del diafragma requiere motivación, entrenamiento y privacidad, describiéndose en adultas una tasa de fracaso de 2% aumentando a 4% en adolescentes.⁷ En nuestra experiencia nos encontramos que a diferencia de otros países, no ha sido difundido en nuestra población, existiendo escasos profesionales que sepan indicar y enseñar adecuadamente su uso. Por otra parte, las mujeres, principalmente adolescentes, presentan dificultad y/o recelo en la manipulación de sus genitales, lo que sin duda hace que este método no sea recomendable para esta población.

Finalmente la anticoncepción de emergencia es un método útil a considerar, independiente del grupo en que la adolescente haya sido clasificada, siendo su indicación como su nombre lo indica sólo en la emergencia, es decir lo más precoz posible posterior a un coito sin protección anticonceptiva, indicando y reforzando mediante una adecuada consejería el uso posterior de métodos anticonceptivos de eficacia adecuada. Lo ideal es el uso vía oral de levonorgestrel: 1,5 mg en una dosis única o separado en dos dosis de 0,75 mg (750 ug) cada 12 horas. También es posible utilizar otros preparados orales que contienen levonorgestrel puro, como los utilizados durante la lactancia, cautelando que la dosis sea equivalente a la

mencionada, lo que se lograría con la ingesta de 25 píldoras cada 12 horas que contengan cada una 30 ug de este progestágeno.¹² En circunstancias en que no se pueda contar con preparados con levonorgestrel, se puede utilizar como alternativa anticonceptivos hormonales combinados con 30 ug de etinil estradiol/150 ug de levonorgestrel, indicando un total de 8 comprimidos por vía oral, distribuidos en dos ingestas de 4 comprimidos, separados por un lapso de 12 horas.⁷ La administración de la AE sería eficaz hasta 5 días posteriores al coito no protegido.

IV.2.3. Contraindicaciones generales de anticoncepción en la adolescencia

En relación a las principales contraindicaciones de uso de anticoncepción en adolescentes, prácticamente no hay contraindicaciones absolutas, considerando que esta población es habitualmente sana. En general las contraindicaciones según patologías son las descritas en los criterios de elegibilidad de la OMS.¹⁵ La principal recomendación es que cada caso debe ser evaluado en forma individual, debiendo en ocasiones derivar a nivel secundario para la elección e indicación del método más adecuado y acorde con las necesidades de cada usuaria en particular. Mención aparte tiene la indicación en las siguientes situaciones:

- Inyectables tipo DMPa de 3 meses de duración: este tipo de anticoncepción se reserva sólo para casos excepcionales, principalmente relacionados con contraindicación absoluta al uso de estrógenos. Consideramos que no es un método de uso habitual en adolescentes debido a efectos secundarios como atrofia endometrial con amenorrea secundaria prolongada, aumento de peso significativo e impacto sobre la mineralización ósea,⁷ aún cuando han habido reportes de recuperación de la densidad ósea a los 2 años de suspendido su uso.
- Inyectables mensuales con alta dosis de estrógenos: como se ha mencionado, preparados con 120 mg alfasona acetofénido/10 mg estradiol enantato no se deben indicar ni en adolescentes ni en mujeres adultas. Dentro de las reacciones adversas se reportan irregularidades menstruales severas.
- "D.I.u. en nuligesta": anteriormente era contraindicación absoluta el uso de DIU en nuligestas, pero la experiencia nos ha llevado a indicarlo en casos

también de excepción, en que por un lado hay contraindicación al uso de estrógenos y por otra parte el uso de progestágenos orales puros más las características propias de la adolescente a la que estamos tratando, hacen que el riesgo de falla del método sea muy alto. Cuando hemos debido optar por este tipo de anticoncepción, hemos preferido la utilización del DIU medicado con levonorgestrel de 20 ug/día, pues tiene un mejor control de flujo menstrual y menor riesgo de procesos inflamatorios pelvianos. En la actualidad está en fase III un proyecto de investigación internacional y multicéntrico en que se está evaluando la efectividad de DIU medicado con levonorgestrel en menor dosis que el existente, cuya particularidad es que por su menor tamaño sería mejor tolerado en nuligestas. anticoncepción hormonal con antecedente de menarquia tardía sin estudio adecuado: podemos estar en presencia de un retraso puberal no diagnosticado y al inducir regla con anticoncepción hormonal sin haber realizado un estudio previo en estas pacientes, podríamos enmascarar el cuadro clínico de base.

Anticoncepción hormonal con signos de hiperandrogenismo sin diagnóstico previo: en pacientes con signos clínicos evidentes de hiperandrogenismo, las dos principales causas son el Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP) o Hiperandrogenismo Ovárico Funcional y la Hiperplasia Suprarrenal Congénita tardía. En estas pacientes dentro del estudio está indicado medir testosterona total y SHBG para obtener el índice de andrógenos libres, debiendo solicitar además 17 OHP (17 hidroxiprogesterona) y DHEA-S (dehidroepiandrosterona sulfato) en fase folicular precoz para descartar o confirmar origen suprarrenal.

En pacientes con hiperandrogenismo muy severo, de rápida presentación y progresión, asociado a signos de virilización se debe descartar un posible origen tumoral.

En general, frente a una adolescente que ya ha iniciado actividad sexual no protegida o con alto riesgo de iniciar su vida sexual, que clínicamente no tiene signos de virilización y que nos impresiona como un SOP, preferimos iniciar anticoncepción aún cuando no contemos con el estudio hormonal. Tuvimos un caso de una adolescente que por esperar realizar el estudio regresó a control con los exámenes

solicitados y con una gestación de 10 semanas. Personalmente mi conducta en estos casos ha sido indicar la toma de los exámenes hormonales desde el 3° al 5° día del ciclo, e iniciar anticoncepción con ACO de 30 ug de etinil estradiol/150 ug de levonorgestrel no más allá del 5° día, con cambio a anticoncepción hormonal combinada con progestágenos de mayor efecto antiandrogénico, en el 1° día del flujo rojo del ciclo siguiente.

IV.2.4. Principales consideraciones para la indicación de anticoncepción en adolescentes.

Como hemos mencionado, para indicar un método anticonceptivo hay que considerar y evaluar varios aspectos, como el perfil o características propias de el/la adolescente consultante, así como la aceptabilidad y eficacia del método a recomendar. De utilidad ha sido la clasificación de adolescentes consultantes en 3 grupos (A, B y C) considerando sus antecedentes de fecundidad.^{7, 12}

El grupo A es aquella adolescente sin experiencia reproductiva previa, es decir nuligesta, en las cuales habitualmente la actividad sexual es esporádica, con relación de pareja débil y fertilidad que aún no ha sido probada.

El grupo B es la adolescente que ha tenido un embarazo, pero ha habido pérdida reproductiva antes de la viabilidad fetal, por lo que la fertilidad no está absolutamente probada. Este grupo presenta actividad sexual menos esporádica que el grupo anterior, pero con relación de pareja que puede continuar siendo débil.

