

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO HENRIQUEZ UREÑA UNPHU

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE LOS ANTICONCEPTIVOS EN
ESTUDIANTES DE 3RO Y 4TO GRADO DEL LICEO SAN FRANCISCO DE
ASIS, BANICA, ENERO- FEBRERO 2018**



**TESIS DE POSTGRADO PARA LA OBTENCION DE GRADO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

SUSTENTANTE:

DRA. VICENTA MAGALLANES MARTÍNEZ

ASESORA

DRA. CLARIDANIA RODRIGUEZ BERROA (METODOLOGICA)

DRA. ALTAGRACIA CRISTINA GRACIANO M. (CLINICA)

DR. ERVIN DAVID JIMENEZ PEREZ (CLINICO)

AGOSTO, 2018

**CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE LOS ANTICONCEPTIVOS EN
ESTUDIANTES DE 3RO Y 4TO GRADO DEL LICEO SAN FRANCISCO DE
ASIS, BANICA, ENERO- FEBRERO 2018**

INDICE

Introducción.....	1
CAPITULO I	
I.1 Antecedentes.....	4
I.2 Planteamiento del problema.....	7
I.3 Objetivos.....	11
I.3.1 General.....	11
I.3.2 Específicos.....	11
I.4 Justificación.....	12
CAPITULO II.	
II.1 Adolescencia.....	12
II.2 Etapas de la adolescencia.....	12
II.3 Conocimientos sobre el uso de anticonceptivos.....	12
II.4 Salud sexual y reproductiva en adolescentes.....	14
II.5 Métodos anticonceptivos.....	17
II.6 Métodos temporales.....	18
II.7 Dispositivos anticonceptivos.....	23
II.8 Cuadro clínico.....	28
CAPITULO III	
III.1 Operacionalización de las variables.....	35
III.4 Material y métodos.....	36
III.4.1 Tipo de estudio.....	36
III.4.2 Población y muestra.....	37
III.4.3 Instrumento y recolección de información.....	37

CAPITULO IV

IV.1 Presentación de los resultados.....	46
IV. 2 Análisis y Discusión de los Resultados	62
IV.2 Conclusiones.....	66
IV.3 Recomendaciones.....	67
Bibliografía.....	69

ANEXOS

AGRADECIMIENTOS

A Dios: amado padre en este momento de mi vida te doy las gracias infinitas, por romper las barreras y ser luz en mi camino para concluir esta tesis.

A mis padres: María C. Martínez y Fausto Magallanes, por su dedicación y entrega total y darme la fortaleza para seguir hacia delante.

A mi esposo: Eleuterio Rosario Moreta, le doy gracias a Dios por tenerlo y ser parte fundamental en estos años, con apoyo su incondicional.

A mis hermanos: por su colaboración y estima, por decir siempre sí cuando se les requería.

A la Alta casa de Estudios, **Universidad Pedro Henríquez Ureña (UNPHU)**, por abrir sus puertas y recibirme.

Al Hospital Docente Universitario Juan Pablo Pina y el Hospital Doctor Vinicio Calventi: Le doy gracias infinitas por abrir sus puertas llenas de conocimiento para formarme con potencial humano y académico. En este, a los grandes maestros que con su capacidad e intelecto colaboraron en esta especialidad.

Al Coordinador de la Residencia Médica en Medicina Familiar y Comunitaria, **Dr. Ervin David Jiménez** y la Jefa de Enseñanza **Dra. Aura Sierra Concepción**, mi agradecimiento por siempre por tener sus puertas abiertas y ser siempre receptivos a escuchar y mostrarse dispuestos a elevar mi conocimiento con sabiduría y respeto, así llevarme por el mejor camino del saber. Gracias a sus consejos me entrego con dedicación y responsabilidad sobre lo que me corresponde como médico.

Gracias a cada uno de los docentes que intervinieron en mi formación académica.

Vicenta Magallanes Martínez

INTRODUCCIÓN

El presente proyecto contiene los elementos teóricos y metodológicos que conforman la propuesta de investigación: “conocimiento y práctica del uso de anticonceptivos en estudiantes de 3ro y 4to grado del liceo San Francisco de Asis, Bánica, enero- febrero 2018”.

El estudio reviste gran importancia, debido a que la educación sexual referente a los métodos anticonceptivos, es un tema que en los actuales momentos requiere ser impartido de forma constante, puesto que los adolescentes cada día presentan más curiosidad acerca del mismo y muchas veces éstos no manejan la información más adecuada, en primer lugar porque en ocasiones los padres por temor no son capaces de hablar con los hijos abiertamente sobre el tema, en segundo lugar por el hecho de que la información que poseen proviene de lo visto a través de los medios de comunicación o por lo que les cuentan otras personas, lo que puede causar que ocurran situaciones que algunas veces dejan marcadas sus vidas.

En la actualidad se está generalizando un concepto integral de salud en el cual se incluye, además de la salud física y mental, la salud sexual. Esta última se entiende como una actividad de promoción y prevención para la reducción del número de abortos y embarazos no deseados en los distintos grupos de edades y en particular en adolescentes. El concepto de salud sexual y reproductiva implica el derecho de tener relaciones sexuales gratificantes sin coerción, sin temor a infecciones o a embarazos no deseados (Brasa et al., 2007; Dalmas et al., 2008).

Por ello la sentencia de lo que integra la salud reproductiva ha progresado en numerosas tendencias, tanto así que se precisa como un estado general de bienestar físico, mental y social y no de solo ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos del sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Esta no se refiere solamente a la planificación familiar, como se

interpretaba en la década de los sesenta, sino que ahora incluye, aspectos biológicos, valores, culturas y la realización personal de cada individuo, tales como la educación sexual, la maternidad sin riesgo, el control de las enfermedades de transmisión sexual, la atención de las complicaciones del aborto en condiciones de riesgo, y la atención de todas las necesidades relacionadas con la reproducción de la especie humana y el cultivo de su potencial (Pineda et al., 1999).

Todos estos cambios implican el inicio de una intensa sexualidad, con múltiples aspectos y sentimientos que según su desarrollo influyen en todo el ámbito personal y social del adolescente. Teniendo en cuenta que se define como sexualidad a la necesidad humana expresada a través del cuerpo, elemento básico de la feminidad o masculinidad, de la autoimagen y de la autoconciencia del desarrollo personal. Estos sentimientos y emociones que acompañan la pubertad y la sexualidad del adolescente, son diversos y están marcados por mitos o consecuencias que evocan desde su etapa infantil, muchas veces reforzadas por la desinformación que presentan al intentar obtener detalles que le expliquen su sentir, generando angustias que de no ser bien orientadas, pueden dificultar el desarrollo de una sexualidad sana (Flórez et al., 1998).