El grupo C es la adolescente que ha tenido un parto, generalmente tiene actividad sexual más regular, con relación de pareja algo más estable que los grupos anteriores y ya ha probado su fertilidad.

En la indicación del método tenemos que tener presente que el Grupo C es en general el menos conflictivo, tienen mejor aceptabilidad del método siendo la indicación similar a las mujeres adultas. El Grupo A es el más difícil, debido a la probabilidad de menor aceptabilidad y mayor abandono de métodos anticonceptivos. El Grupo B está entre ambos grupos, pero se asemeja más al grupo A. En adolescentes del grupo A y B se recomienda habitualmente el uso de anticoncepción hormonal combinada. A todas las consultantes, independiente del grupo en el que se

encuentren, se les debe recomendar y enseñar el uso adecuado del condón, como prevención de ITS/VIH. En la práctica todos los grupos tienen una gran necesidad de educación y consejería adecuada en SSR.^{7, 12} Es interesante consignar que aún cuando el grupo C es el menos conflictivo, alrededor del 60% tiene riesgo de repetir la condición de embarazo antes de los 2 años.⁷

IV.2.5. Perfil de uso de anticoncepción en adolescentes

Los factores más importantes asociados al perfil de uso de anticonceptivos en adolescentes son de índole biopsicosocial, relacionados con las fases del desarrollo de la adolescencia y con el entorno psicosocial. En general, respecto a la elección del método debemos elegir el o los métodos anticonceptivos que puedan prevenir las principales consecuencias de la actividad sexual no protegida, como embarazo e ITS/VIH. Es importante aclarar que según mi experiencia, cuando una adolescente o pareja de adolescente consulta para iniciar un método anticonceptivo, es perentorio realizar la indicación lo más oportunamente posible, sin poner obstáculos como la realización del examen ginecológico o pruebas de laboratorio. En la gran mayoría de los casos se trata de adolescentes sin ninguna patología, por lo que la indicación anticonceptiva puede realizarse por cualquier profesional de la atención primaria debidamente capacitado, resultando la referencia a nivel secundario en situaciones muy particulares. Es crucial entender que las principales limitaciones en la indicación y continuidad de la anticoncepción tiene relación con los condicionantes de la conducta de los/las adolescentes, con los mitos y creencias existentes y con el acceso a la atención en salud.

En relación a los condicionantes de la conducta nos encontramos que la edad promedio de inicio de la actividad sexual ha disminuido a 16,3 años en varones y 17,1 años en mujeres.¹⁶ En adolescentes de nivel socioeconómico medio – bajo esta edad promedio fue de 15,7 años en varones y 15,5 años en mujeres,¹⁷ mientras que el tiempo transcurrido entre el inicio de la relación afectiva y el inicio de actividad sexual fue de 6,2 meses en hombres y 7,5 meses en mujeres.¹⁷ Los/las adolescentes durante su desarrollo psicológico experimentan una percepción a menudo inestable respecto a su autoimagen, con valoración frecuentemente negativa, con tendencia al

oposicionismo, a la impulsividad y a la sensación de invulnerabilidad u omnipotencia.¹⁸ Estas características propias del desarrollo, pueden situar a los/las adolescentes en condiciones de vulnerabilidad para presentar conductas de riesgo. Desde el punto de vista cultural cada vez nos encontramos con una mayor cantidad de mensajes contradictorios en los medios de comunicación, donde la sexualidad es un producto que vende asociado al éxito y mayores expectativas de triunfo, lo que sumado a la carencia de programas de educación sexual transversales, oportunos y veraces, condicionan otro factor determinante en la actividad sexual no protegida. Finalmente las condiciones de hacinamiento, pobreza, disfunción familiar, carencias afectivas, baja autoestima, deserción escolar y el consumo de alcohol y drogas son otros factores de riesgo importantes a considerar.

En la práctica diaria, lamentablemente a menudo podemos comprobar que la información que los/las adolescentes consultantes por Salud Sexual y Reproductiva (SSR) poseen sobre sexualidad es insuficiente y en muchos casos errada, asociándose con gran frecuencia a mitos y creencias existentes, dentro de los cuales tenemos por ejemplo: “los anticonceptivos hormonales producen esterilidad femenina que se presenta muchos años después”; “los anticonceptivos hacen mal al organismo”; “los anticonceptivos hacen engordar, salir pelos y producen cáncer”; “la abstinencia periódica afecta la salud mental de las personas”.¹⁸

La accesibilidad a la atención en salud es otro pilar fundamental a considerar cuando hablamos de anticoncepción en adolescentes. Sin duda que la falta de preparación del equipo que atiende adolescentes, así como la inexperiencia del profesional, la dificultad en la comunicación con el/la adolescente, el manejo difícil de los padres o acompañantes y finalmente la valoración negativa sobre la sexualidad de los/las adolescentes, contribuye a una atención de menor calidad que incidirá directamente sobre la continuidad del método indicado. Otro aspecto vital se refiere a la preocupación por el respeto a la confidencialidad en la atención, resultando en la práctica un tema preocupante, particularmente para aquellos/as adolescentes con mayor prevalencia de factores de riesgo relevantes para su salud, traduciéndose en una importante barrera para el acceso a la atención, cuando existen dudas respecto a la divulgación de la información entregada

confidencialmente,¹⁹ por ende hay que tener especial cuidado, pues si aumentamos las restricciones respecto al manejo de la confidencialidad, podemos ejercer un efecto contrario al esperado, derivando en una fuente de limitación al acceso en la atención, principalmente de aquellos que tienen un mayor riesgo de resultados negativos para su salud.

IV.2.6. Conocimiento de métodos anticonceptivos.

Es conocido que muchos adolescentes tienen un conocimiento inadecuado sobre los métodos de anticoncepción, pues la motivación que presentan para buscar información sobre el tema es insuficiente, consideran que el riesgo que corren es mínimo.

El conocimiento y práctica sobre métodos anticonceptivos en los adolescentes merece especial atención sobre todo a nivel de las ciudades donde generalmente los embarazos son no planificados y terminan en abortos practicados por empíricos en condiciones sanitarias inadecuadas o en el abandono de la mujer o del hijo configurando así el problema social de la madre soltera, contrariamente, en las áreas rurales y en algunos grupos sociales, los embarazos a muy temprana edad aún forman parte de los patrones culturales existentes.

La falta de información y el desconocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos, la poca accesibilidad a los servicios de salud por barreras socioculturales, económicos y comunicación inadecuada entre padres e hijos, contribuyen al inicio temprano de las relaciones sexuales, generando abortos, deserción escolar, embarazo precoz, infecciones de transmisión sexual VIH(SIDA).

Es importante que los tutores brinden información y orientación en las aulas sobre los métodos anticonceptivos, uso, ventajas y desventajas principalmente a las adolescentes de los grupos 14 – 17 años el cual es un grupo en riesgo en iniciar su actividad sexual a temprana edad.²⁰

V. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la entrevista.	10-13 14-16 17-19	Ordinal
Sexo	Estado genotípico condicionado genéticamente y que determina el género al que pertenece un individuo.	Masculino Femenino	Nominal
Estado civil	Condición social del paciente al momento de la investigación	Soltero Unión libre Casada	Nominal
Escolaridad	Curso o grado al que llegó la paciente en una escuela o colegio.	Primaria Secundaria Universitaria Técnico	Nominal
Conoce los métodos anticonceptivos	Conocimiento sobre los métodos que impide o reduce significativamente la posibilidad de una fecundación.	Si No	Nominal
Función de los métodos anticonceptivos	Sabe el uso de los métodos anticonceptivos	Si No	Nominal
Porque medio ha escuchado de los métodos anticonceptivos	Medio de comunicación por el cual escucho o se le informo sobre estos métodos	Radio Televisión Escuela Internet Unap Promotores de	Nominal

		salud	
Uso de los métodos anticonceptivos	Método por el cual se puede impedir un embarazo o una infección de transmisión sexual	ITS Embarazo No sabe	Nominal
Métodos anticonceptivos que conoce	Conocimiento sobre los diferentes métodos anticonceptivos que existen	Pastillas Inyección Condón DIU Método del ritmo Ligadura de trompas Vasectomía Píldora del día después No conoce	
Pueden ser usados los métodos anticonceptivos por todas las personas	Uso de los métodos anticonceptivos por las personas	Si No	Nominal
Método más eficaz para evitar el contagio de infecciones de transmisión sexual	Cuál de los métodos es más conocido para evitar una infección de transmisión sexual	Diu Condón Pastillas Norplant	Nominal
Cuales métodos son hormonales	Tipos de métodos que son hormonales	Pastillas Inyección DIU Ligadura de trompas	Nominal

Método de esterilización masculino irreversible	Método por el cual se evita permanentemente que el hombre deje embarazada a la mujer	Vasectomía Condón DIU	Nominal
Método de esterilización femenino irreversible	Método por el cual se evita permanentemente que la mujer se quede embarazada	Ligadura de trompas Vasectomía DIU	Nominal

Estaá constituida por todos los adolescentes de la Comunidad La Bombita, Azua.

VI.4. Muestra.

La muestra está constituida por todos los adolescentes que asisten al Centro de Atención primaria de la Comunidad La Bombita, julio-septiembre 2013

VI.5. Criterios de inclusión.

- Todos los adolescentes que asistieron al Centro de Atención Primaria de la Comunidad La Bombita, Azua.
- Cuestionarios completos.

VI.6. Criterios de exclusión.

- Adolescentes que no cumplieron con los criterios de inclusión.

VI.7. Técnicas y procedimientos.

El instrumento empleado fue un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas, que fue aplicado a través de la entrevista.

La forma de aplicación del instrumento fue a los adolescentes atendidos durante el período de tiempo.

VI.8. Tabulación

Los datos obtenidos en la presente investigación fueron sometidos a revisión para su procesamiento y tabulación para lo que se utilizó el programa Epi-Info.

VI.9. Análisis

Los datos obtenidos en el estudio se presentan en frecuencia simple y las variables que sean susceptibles de comparación. Se analizaron mediante la Chi² considerándose de significación estadística $p=0.05$.

VI.10. Aspectos éticos

La información manejada fue estrictamente confidencial, así como los nombres de las pacientes involucradas en el estudio.

VII. RESULTADOS.

Cuadro 1. Prevalencia sobre la información clara y precisa de los métodos anticonceptivos que existen en la actualidad, en adolescentes del Centro de Atención Primaria La Bombita julio – septiembre 2013. Según edad.

Edad (años)	Conocimiento							
	Bueno		Regular		Malo		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
< 13	11	10.7	17	16.5	2	1.9	30	29.1
14-16	12	11.6	42	40.8	5	4.8	59	57.3
> 17	8	7.8	5	4.8	1	1.0	14	13.6
Total	31	30.1	64	62.1	8	7.8	103	100.0

Fuente: Archivo Centro de Atención Primaria La Bombita.

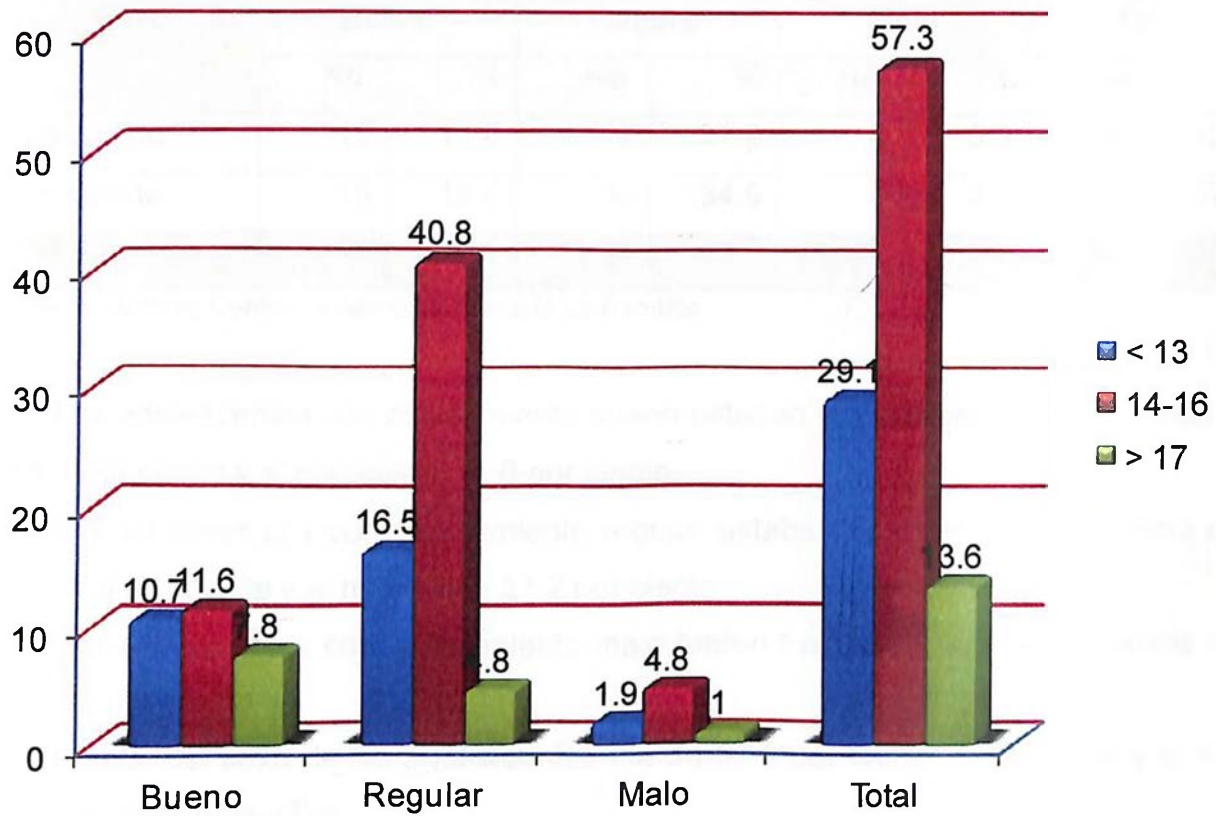
Los adolescentes con conocimiento bueno estaban entre las edades de 14-16 años con un 11.6 por ciento, seguido de menores de 13 años con un 10.7 por ciento y mayores de 17 años con un 7.8 por ciento.