La educación que se les imparte debe incluir información sobre los medios de regulación de la fecundidad y la anticoncepción como principio pedagógico, ya que es en este periodo de la vida cuando se producen definiciones de conductas que regirán en la vida adulta. Indiscutiblemente uno de los aspectos fundamentales de la vida del adolescente lo constituye el sexo, ligado al ser humano como ente biológico y que es un proceso natural, modificado por patrones sociales (Martínez et al., 2006).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se define a la planificación familiar como un proceso tendiente a armonizar la reproducción humana en el nivel familiar de acuerdo con las necesidades de salud y bienestar de la familia, para ello en la actualidad se cuenta con los mecanismos para evitar

un embarazo no deseado, los denominados métodos anticonceptivos, estos adquirieron importancia en la época actual debido a los cambios en la conducta sexual y el crecimiento demográfico e industrial (Vargas et al., 2006).

Los diferentes gobiernos de Latinoamérica promueven a través de políticas de educación y orientación familiar el uso de métodos anticonceptivos, sin embargo sus resultados son inferiores a los obtenidos en otros continentes. El 48% de las mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años de edad) no utilizan métodos anticonceptivos. Solo el 9,36% eligen la píldora como método y el 6% utilizan el preservativo. En Venezuela el 68% utilizan métodos naturales o no usan ninguno. Entre las causas de estas estadísticas se encuentran las limitaciones económicas, sociales, culturales, geográficas y la falta de educación e información (Vargas et al., 2006)

Entendiéndose entonces que la anticoncepción comprende el estudio de los métodos naturales y artificiales para la regulación de la fertilidad y es base fundamental para la planificación familiar, la cual es decisión de pareja para regular el número de hijos que desean tener y en el momento oportuno. El método empleado depende de la decisión libre y responsable dentro de los métodos que tienen eficacia, inocuidad, uso fácil, aceptabilidad y reversibilidad (Mejía., 2002).

ANTECEDENTES

Diversos estudios se han escrito sobre el conocimiento y práctica del anticonceptivo, tanto en el contexto nacional como internacional, en este apartado se recogen los principales elementos de estos para desarrollar una discusión de resultados objetiva y crítica.

En el ámbito nacional, Cleto et al. (2002), llevó a cabo un estudio prospectivo por medio de encuestas, acerca del conocimiento sobre métodos anticonceptivos en una población constituida por 83 estudiantes y encontraron que el método anticonceptivo más conocido fue el preservativo con un 55,3% seguido por las pastillas anticonceptivas con un 24% estando de acuerdo la mayoría que el preservativo es el método más eficaz. La edad más común de los que aceptaron responder la encuesta fue de 16-20 años con un 75,9% en el sexo femenino y un 65% en el sexo masculino. Además concluyeron que los jóvenes de educación media tuvieron un pobre conocimiento sobre métodos anticonceptivos

Cuevas, A. (2008) estudió el “Conocimiento de los anticonceptivos en adolescentes con edades entre 10 -19 años que estudian en el liceo Fabio Amable Moth, en El año escolar 2007-2008”, concluyendo que los adolescentes de 15 y 16 años son los más usuarios en el masculino representando un 27,3 y 31,2 % respectivamente, en tanto que el femenino inició a los 17 y 18 años de edad presentándose el 22, 1% y 28,4%. De los anticonceptivos más utilizados en esta población investigada se observó que el condón fue el de mayor utilidad representando 83,7 %, seguido de la pastilla con un 19,2 %

En el contexto internacional, Peralta Andrea, De la Rosa Cristina, (2011). Realizaron un estudio con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento sobre planificación familiar en las adolescentes que asisten al Hospital Dr. Francisco Antonio Gonzalvo, octubre-noviembre 2011, la Romana se realizó un estudio descriptivo de corte transversal de recolección prospectivo, a través de la entrevista y el cuestionario con un universo de 700 adolescentes para una muestra

de 248. Los hallazgos mas relevantes demostraron que el nivel de conocimiento de los adolescentes estuvo en un 45.5% estando totalmente de acuerdo y el 49.2% tenían estado civil soltera el 47.2% cursaba el nivel primero, el 91.5% procedían de distintos sectores y urbanos, el 33.0% no tiene ningún ingreso económico la edad de inicio de primera relación sexual fue de 15 años en un 19.3%; el 45.2% presentaron un solo embarazo, el 46.4% de las adolescentes estuvo de acuerdo en que la charla es el medio de información más utilizado, la píldora fue el método de planificación más utilizado con 40.3%.

Sánchez et al. (2004), realizaron un estudio descriptivo por medio de encuestas en España sobre adolescentes y métodos anticonceptivos, con la finalidad de estimar el conocimiento que tienen los alumnos sobre este tema. Encontraron que el mayor porcentaje de los estudiantes consideraron como principal fuente de información a los medios de comunicación con un 50%, seguido de los amigos con un 37,5%, mientras que el 58,3% de ambos sexos tienen una buena información sobre los métodos anticonceptivos.

Cepero et al. (1999), llevaron a cabo un estudio descriptivo de corte transversal por medio de encuestas en la ciudad de la Habana en Cuba, la muestra estuvo constituida por 172 estudiantes de ambos sexos, para determinar el nivel de información sobre los métodos anticonceptivos. Se encontró que existió un predominio del sexo masculino con un 57,7%, además los anticonceptivos más conocidos en ambos sexos fueron los dispositivos intrauterinos, en segundo lugar el preservativo, solo 64 varones de un total de 87 refieren conocerlo, en el sexo femenino 68 de 75 lo conocían. En cuanto a las fuentes principales de información en el sexo masculino un 78,5 % refirieron que provenían de sus profesores, de sus padres con un 59,7%, mientras que el sexo femenino plantea que recibieron información de sus padres en un 81,3 % y de profesores en un 80%.