Los adolescentes con conocimiento regular estaban entre las edades de 14-16 años con un 40.8 por ciento, seguido de menores de 13 años con un 16.5 por ciento y mayores de 17 años con un 4.8 por ciento.

Los adolescentes con conocimiento malo estaban entre las edades de 14-16 años con un 4.8 por ciento, seguido de menores de 13 años con un 1.9 por ciento y mayores de 17 años con un 1.0 por ciento.

El total de las edades de los adolescentes fue de 57.3 por ciento de 14-16 años, el 29.1 por ciento menores de 13 años y el 13.6 por ciento mayores de 17 años.

Grafico 1. Prevalencia sobre la información clara y precisa de los métodos anticonceptivos que existen en la actualidad, en adolescentes del Centro de Atención Primaria La Bombita julio-septiembre 2013. Según edad.



Fuente: Cuadro 1.

Cuadro 2. Prevalencia sobre la información clara y precisa de los métodos anticonceptivos que existen en la actualidad, en adolescentes del Centro de Atención Primaria La julio-septiembre 2013. Según sexo.

Sexo	Conocimiento							
	Bueno		Regular		Malo		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Masculino	12	11.6	28	27.2	4	3.9	44	42.7
Femenino	19	18.4	36	34.9	4	3.9	59	57.3
Total	31	30.1	64	62.1	8	7.8	103	100.0

Fuente: Archivo Centro de Atención Primaria La Bombita.

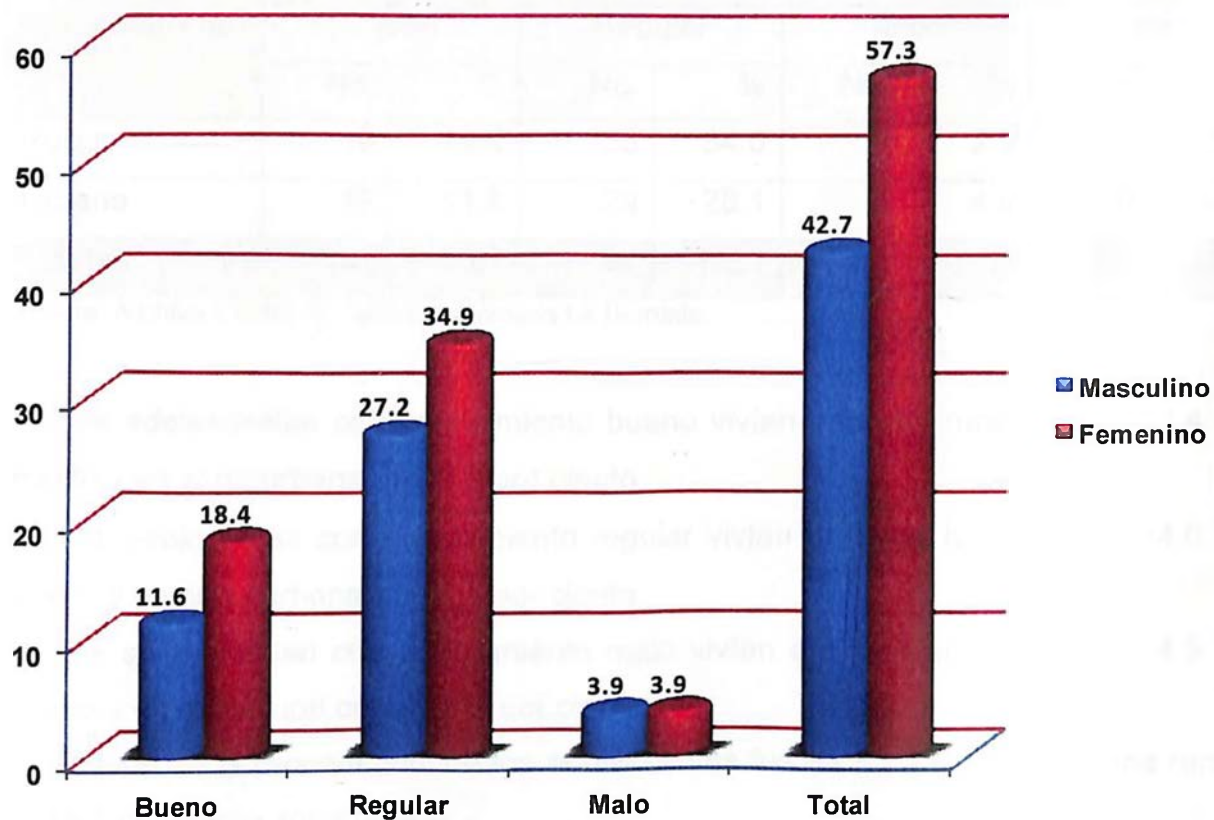
Los adolescentes con conocimiento bueno estaban entre el sexo femenino con un 18.4 por ciento y el masculino 11.6 por ciento.

Los adolescentes con conocimiento regular estaban entre el sexo femenino con un 34.9 por ciento y el masculino 27.2 por ciento.

Los adolescentes con conocimiento malo fueron frecuentes en los dos sexos con un 3.9 por ciento.

El total del sexo de los adolescentes fue de 57.3 por ciento el femenino y el 42.7 por ciento el masculino.

Grafico 2. Prevalencia sobre la información clara y precisa de los métodos anticonceptivos que existen en la actualidad, en adolescentes del Centro de Atención Primaria La Bombita juio-septiembre 2013. Según sexo.



Fuente: Cuadro 2.

Cuadro 3. Prevalencia sobre la información clara y precisa de los métodos anticonceptivos que existen en la actualidad, en adolescentes del Centro de Atención Primaria La Bombita julio- septiembre 2013. Según procedencia.

Procedencia	Conocimiento							
	Bueno		Regular		Malo		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Rural	19	18.4	35	34.0	3	2.9	57	55.3
Urbana	12	11.6	29	28.1	5	4.8	46	44.7
Total	31	30.1	64	62.1	8	7.8	103	100.0

Fuente: Archivo Centro de Atención Primaria La Bombita.

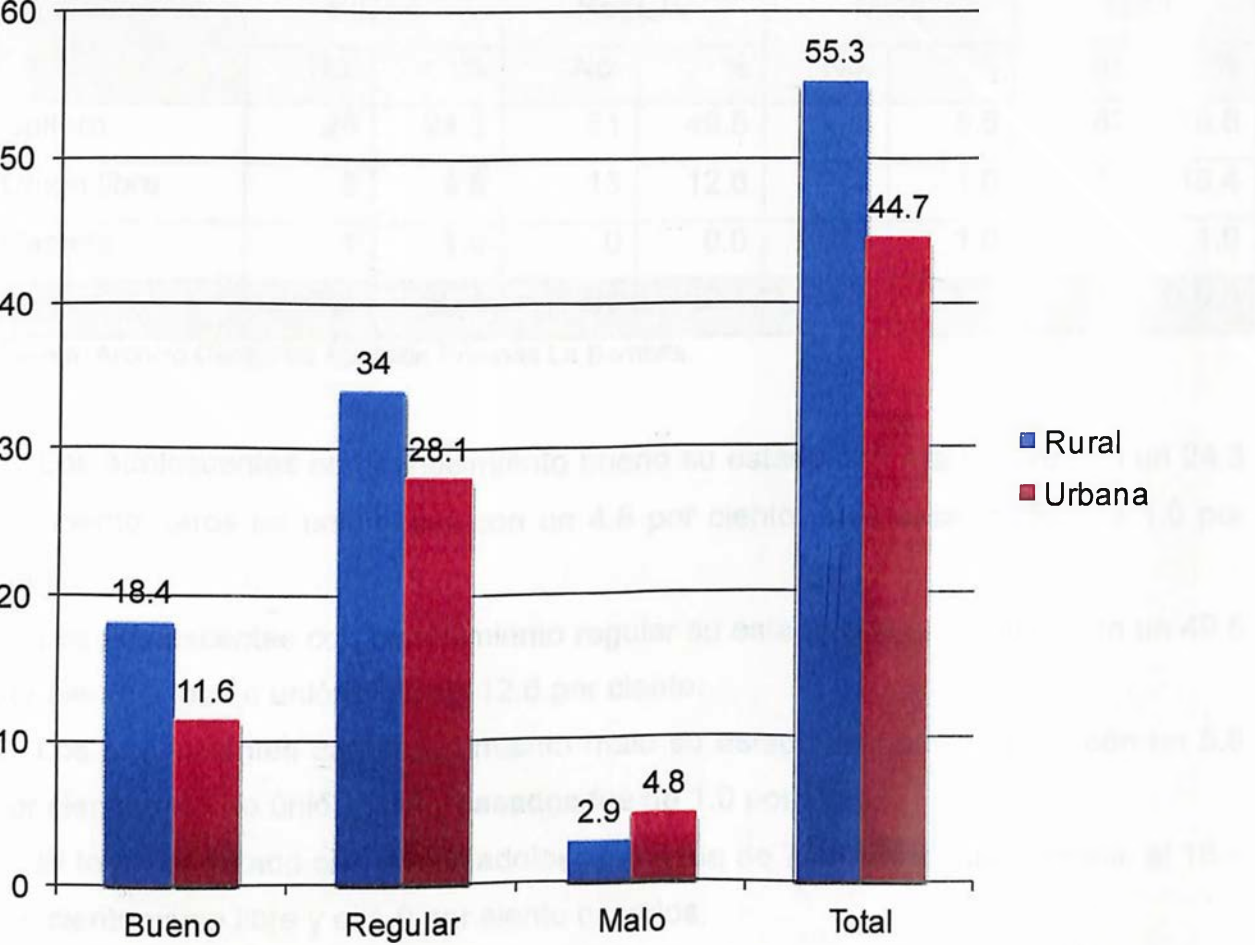
Los adolescentes con conocimiento bueno vivían en zona rural con un 18.4 por ciento y en zona urbana un 11.6 por ciento.

Los adolescentes con conocimiento regular vivían en zona rural con un 34.0 por ciento y en zona urbana un 28.1 por ciento.

Los adolescentes con conocimiento malo vivían en zona urbana con un 4.8 por ciento y en zona rural con un 2.9 por ciento.

El total de la procedencia de los adolescentes fue de 55.3 por ciento zona rural y el 44.7 por ciento zona urbana.

Grafico 3. Prevalencia sobre la información clara y precisa de los métodos anticonceptivos que existen en la actualidad, en adolescentes del Centro de Atención Primaria La Bombita julio-septiembre 2013. Según procedencia.



Fuente: Cuadro 3.

Cuadro 4. Prevalencia sobre la información clara y precisa de los métodos anticonceptivos que existen en la actualidad, en adolescentes del Centro de Atención Primaria La Bombita julio-septiembre 2013. Según estado civil.

Estado civil	Conocimiento							
	Bueno		Regular		Malo		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Soltero	25	24.3	51	49.5	6	5.8	82	79.6
Unión libre	5	4.8	13	12.6	1	1.0	19	18.4
Casada	1	1.0	0	0.0	1	1.0	2	1.9
Total	31	30.1	64	62.1	8	7.8	103	100.0

Fuente: Archivo Centro de Atención Primaria La Bombita.