Asimismo, Varona (2004), realizó un estudio descriptivo en Cuba, por medio de encuestas sobre adolescencia, sexualidad y anticoncepción y los

conocimientos sobre el tema. La muestra estuvo constituida por 665 adolescentes en edades comprendidas entre 12 y 19 años y encontraron que el mayor porcentaje de adolescentes recibieron información previa sobre el uso de métodos anticonceptivos a través de la radio y la televisión, con 30,5 %, seguidos por padres con 20,7 % y el 1,3 % refirieron no haber recibido información. Los métodos anticonceptivos más conocidos fueron los dispositivos intrauterinos, píldoras anticonceptivas y el preservativo

En Chile, Fétis et al. (2008), realizaron un estudio de investigación de corte transversal a través de cuestionarios para determinar los factores asociados al uso de anticonceptivos en estudiantes de enseñanza media de la comuna de Tamuco y encontraron que el 35,4% manifiesta haber tenido alguna vez relaciones sexuales, la edad de inicio promedio en mujeres fue de 15,5 años y en hombres de 14,3 años, de estos el 37% manifestó haber usado algún método en su primera relación sexual. El 17% refiere actividad sexual actual, 41,9% en mujeres y 58,1% en hombres. Además el 51,2% usan algún método anticonceptivo.

Los estudios de los últimos años demuestran que la actividad sexual de los adolescentes se inicia cada vez a una edad más temprana, incrementando el riesgo biológico, emocional y social debido a que se observa poca y confusa información sobre la sexualidad y los cambios que se producen durante esta etapa, que muchas veces los sorprende con grandes dudas o con hechos ya consumados. Por su parte para ambos sexos, las características psicosociales que facilitan la relación sexual sin protección, incluyen la impulsividad y la omnipotencia, típica de los jóvenes.

A esto se le suma el poco conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos y su uso; la mitad de los embarazos tienen lugar a los seis meses del inicio de las relaciones sexuales y el 20% durante el primer mes (Dalmas et al., 2008; Coronel et al., 2005).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel mundial se reconoce un aumento de la actividad sexual de los adolescentes y concomitantemente una disminución en la edad de inicio de las relaciones sexuales, incrementándose con esto la incidencia de partos en mujeres menores de 20 años. (Issler, 2001).

Según la Organización Mundial de la Salud, (OMS, 2014), los conocimientos y prácticas de los métodos anticonceptivos se han convertido problema de carácter global por las implicaciones de estas. De un lado está el incremento de las tasas de Infecciones de Transmisión Sexual, el cual equivale a más del 50% de los casos nuevos de VIH/SIDA en el mundo se presenta en jóvenes y sobre todo en países en vías de desarrollo, el desequilibrio socioeconómico que representa un embarazo no deseado y en el peor de los casos una enfermedad de transmisión sexual, sífilis, gonorrea, virus de papiloma humano u otra.

Los adolescentes constituyen un grupo de alta vulnerabilidad debido a las características propias de esta edad, así como la carencia de información y conocimientos en Temas muy importantes dentro del universo de la Salud Sexual y Reproductiva, sobre todo con respecto a los Métodos Anticonceptivos. Estudios realizados a nivel nacional reportan que los adolescentes usan poco los métodos anticonceptivos, y si los usan lo hacen de forma y manejo incorrecto.

Lo anterior revela un aspecto que está siendo descuidado: la educación sexual. En el Liceo Francisco de Asis, los estudiantes de 3ro. y 4to grado del Nivel Secundario, muestran poco conocimiento sobre los anticonceptivos y su uso. De ahí que resulta significativa comprender el conocimiento y las prácticas.

La sexualidad humana general y el comportamiento sexual en particular, constituyen un componente medular del funcionamiento humano. Esta área adquiere un especial significado en la adolescencia, frente a la sexualidad adolescente hay elementos que permanentemente se enfrentan entre sí, tales como: familia, sociedad, cambios somáticos y hormonales, deseo de independencia; los cuales determinan su conducta y desarrollo posterior (4).

En los últimos tiempos se asiste a lo que se ha llamado revolución sexual, determinada por la cada vez más temprana iniciación de las relaciones sexuales en los jóvenes, debido entre otras cosas a cambios en la actitud social hacia la sexualidad y a una maduración sexual más temprana. Esta precocidad en las relaciones sexuales no va paralela a una adecuada educación sexual que brinde al adolescente la información sobre las consecuencias de tal acto, para el cual no están preparados.

Formulación del problema

A partir de lo expuesto anteriormente, surgen las siguientes interrogantes:

¿Cuál es el conocimiento y práctica sobre los métodos anticonceptivos en estudiantes de 3ro y 4to grado del liceo San Francisco de Asis, Bánica. Enero-febrero 2018?

De esta pregunta generadora, se sistematizan las siguientes sub preguntas:

¿Cuáles son las características sociodemográficas, según edad, sexo y religión?

¿Cuáles son los métodos anticonceptivos conocidos por los estudiantes?

¿Cuál es el nivel de conocimiento que poseen los estudiantes sobre el uso de los anticonceptivos?

¿Cuáles son los métodos anticonceptivos que los estudiantes utilizan con mayor frecuencia?

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad los problemas más importantes que afectan a la juventud son el incremento de los embarazos no deseados y el contagio de las enfermedades de transmisión sexual. Las causas de este incremento son el poco acceso que tienen los adolescentes a los programas de planificación familiar en los sistemas sanitarios (Folgar, 1999).

Los adolescentes experimentan una etapa de fuertes cambios tanto orgánica como psicológicamente con adopción de hábitos propios del adulto además de la adquisición rápida de conocimientos que provocan una liberación de los hábitos sexuales, aumentando así la exposición al riesgo biológico, emocional y social y determinando un incremento en la prevalencia de embarazos no deseados en edades muy tempranas con efectos nocivos (García et al., 2000).

Los conocimientos insuficiente o erróneos y la falta de orientación sexual conduce a situaciones conflictivas, de gran tensión y frustraciones que ocasionan un número considerable de madres jóvenes, paternidad irresponsable, deserción escolar, matrimonios precoces, abortos, infecciones de transmisión sexual, inicio temprano de la actividad sexual, trastornos depresivos y suicidio, alteraciones psíquicas, elementos que indirectamente interfieren en el adecuado desarrollo de los y las adolescentes dentro de la sociedad.

Por esta razón, resulta pertinente que las instituciones realicen o coloquen en prácticas las diversas estrategias que implementa el sistema de salud, que fomenten un mayor interés y a su vez brinde a todos los adolescentes una información clara, objetiva y científica acerca del tema de sexualidad y métodos anticonceptivos.

En definitiva es de gran interés la determinación del conocimiento sobre los anticonceptivos que poseen los estudiantes del Liceo Francisco de Asis.” con la

finalidad de fomentar la adopción de conductas sexuales saludables relacionadas con la anticoncepción y por consiguiente lograr orientar al personal docente de dicha institución en la inclusión y proporción de información adecuada y eficaz relacionada con los métodos anticonceptivos.

El estudio contribuye con el sistema de salud, al realizar la prevención y educación de la familia, comunidad e individuo, pudiendo actuar en la disminución de estos factores de riesgo y afianzar los factores protectores para desarrollar y mantener una sexualidad satisfactoria oportuna, además de responsable, la investigación ayudará a los sistemas educativos en la creación de programas dirigidos a una adecuada orientación sexual, una práctica sexual más seguro.

Esta investigación servirá como base a futuras investigaciones, puesto que se busca determinar el nivel de conocimiento y prácticas que tienen los adolescentes del Liceo San Fransico de Asis del Municipio de Bánica. Esta investigación contribuirá con el sistema de salud, para realizar promoción, prevención y educación de los y las adolescentes, y así poder actuar en la disminución de factores de riesgo y afianzar los factores protectores para desarrollar y mantener una sexualidad satisfactoria y sobre todo responsable.

OBJETIVOS

General

Determinar el conocimiento y práctica sobre los anticonceptivos en estudiantes de 3ro y 4to grado del liceo San Francisco de Asis, Bánica. Enero- febrero 2018.

Específicos

Identificar las características sociodemográficas de los estudiantes, edad, sexo y religión.

Determinar los métodos anticonceptivos conocidos por los estudiantes.

Destacar el nivel de conocimiento que poseen los estudiantes sobre el uso de anticonceptivos.

Describir los métodos anticonceptivos que los estudiantes utilizan con mayor frecuencia.

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1. Adolescencia.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como; la etapa comprendida entre los 10 y 19 años de edad, que se caracteriza por una serie de cambios anatómicos, fisiológicos, psicológicos y sociales.

Comprende dos fases: la adolescencia temprana, desde los 10 a los 14 años, y la adolescencia tardía, desde los 15 a los 19 años de edad. En cierto grupo etario la adolescencia se superpone con la juventud, entendida como el período comprendido entre los 15 y los 24 años. La juventud es una condición psicológica que coincide con la etapa post pubertad de la adolescencia, ligada a la interacción social en la definición de la identidad y a la asunción de responsabilidades. Es por ello que la condición de juventud no es uniforme, y varía de acuerdo al grupo social que se considere (OPS y OMS, 1995

La adolescencia, se percibe como una época tormentosa y emocionalmente agresiva, llena de enfrentamientos entre los adultos y los jóvenes, sobre todo dentro de la familia.¹⁹

Según Erickson, en su teoría psicosocial, corresponde a la Adolescencia en la etapa de Identidad o confusión de la Identidad, donde se encuentra frente a cambios físicos y emocionales notables, además del hecho de que pronto será responsable de su propia vida, surgen en la sensación que es un ser independiente con sus propios ideales y objetivos y quizás sienta que los Adultos que forman parte de su vida, no le conceden tal Independencia y así, transgrede las normas, simplemente para probar que puede.

La edad juvenil es la etapa en la que se sientan las bases de una personalidad de pensamiento independiente, consciente de sus acciones que expresa las relaciones sociales de su época y de su grupo social, entonces la adolescencia, constituye la etapa culminante en el proceso de desarrollo y maduración. Es una etapa bien definida de la vida del ser humano, que comprende un período transicional entre la niñez y la adultez y está caracterizada por cambios notables en el desarrollo físico, emocional y social del individuo.²⁰

IV.1.1. Etapas.

El aumento de la velocidad de crecimiento en talla sólo se produce en dos periodos de la vida: en el primer año de edad y el segundo a la pubertad. En las mujeres, el crecimiento rápido se produce a los 9 años de edad, generalmente dos años antes de la menarquía, su primera manifestación de la pubertad, constituye el brote o botón mamario, seguido de la aparición del vello púbico. La menarquía ocurre después del inicio del desarrollo del vello púbico. En los varones, el crecimiento rápido comienza a los 11 años de edad, generalmente dos años después de la mujer, acompañado del inicio del cambio de voz. Su desarrollo sexual, es más tardío en comparación con las mujeres, iniciándose a los 13 o 14 años, siendo su primera manifestación de pubertad el crecimiento y aumento del volumen de los testículos, que empiezan a producir millones de espermatozoides y la eyaculación durante el sueño o la masturbación, luego empieza la aparición del vello púbico y aumenta el tamaño y grosor del pene.²¹

La adolescencia, se divide en tres etapas, cada una de ellas, trae sus propios cambios en donde no solo está determinado por el crecimiento y los cambios biológicos que experimentan su cuerpo, sino también por su propio temperamento y personalidad, las expectativas puestas en ellos por los adultos con los que conviven, y las influencias sociales. El Desarrollo psicosocial y psicosexual de cada una de las etapas de la adolescencia.²²

Adolescencia inicial (10 a 12 años)

- Cambios puberales.
- Preocupación por su corporalidad. Dudas acerca de la normalidad.
- Adaptación a su nuevo cuerpo.
- Pensamiento concreto empieza a cambiar.
- Inicio de la separación en la familia.
- Grupos del mismo sexo.
- Frecuentes fantasías sexuales.
- Se inicia la masturbación.
- Etapa del amor platónico.

Adolescencia media (13 a 17 años)

- Pensamiento hipotético- deductivo inestable.
- Incapacidad de anticipar consecuencias de su conducta sexual.
- Se completa el desarrollo puberal.
- Comienza la menstruación.
- Sentimientos de invulnerabilidad, omnipotencia, egocentrismo.
- Distanciamiento afectivo de la familia y acercamiento al grupo de amigos.
- Grupos heterosociales.
- Importancia del amigo íntimo.
- Pueden aparecer dudas respecto a su orientación sexual.
- Relaciones de pareja iniciales.
- Fluctuaciones emocionales.
- Cuestionamientos frecuentes: ¿Quién soy yo?
- Inicio de conductas de riesgo.

Adolescencia tardía (17-21 años)

- Pensamiento hipotético deductivo adulto.
- Consolidación de la identidad personal y sexual.
- Consolidación de la capacidad de intimar.
- Autoimagen realista, madura.
- Relación de pareja estable.