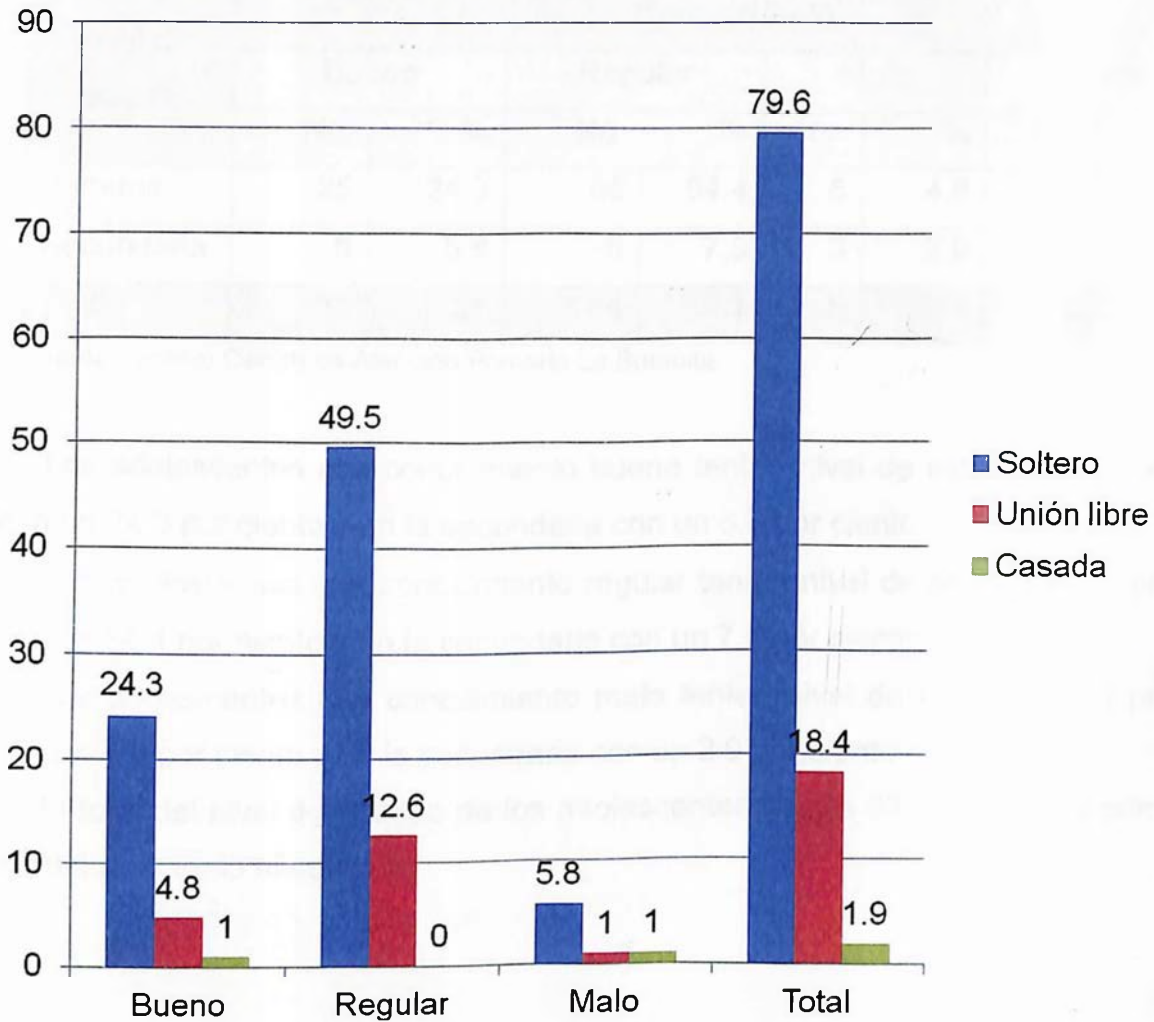
Los adolescentes con conocimiento bueno su estado civil era soltero con un 24.3 por ciento, otros en unión libre con un 4.8 por ciento y los casados fue de 1.0 por ciento.

Los adolescentes con conocimiento regular su estado civil era soltero con un 49.5 por ciento y los de unión libre de 12.6 por ciento.

Los adolescentes con conocimiento malo su estado civil era solteros con un 5.8 por ciento y los de unión libre y casados fue de 1.0 por ciento.

El total del estado civil de los adolescentes fue de 79.6 por ciento solteros, el 18.4 por ciento unión libre y el 1.9 por ciento casados.

Grafico 4. Prevalencia sobre la información clara y precisa de los métodos anticonceptivos que existen en la actualidad, en adolescentes del Centro de Atención Primaria La Bombita julio-septiembre 2013. Según estado civil.



Fuente: Cuadro 4.

Cuadro 5. Prevalencia sobre la información clara y precisa de los métodos anticonceptivos que existen en la actualidad, en adolescentes del Centro de Atención Primaria La Bombita julio- septiembre 2013. Según nivel de estudio.

Nivel de estudio	Conocimiento							
	Bueno		Regular		Malo		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Primaria	25	24.3	56	54.4	5	4.8	86	83.5
Secundaria	6	5.8	8	7.8	3	2.9	17	16.5
Total	31	30.1	64	62.1	8	7.8	103	100.0

Fuente: Archivo Centro de Atención Primaria La Bombita.

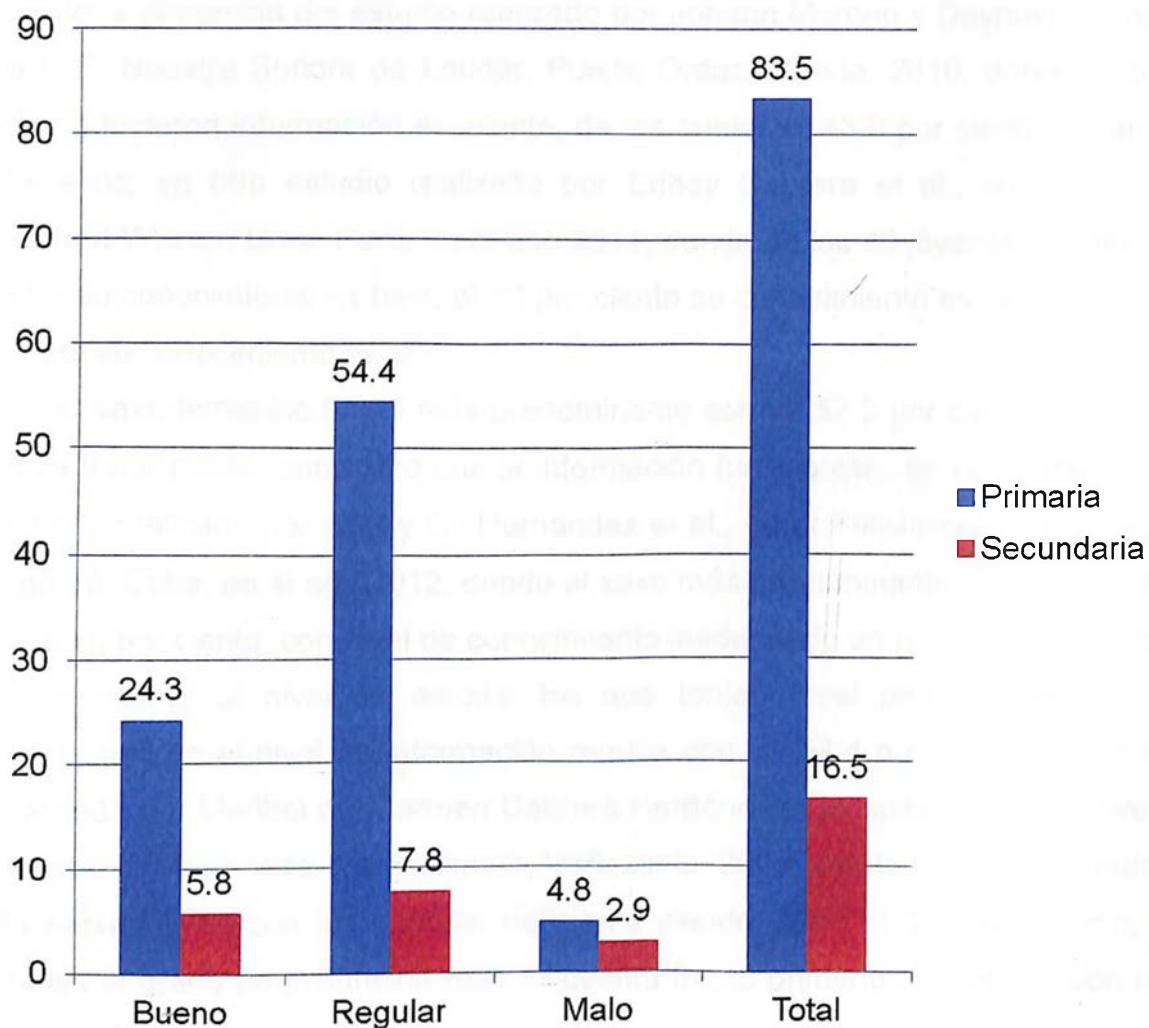
Los adolescentes con conocimiento bueno tenían nivel de estudio en la primaria con un 24.3 por ciento y en la secundaria con un 5.8 por ciento.