IV. 1.2. Conocimiento sobre el uso anticonceptivo

Se han realizado diversos estudios para identificar los conocimientos y el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes. Rengifo-Reina y cols., reportaron que la edad de inicio de relaciones sexuales fue en promedio de 13 años, con conocimientos altos, pues 90.5% de los adolescentes reportó haber recibido información sobre sexo y embarazo, la mayor fuente de información fueron sus padres (67.5%) y en este reporte el condón fue el método más utilizado.

En un estudio realizado en Cuba, se encontró que en cuanto al conocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes, 100% reconoció el

condón, seguido de hormonales orales e inyectables en 97% y 93.5%, respectivamente. Existió un mayor conocimiento por parte del sexo femenino, pero sin diferencias significativas en relación con los varones. Las fuentes de información más frecuentes fueron: los padres en 75.6% y amigos en 64.1%.

En México, la media de edad para la primera relación sexual en mujeres, de 15 a 19 años, fue de 15.4 años, de acuerdo con lo reportado en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2012. La misma encuesta reveló que 23% de la población mexicana de 12 a 19 años ya había iniciado su vida sexual, con una proporción mayor en hombres (25.5%), respecto a las mujeres (20.3%); 90% mencionó conocer o haber escuchado hablar de algún método anticonceptivo, entre los métodos más utilizados se ubicó el condón con 80.6% y cerca de 6.2% indicó el uso de hormonales. En las mujeres la utilización reportada fue menor, 61.5% mencionó que su pareja usó condón y 7.3% empleó métodos hormonales.

Además, en un estudio realizado por Ayala-Castellanos y cols, en Guadalajara, México, se encontró que la fuente de información más importante fue en orden decreciente: la escuela (51%), el médico (14%), los amigos (13%), la televisión (11%), las revistas (5%), internet (2%) y la familia (2%).

La información disponible sobre el uso de anticonceptivos en adolescentes muestra que existen mayores tasas de fracaso, menores tasas de continuidad y menor cumplimiento en comparación con los adultos.

El objetivo de este trabajo fue identificar el nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en un grupo de adolescentes mexicanos de 15 a 19 años.

IV.1.3. Salud sexual y reproductiva en adolescentes.

La sexualidad durante la adolescencia es un tema importante de tratar, ya que, comprende diversos cambios físicos, las relaciones de pareja, relaciones sexuales y las múltiples emociones, reacciones, prácticas y conductas que se desencadenan en éste período. A partir de estas acciones se guiarán para construir y formar su vida sexual adulta.²⁰ De esta manera se hace necesario indagar cómo los y las adolescentes viven su sexualidad y la manera de

relacionarse con ella, desde la perspectiva individual y social. En la sexta encuesta de la juventud, se hace evidente el inicio de actividad sexual durante la adolescencia, que en promedio comienza a los 16,7 años de edad, existiendo una diferencia entre ambos sexos, siendo en mujeres a los 17,1 años y en varones 16,4 años.²¹ Sin embargo, persisten ciertas creencias o mitos con respecto al tener relaciones sexuales, por ejemplo; algunos adolescentes creen que demostrarán mayor masculinidad. Existen adolescentes que mezclan el sexo con el consumo de alcohol en fiestas o reuniones sociales, sin que ello sea previsto como un mayor riesgo a tener relaciones sexuales sin protección. Por otro lado, la literatura demuestra que las y los adolescentes que han sido abusadas/os, comienzan su actividad sexual a más temprana edad.²²

Como resultado, las y los adolescentes podrían estar expuestos/as a múltiples riesgos, que durante este período no logran ser percibidos en su totalidad, debido a inexperiencia e información incompleta o distorsionada, proveniente de diversas fuentes, suscitando a confusión y malas prácticas. Con respecto a los riesgos más frecuentes a las y los que se ven expuestas/os, se encuentran infecciones de transmisión sexual y embarazo no deseado.^{22,23}

A esto se debe agregar el rol que ejercen los servicios de salud, que tienen un papel preponderante en la educación de la sociedad, como uno de sus principales ejes, sin embargo, éste no se desempeña correctamente, desencadenando múltiples tergiversaciones de la información que concierne a la salud sexual y reproductiva en adolescentes; a esto hay que agregar otras fuentes de información como la familia y los/as amigos/as que pueden caer en la misma acción.

Se plantea que el manejo clínico hacia adolescentes, es más bien de un modo paternalista, ya que se entrega información en base a valores, creencias o consejos del profesional de salud. Esto provoca un alejamiento entre adolescente y profesional y muchas veces las y los adolescentes no generan interés en volver a consultar. En efecto, los programas de salud hacia adolescentes, debiesen estar enfocados a combinar la educación, sensibilización y consejería, de una forma cercana y empática, obviando los prejuicios y apreciaciones personales.²⁴ Al

elaborar correctamente estos programas, contribuirían al desarrollo autónomo, la capacidad de decidir informadas/os, sin que sean transgredidos sus derechos.

IV.2. Métodos anticonceptivos.

IV.2.1. Definición.

Son sustancias intergenésicos, dispositivos o técnicas que impiden o reducen significativamente la posibilidad de una fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales de carácter heterosexual que incluyen coito vaginal. Pueden obtenerse en los establecimientos de salud, programas de atención integral de los y las adolescentes, programas institucionales de distribución comunitaria, clínicas o farmacias.²⁵

IV.2.2. Historia y desarrollo de los métodos anticonceptivos.

A lo largo de la historia se encuentran numerosos testimonios sobre anticoncepción.²⁶

1. Papiro de Petri, de 1850 a. C., es el primer texto médico del que se tiene noticia. En él aparecen algunas recetas anticonceptivas; una de éstas aconsejaba el uso de excremento de cocodrilo mezclado con una pasta que servía como vehículo, usado seguramente como pesario insertado en la vagina; otra receta consistía en una irritación de la vagina con miel y bicarbonato de sodio natural.
2. Papiro de Ebers, se considera el segundo texto más importante; contiene la primera referencia de un tapón de hilaza medicado: «...tritúrese con una medida de miel, humedézcase la hilaza con ello y colóquese en la vulva de la mujer».²⁷
3. Talmud, libro de la tradición hebrea; ofrece toda una guía en temas de planificación familiar y sugiere que la anticoncepción de ninguna manera está prohibida; recomienda a las mujeres que usen el moch (término genérico que significa algodón, que en este caso particular se refiere a un tampón).²⁷