Los adolescentes con conocimiento regular tenían nivel de estudio en la primaria con un 54.4 por ciento y en la secundaria con un 7.8 por ciento.

Los adolescentes con conocimiento malo tenían nivel de estudio en la primaria con un 4.8 por ciento y en la secundaria con un 2.9 por ciento.

El total del nivel de estudio de los adolescentes fue de 83.5 por ciento primaria y el 16.5 por ciento secundaria.

Gráfico 5. Prevalencia sobre la información clara y precisa de los métodos anticonceptivos que existen en la actualidad, en adolescentes del Centro de Atención Primaria La Bombita julio-septiembre 2013. Según nivel de estudio.



Fuente: Cuadro 5.

VIII. DISCUSIÓN.

Según lo reportado en los resultados la mayoría de los adolescentes entrevistados consideraron que fue regular la información clara y precisa de los métodos anticonceptivos que existen en la actualidad, siendo estos el 62.1 por ciento, de los cuales la edad más frecuente fue de 14-16 años con un 40.8 por ciento; a diferencia del estudio realizado por Johana Moreno y Daynuvis Rangel, en la U.E. Nuestra Señora de Lourdes, Puerto Ordaz, Bolivia, 2010, donde el 54.0 por ciento tuvieron información excelente, de los cuales el 43.0 por ciento tenían de 13-14 años; en otro estudio realizado por Edhey Cabrera et al., en la Universidad Norbert Wiener, Lima, Perú, en el año 2011, donde de los 40 jóvenes encuestados el 30% su conocimiento es bajo, el 60 por ciento su conocimiento es regular y el 10 por ciento su conocimiento es alto.

El sexo femenino fue el más predominante con un 57.3 por ciento, de los cuales el 34.9 por ciento considero que la información fue regular; en comparación con un estudio realizado por Arletty Gil Hernández et al., en el Policlínico Joaquín Agüero y Agüero, Cuba, en el año 2012, donde el sexo más predominante fue el femenino con un 60.0 por ciento, con nivel de conocimiento inadecuado en un 78.7 por ciento.

En cuanto al nivel de estudio los que tenían nivel primario tuvieron mayor influencia en el nivel de información regular con un 54.4 por ciento; en un estudio realizado por Maribel del Carmen Cabrera Hernández, Hospital Central Universitario Antonio María Pineda, Barquisimeto, Venezuela, 2001, donde hubo mayor porcentaje de encuestados con información deficiente siendo estos el 60.5 por ciento, de los cuales el grado de institución más influyente fue el primario incompleto con un 30.5 por ciento.

IX. CONCLUSIONES.

- Del total de pacientes entrevistados el 62.1 por ciento consideraron que fue regular la información sobre los métodos anticonceptivos.
- Del 62.1 por ciento de los pacientes entrevistados con información regular, 40.8 por ciento tenían de 14-16 años.
- El sexo más predominante en los de nivel regular, fue el masculino con un 34.9 por ciento.
- De los 62.1 por ciento de los pacientes con nivel regular, el 34.0 por ciento provenían de zonas rurales.
- La mayoría de los entrevistados eran solteros con un 79.6 por ciento, de los cuales el 49.5 por ciento tenían información regular.
- En el grupo de pacientes con nivel de conocimiento regular, hubo mayor predominio en los que tuvieron nivel de estudio primaria para un 54.4 por ciento.

X. RECOMENDACIONES.

- Implementar charlas informativas apoyadas con videos, folletos, etc. para permitir a las personas, planificar, dirigir y educar para el mejoramiento de la información clara y precisa sobre el uso de métodos de planificación familiar.
- Para poder responder dudas, además de brindarles charlas, se deberían entregar guías informativas que puedan servir de modelo educativo para enseñar, de manera más dinámica, los temas relacionados a la planificación familiar en todos sus ámbitos.
- Promover en las instituciones educativas la implementación sobre los beneficios del uso de métodos anticonceptivos en coordinación con el sector salud.
- Mayor difusión en medios de comunicación, sobre temas relacionados al uso de métodos anticonceptivos.

XI. REFERENCIAS.

1. Gonzalez-Garza C, Rojas-Martinez R, Hernandez-Serrato M, Olaiz-Fernandez G. Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad: resultados de la ENSA 2000. *Salud Publica Mex* 2005;47(3): 209-218.
2. Ipaguirre M. Riesgos sexuales y reproductivos en adolescentes de centros educativos de zona urbana y semiurbana, Huancayo, abril 2006-marzo 2007. *Revista Salud, Sexualidad y Sociedad* 2008;2(2).
3. Della M, Landoni A. Uso de metodos anticonceptivos e informacion sexual en relacion con los antecedentes de aborto en una muestra de adolescentes Embarazadas. *Rev Hosp Mat Inf Ramon Sarda* 2003;22(1):3-10.
4. Rivera, F. Nivel de conocimiento sobre los metodos anticonceptivos que tienen las adolescentes embarazadas. República Bolivariana de Venezuela. Hospital Dr. Adolfo Prince Lara. Puerto Cabello. Junio – Julio 2010
5. Chelhond Boustanie, EA. Impacto de la educación sexual en el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en dos instituciones públicas en condición de semilibertad y abandono, Caracas, Venezuela. Vol 18, No 2 (Diciembre 2012).
6. Almeida de Jara Elsa . Rosa Castro de Yepes. Magdalena Guzmán de Suarez. *Manual de la Enfermería*, Madrid, España, editorial Cultural, S.A, 2009. p 20-23
7. Molina R., Montero A. "Anticoncepción en la Adolescencia". En *Texto: selección de temas en ginecoobstetricia*, tomo II, 1º Edición. Eghon Guzmán (ed). Ediciones Publimpacto, 2007, Santiago de Chile. 795 - 825.
8. Greydanus D., Rimsza M., Matytsina L. "Contraception for college students". *Pediatr Clin N Am* 2005 (52): 135 - 161.
9. World Health Organization. «The intrauterine device (IUD)-worth singing about». *Progress in Reproductive Health Research* 2002; (60): pp. 1–8.
10. Enciclopedia Médica Básica. Ediciones Nauta. (1975). *Esterilización*. PT. 416. (pp. 134). Barcelona.