4. Historia Animalium (siglo V a. C.), libro de Aristóteles, es la primera referencia griega sobre la anticoncepción: Algunos impiden la concepción untando la parte de matriz en la que cae el semen con aceite de cedro o con un ungüento de plomo con incienso mezclado con aceite de olivo.²⁷
5. SunSsu Mo, texto chino donde se encuentra la mención más antigua: «...tómese algo de aceite y de mercurio y fríase sin parar y tómese una píldora tan grande como una yuyuba con el estómago vacío e impedirá la preñez para siempre».²⁷

La historia de la anticoncepción moderna indica que fue en la segunda mitad del siglo XX cuando se generalizó el uso y acceso a los diferentes métodos anticonceptivos. Se considera al mexicano Luis Ernesto Miramontes el inventor del primer anticonceptivo oral a partir de la síntesis de noretisterona en 1951, cuya patente obtuvo junto a Carl Djerassi y George Rosenkranz, de la compañía química mexicana Syntex S.A. El 9 de mayo de 1960 la FDA realizó la propuesta de venta de la píldora anticonceptiva en Estados Unidos que finalmente sería aprobada el 23 de junio de ese mismo año. Su comercialización y uso se generalizó en ese mismo año y en los siguientes considerándose uno de los avances más significativos en anticoncepción que transformó la vida sexual de las mujeres.²⁶

IV.2.3. Criterios de elegibilidad para el uso de anticonceptivos

En el año 2000, la Organización Mundial de la Salud ponderó los riesgos y los beneficios para la salud, respecto a la prescripción y uso de métodos anticonceptivos y los agrupó en:²⁸ (Ver cuadro)

Clase 1: Una condición para la cual no exista restricción alguna respecto al uso del método anticonceptivo.

Clase 2: Una condición en la que puede usarse el método, aunque no debe considerarse de primera elección.

Clase 3: Una condición en la que los riesgos por lo general superan los beneficios del uso del método; usualmente no es recomendable el método a menos que no se disponga de métodos más apropiados o que los mismos sean inaceptables.

Clase 4: Una condición que represente un riesgo inaceptable para la salud asociado con el uso del método anticonceptivo: el método no debe utilizarse.

Criterios para el uso de métodos anticonceptivos*

Clase 1**	Clase 2**	Clase 3**	Clase 4**
Post parto inmediato y post cesárea	Lactancia materna en los 1ros 6 meses	Cáncer mama actual	Embarazo
Post aborto inmediato	Mayores de 40 años	Hepatitis viral activa	Cáncer de mama
Diabetes gestacional	Fumadoras	Diabetes con daño vascular	Cardiopatía valvular
Mayores de 20 años	HTA / EVC	Cirrosis severa	Trombosis venosa
Periodos menstruales irregulares	Diabetes	Tumores hepáticos benignos o malignos	Lactancia antes de las 6 semanas posparto
Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)	Cefaleas severas	Lactancia antes de las 6 semanas postparto	Embolia pulmonar
Historia de Preeclampsia	Cáncer cervical	Fumadoras	HTA con daño vascular
Infección VIH / SIDA	Anemia falciforme	Endometriosis	ETS (aplica DIU)
Dismenorrea	Trombosis venosa	EPI	Cáncer de ovario
Endometriosis	Neoplasia intraepitelial cervical (NIC)	Cefaleas severas con síntomas neurológicos	Cáncer de endometrio
Anemia ferropénica	Hepatitis activa	Sangrados abundante	Tuberculosis pélvica
Enfermedad del tiroides	Cardiopatía isquémica	Dismenorrea severa	Sepsis puerperal
Cefaleas leves	Dislipidemias	Alergias al látex	
Embarazo ectópico anterior	Cirrosis hepática	Uso barbitúricos	
Nulíparas / multíparas	Enfermedad del tracto biliar	Interacción tto: Rifampicina, Fenitoina	
Patologías benignas de mamas, ovarios y utero.	Sangrado transvaginal causa desconocida		
Tuberculosis	Menores de 17 años		
Epilepsia	Varices		

*Normas Nacionales de Planificación Familiar 2006.²³

** Estos criterios pueden variar según el tipo de método de planificación familiar.

IV. 2.4. Clasificación.

Los métodos de planificación familiar pueden dividirse en dos grandes grupos tomando en cuenta la irreversibilidad o no del método, tenemos:

1. Métodos temporales: que pueden ser hormonales, en forma de dispositivos intrauterinos, de barreras, espermicidas, observación de la fertilidad, método de la amenorrea de la lactancia y los métodos tradicionales.
2. Métodos permanentes o quirúrgicos: que son la oclusión tubárica bilateral en la mujer y la vasectomía en el hombre. ²⁹

IV. 2.5. Métodos temporales.

IV.2.5.1. Métodos hormonales.

Estos son esteroides sintéticos utilizados para la regulación de la fertilidad. Que pueden ser: orales, inyectables, en forma de implantes subdérmicos o de parche dérmico, anillos vaginales, píldora poscoital.

Por su composición química hormonal suelen causar efectos secundarios en la salud que suelen ser leves; muchas mujeres presentan estas molestias y en ocasiones deciden abandonar su uso. Las molestias más comunes y frecuentes que pueden aparecer son:³⁰

1. Cefaleas de leve a intensas.
2. Irregularidad menstrual (hemorragia, manchado prolongado, amenorrea).
3. Mastalgia.
4. Ligera pérdida o ganancia de peso.
5. Cambios en el estado de ánimo (depresión, ansiedad, fatiga).
6. Mareos, náuseas y vómitos.
7. Erupción cutánea, acné.
8. Dolor abdominal.
9. Síntomas gripales o infección de las vías respiratorias.
10. Vaginitis y flujo blanquecino en el caso del anillo vaginal.

IV.2.5.1.1. Métodos hormonales orales.

Los anticonceptivos hormonales orales son métodos temporales; pueden ser combinados de estrógenos y progestinas o solo contener progestina. Aproximadamente 93 millones de mujeres en todo el mundo utilizan anticonceptivos orales combinados (AOC), que comúnmente se conocen por el nombre de «la píldora». Contienen un estrógeno sintético, el etinil estradiol (20-35-50 mcg) o mestranol (50-100 mcg). Y una de las siguientes progestinas sintéticas derivadas de las 19 nortestotona: noretisterona (400 mcg – 1 mg), norgestrel (300-500 mcg), levonorgestrel (50-250 mcg) o derivados de las 17 hidroxiprogesterona: acetato de clormadinona (2 mg) y acetato de ciproterona (2 mg).

Se presentan en cajas de 21 tabletas, algunas traen 7 adicionalmente, que contienen hierro o lactosa, resultando ciclos de 28 días para evitar la interrupción de la administración. Existe otra presentación denominada trifásica las cuales contienen dosis variables del estrógeno y de la progestina, en tres cantidades diferentes.

Los orales de progestina, también llamados mini-píldoras, están compuestos sólo por 350 µg o menos de un progestágeno empleado a diario; Estos no han alcanzado una popularidad generalizada debido a una incidencia mucho mayor de sangrado irregular y una tasa de embarazo más elevada; dificultan la fertilidad sin inhibir siempre la ovulación. Esto probablemente se deba a la inducción de un moco cervical que impide la penetración del semen y a una alteración de la maduración del endometrio suficiente para impedir una implantación satisfactoria del blastocisto. La eficacia anticonceptiva es mayor si existe supresión de la ovulación. Se presentan en tiras con 28 y 35 tabletas.³¹

Formas de administración.

Se administra vía oral, una pastilla diaria durante 21 días consecutivos, seguidos de 7 días de descanso en la presentación de 21 pastillas. En el caso de la presentación de 28 pastillas, se ingiere durante 21 días seguido de 7 grageas

de lactosa o hierro. En el caso de la minipildora, se administra una tableta diaria ininterrumpidamente incluso durante la menstruación.

Ventajas.

1. Los métodos hormonales orales son eficaces, seguros y reversibles.
2. No interfiere con la intimidad de la pareja y las relaciones se vuelven más espontáneas.
3. Reduce el riesgo de cáncer endometrial en un 80 por ciento.³²
4. Protege contra la enfermedad pélvica inflamatoria y ciertas enfermedades no mortales en las mamas.³³
5. Ayudan a regular el ciclo menstrual, reducen la dismenorrea.
6. Protege en contra de las anemias, ya que se pueden disminuir el número de reglas.
7. Algunos tipos de píldoras pueden ayudar a tratar el acné.³⁴
8. La mini píldora puede ser utilizada por las mujeres que amamantan, ya que a diferencia de los AOC no reducen la cantidad de leche materna.

Desventajas.

1. Pueden ocasionar trastornos cardiovasculares: aumento de la tensión arterial, trastornos de la coagulación y ciertos ataques de apoplejía.
2. Contraindicados en pacientes fumadoras y mayores de 35 años por el aumento del riesgo cardiovascular.²⁶
3. Puede empeorar los casos de cáncer de mama y enfermedades activas del hígado (hepatitis).
4. No protegen contra ITS/VIH/SIDA.

IV.2.5.1.2. Métodos hormonales inyectables.

Los anticonceptivos inyectables son métodos hormonales de larga duración. Más de 12 millones de mujeres en todo el mundo lo utilizan;³⁵ estos impiden la ovulación y hacen que el moco cervical se vuelva espeso e impenetrable por los

espermatozoides, evitando así el embarazo. Al igual que los hormonales orales estos pueden ser combinados o solos de progestina.

Los Inyectables combinados contienen un éster de estradiol: cipionato de estradiol (5 mg), valeratode estradiol (5 mg). Las dosis recomendables del éster de estradiol no deben exceder de 5 mg al mes. Además de estrógeno contiene progestina, la cual puede ser un enantato de noretisterona (50 mg) o acetato de medroxiprogesterona (25 mg).

Los Inyectables solo de progestina, aparecen en dos presentaciones, las que contienen Acetato de medroxiprogesterona 150 mg en ampolleta con 2 ml de suspensión acuosa microcristalina conocida comercialmente como Depoprovera®. Y las que contienen Enantato de Noretisterona (NET – EN) en ampolletas de 200 mg en 2 ml de suspensión acuosa.

Forma de administración.

Se aplica por vía intramuscular profunda, una vez al mes o cada tres meses dependiendo del tipo de presentación. Se inicia durante los primeros cinco o siete días del ciclo o en cualquier momento si se está seguro de que la usuaria no está embarazada. La inyección subsecuente debe aplicarse cada 30 ± 3 días (NET–EN) o cada 90 días (Depoprovera®) independientemente de si está presente o no la menstruación. En el posparto si la paciente está lactando se aplica después de la sexta semana del puerperio.³⁶

Ventajas.

1. Son sumamente efectivos y totalmente reversibles.
2. Se consideran un método cómodo y fácil de usar, nada que tomar todos los días ni nada que usar al tener relaciones. Sólo hay que acordarse 4 veces al año (en el caso de Depoprovera®).
3. No afectan la lactancia materna.
4. Pueden ayudar a prevenir la anemia, a excepción de pocos casos en que las usuarias sangran más. Previene crisis en personas con anemia falciforme.

5. Reduce el riesgo de cáncer de ovario y del endometrio.
6. Disminuye el dolor y los cólicos durante la menstruación y la ovulación.
7. Puede prevenir los embarazos ectópicos.
8. Privado. Nadie sabe que una mujer está usando este método.
9. Aún más segura que las pastillas combinadas (no causan problemas de coagulación).
10. Puede ser usada durante todos los años reproductivos. No se necesitan períodos de descanso.

Desventajas.

1. Las relaciones sexuales pueden ser menos agradables porque algunas mujeres tienen menos deseo sexual, menos lubricación vaginal u orgasmos.
2. El aumento en los días con manchas puede interferir con las relaciones en algunas mujeres.
3. La depresión puede empeorar (pero lo más probable es que mejore); puede ocurrir ansiedad, cambios de ánimo o fatiga.³⁷
4. No protegen contra ITS/VIH/SIDA.
5. Debe volver cada mes o tres meses para la inyección (esto puede ser difícil de recordar para algunas mujeres).
6. Es caro en algunos sistemas de salud.
7. Puede tener un efecto negativo en el crecimiento óseo en adolescentes; puede aumentar el riesgo de osteoporosis (huesos frágiles).
8. Toma en promedio 10 meses para que la fertilidad vuelva después de la última inyección, lo que hace difícil planificar un embarazo.
9. En algunos estudios se ha visto un aumento del LDL (colesterol malo) y disminución del HDL (colesterol bueno).³⁸

IV. 2.5.1.3. Implantes sub-dérmicos.

Son métodos temporales de acción prolongada que se inserta subdérmicos, son de liberación continua y gradual que contiene una progestina sintética, por lo

que pueden utilizarse durante la lactancia. Los implantes subdérmicos actúan, espesando el moco cervical, bloqueando así el paso de los espermatozoides; provocando distorsión del ciclo menstrual, evitando la liberación del óvulo.