11. Molina R. "Anticoncepción en la Adolescencia". En Texto: salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Molina R, Sandoval J, González E (eds). 2003. pp: 768 - 782.
12. Croxatto H., Ortiz M. E. "Anticoncepción de emergencia con levonorgestrel". En Texto: Selección de Temas en Ginecoobstetricia, Tomo II, 1° Edición. Eghon Guzmán (ed). Ediciones Publimpacto, 2007, Santiago de Chile. 829 - 844.
13. Molina R., Sandoval J., Montero A., Oyarzún P., Molina T., González E. "Comparative Performance of a Combined Injectable Contraceptive (50 mg Norethisterone Enanthate plus 5 mg Estradiol Valérate) and a Combined Oral Contraceptive (0,15 mg Levonorgestrel plus 0,03 mg Ethinyl Estradiol) in Adolescents". Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 2009; 22: 25 – 31
14. Quint E., Smith Y. "Abnormal uterine bleeding in adolescents". Journal Midwifery Womens Health 2003; 48: 186 – 191.
15. Organización Mundial de la Salud. Riterios médicos de elegibilidad para uso de anticonceptivos. 3° ed; 2005.
16. "Sexta Encuesta Nacional de Juventud", Chile 2009. Instituto Nacional de la Juventud (INJUV), Gobierno de Chile. www.injuv.cl.
17. González E., Molina T., Montero A., Martínez V., Leyton C. "Comportamientos sexuales y diferencias de género en adolescentes usuarios de un sistema público de salud universitario". Rev Méd Chile 2007; 135: 1261-1269.
18. Luengo X. "Características de la adolescencia normal". En Texto: Salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Molina R., Sandoval J., González E (eds). 2003:16 - 23.
19. Lehrer J., Pantell R., Tebb K., Shafer M. "Forgone Health Care among US Adolescents: Associations between risk characteristics and Confidentiality concern". Journal of Adolescent Health 2007; 40: 218 - 226.
20. Peláez Mendoza J. Adolescencia y Juventud. Desafíos actuales. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2002.

21. Richard E. Behrman, Robert M. Kliegman, M.D., Hal B. Jenson. nelson tratado de pediatría 17ava edición. Elsevier España, 2004 :121- 123.
22. Moreno lugo, johanna ninos, Rangel bello daynubes carolaine .conocimientos sobre métodos anticonceptivos en estudiantes de 9no de la ue “nuestra señora de lourdes ,estado bolibar mayo 2000.
23. Leon e.gil y ramirez t.guadalupe ,2000 “realidad fantasma del adolescente” mexico epsa.

XII. ANEXOS

XII.1. Cronograma de actividades

Actividades	Tiempo 2013
Selección del tema	Abril
Búsqueda de referencias	Abril –junio
Elaboración del anteproyecto	Abril –junio
Sometimiento y aprobación	Abril –junio
Recolección de la información	Abril –junio
Tabulación y análisis de la información	2014 Julio
Redacción del informe	Julio
Revisión del informe	Julio
Encuadernación	Agosto
Presentación	Septiembre

XII.2. Instrumento de recolección de datos

PREVALENCIA SOBRE LA INFORMACIÓN CLARA Y PRECISA DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS QUE EXISTEN EN LA ACTUALIDAD, EN ADOLESCENTES DEL CENTRO DE ATENCION PRIMARIA LA BOMBITA JULIO - SEPTIEMBRE 2013

Edad: _____ Sexo: Masculino ___ Femenino ___

Estado civil: soltero _____ unión libre _____ casada _____

Nivel de estudio: primaria _____ secundaria _____

1) Conoce los métodos anticonceptivos

Si _____ No _____

2) Conoce cómo funcionan los métodos anticonceptivos

Si _____ no _____

3) Porque medio ha escuchado hablar de los métodos anticonceptivos.

Radio _____ televisión _____ escuela _____ internet _____ unap _____
promotores de salud _____

4) Los métodos anticonceptivos son para evitar las:

Las ITS _____ embarazos _____ no sabe _____

5) Métodos anticonceptivos que conoce :

Pastillas _____

Inyección _____

Condón _____

Diu _____

Método del ritmo _____

Ligadura de trompas _____

Vasectomía _____

Píldora del día después _____

No conoce _____

6) Pueden ser usados los métodos anticonceptivos por todas las personas

Si _____ no _____

7) cuál es el método mas eficaz para evitar el contagio de infecciones de transmisión sexual?

Diu _____ condón _____ pastillas _____ norplant _____

8) ¿cuáles de los siguientes métodos son hormonales?

pastillas _____ inyección _____ diu _____ ligadura de trompas _____

9) cuál de los siguientes es un método de esterilización masculino irreversible

Vasectomía _____ condón _____ diu _____

10) cuál de los siguientes es un método de esterilización femenino irreversible?

Ligadura de trompas _____ vasectomía _____ diu _____

XII.3. Costo y recursos

XII.10.1. Humanos				
<ul style="list-style-type: none"> • 1 sustentante • Dos asesores • Personal médico calificado en número de cuatro • Personas que participaron en el estudio 				
XII.10.2. Equipos y materiales		Cantidad	Precio	Total
Papel bond 20 (8 1/2 x 11)		1 resmas		240.00
Papel Mistique		1 resmas	80.00	540.00
Lápices		2 unidades	180.00	36.00
Borras		2 unidades	3.00	24.00
Bolígrafos		2 unidades	4.00	36.00
Sacapuntas		2 unidades	3.00	18.00
Computador Hardware: Pentium III 700 Mhz; 128 MB RAM; 20 GB H.D.;CD-ROM 52x Impresora HP 932c Scanner: Microteck 3700			3.00	
Software: Microsoft Windows XP Microsoft Office XP MSN internet service Omnipage Pro 10 Dragon Naturally Speaking Easy CD Creator 2.0				
Presentación: Sony SVGA VPL-SC2 Digital data proyector				
Cartuchos HP 45 A y 78 D		2 unidades	600.00	1,200.00
Calculadoras		2 unidades	75.00	150.00
XII.10.3. Información				
Adquisición de libros			5,000	5,000
Revistas			500	500
Otros documentos			150	150
Referencias bibliográficas (ver listado de referencias)			100	100
XII.10.4. Económicos				
Papelería (copias)		1200 copias	1.00	1200.00
Encuadernación		12 informes	250.00	3000.00
Alimentación				1,200.00
Transporte				5,000.00
Imprevistos				2,000.00
			TOTAL	\$63,574.00

*Los costos totales de la investigación fueron cubiertos

Sustentante

Yesy V. Medina

Dra. Yesy V. Medina

Asesores

Luisa Ramírez

Dra. Luisa Ramírez

Claridania Rodríguez

Dra. Claridania Rodríguez

Jurado:

Rosa M. Fina

Dra. Rosanna Fina

[Signature]

Autoridades:

Dr. M. Juntas

Director de enseñanza médica y pos grado

Dra. Yenny Bolte Ruiz

Coordinadora de Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria.

Dr. M. Juntas



[Signature]

Director de la Escuela de Medicina De la UNPHU

[Signature]

Decano de la Facultad de Ciencias De la Salud de la UNPHU

Fecha de presentación: 11/10/2016

Calificación: 96