El desarrollo de los anticonceptivos subdérmicos o implantes subcutáneos comienza en 1967, cuando el estadounidense Sheldon Segal y el chileno Horacio Croxatto, propusieron el uso de cápsulas subdérmicas de polímeros para la difusión lenta y prolongada de un principio activo anticonceptivo.³⁹

Existen varios tipos de implantes que contienen 1, 2 y 6 capsulas de dimetilpolisiloxanocada uno 36 mg de levonorgestrel. La duración de la protección anticonceptiva dura hasta 5 años después de su inserción. Los más conocidos son:

1. Norplant, desarrollado en 1983 en Finlandia, es la primera marca de implante subcutáneo con levonorgestrel como principio activo anticonceptivo, contiene 6 capsulas.
2. Jadelle (2 cilindros) y Implanon (1 cilindro) son las marcas de los implantes de segunda generación.
3. Sinoplant: 2 cilindros, eficaz durante 5 años.

Formas de administración.

Se insertan subdérmicamente en la cara interna del brazo, preferiblemente el izquierdo, por un proveedor entrenado que realiza un procedimiento de cirugía mínima para colocar los implantes, (cada uno del tamaño de un fósforo). La inserción debe realizarse en los primeros 7 días del ciclo menstrual. En el posparto se debe insertar en la sexta semana del puerperio.

Ventajas

1. Efectivos, reversibles y cómodos.
2. Ayudan a prevenir la anemia.
3. No contienen hormonas de estrógeno, por lo que no hay que preocuparse de los efectos secundarios por dicha causa.
4. Son de larga duración, no interfieren con el sexo.

Desventajas

1. La mujer no puede quitarse el implante ella sola, por lo que tiene que acudir o tener acceso a un proveedor capacitado.
2. En algunos casos puede que no sea fácil encontrar personal capacitado y puede que en ocasiones sea difícil extraerlo, especialmente si se ha colocado muy profundo.
3. Existe riesgo de infección, inmediatamente después de la inserción o cuando resulta difícil extraerlo.
4. Puede dejar cicatriz.
5. No protege contra ITS/VIH/SIDA.

IV.2.5.1.4. Parche dérmico.

Es un plástico pequeño, delgado, cuadrado, de plástico flexible, que se usa contra el cuerpo. Libera continuamente 2 hormonas una progestina y un estrógeno, directamente a través de la piel al torrente sanguíneo.⁴⁰

El parche es nuevo y se cuenta con investigación limitada sobre su eficacia y el riesgo de embarazo es mayor cuando la mujer atrasa el cambio de parche.

Formas de administración

Se coloca sobre la piel, se usa un parche nuevo cada semana durante 3 semanas, seguido de una cuarta semana en la que no se usa parche. Durante esta cuarta semana la mujer tendrá su menstruación. En el mercado existen dos nombres comerciales: OrthoEvra y Evra. Los beneficios y riesgos para la salud son desconocidos. Algunos investigadores piensan que pueden ser como los anticonceptivos orales combinados.

IV.2.5.1.5. Anillo vaginal.

Se trata de un anillo flexible que se coloca en la vagina. Libera 2 hormonas de forma continua una progestina y un estrógeno, que se absorben a través de la pared de la vagina directamente al torrente sanguíneo.⁴¹

Desde el 2002 se comercializa el anillo vaginal, similar en su efecto a la píldora, pero más cómodo en su uso, con menores efectos secundarios, y con una eficacia del 99,7 por ciento.

Formas de administración.

Se coloca intravaginal; se mantiene el anillo colocado durante 3 semanas, luego de lo cual se retira a la cuarta semana. Durante esta cuarta semana la mujer tendrá su menstruación. La eficacia depende de la usuaria y el riesgo de embarazo es mayor cuando la mujer se atrasa en comenzar con un nuevo anillo.

IV.2.6. Anticoncepción postcoital o de emergencia.

La anticoncepción postcoital o de emergencia no es un método de planificación familiar, es una opción eficaz empleado para prevenir un embarazo no deseado después de un coito sin la protección anticonceptiva necesaria.⁴²

Existen dos métodos:

1. El YUZPE, es el más usual. Consiste en dos comprimidos, cada uno contiene 0.05 mg de etinilestradiol y 0.25 mg de levonorgestrel.
2. Levonorgestrel, contiene 0.75 mg de esta hormona.

Formas de administración.

Se administran por dos dosis con un intervalo de 12 horas, vía oral, el cual debe administrarse antes de que hayan transcurrido 72 horas después del coito. Un estudio de la OMS,⁴³ concluye que es útil usarlo hasta las 120 horas pos coito (5 días). La tasa de falla de anticoncepción es de 1-2 por ciento.

Ventajas y desventajas.

Este tipo de método ofrece una forma simple, efectiva y cómoda de protección contra el embarazo, cuando no se está usando un método habitual, o en el caso de que falle y previene el embarazo en caso de violación sexual.⁴⁴

Las desventajas que presenta es que no protegen a la mujer durante el resto del mes en que se toman, por lo que hay que utilizar otro método y no previenen contra ITS/VIH/SIDA.

IV.2.7. Dispositivo intrauterino (DIU).

Se considera a Hipócrates (siglo IV a.C.) el precursor del Dispositivo intrauterino (DIU) ya que descubrió el efecto anticonceptivo derivado de la colocación de un cuerpo extraño en el interior del útero de algunos animales. Pero no fue hasta 1928 cuando el alemán Richard Richter inicio la anticoncepción intrauterina moderna que desde entonces ha mejorado su eficacia y duración.

El DIU consiste en un eje, por lo general plástico, que se coloca dentro de la cavidad uterina. Globalmente es uno de los métodos anticonceptivos más eficaces.⁴⁵

Se desconoce con exactitud el mecanismo de acción, pero se estima que, al ser un cuerpo extraño, provocan una reacción inflamatoria en la cavidad uterina, que aminora el transporte de espermatozoos, impide su capacidad de fecundar el óvulo y puede ser espermicida.⁴⁶

Existen varios tipos:⁴⁷

1. El DIU inerte, es el más simple, consiste en un plástico impregnado de bario que se inserta una sola vez y no se saca nunca. En la actualidad ya no se usa.
2. DIU con cobre, fabricado de polietileno con un fino alambre de cobre que rodea el tallo y cilindros del metal en los dos brazos de la «T»; El cobre actúa sobre los espermatozoides disminuyendo su calidad y cantidad. El de mayor uso actualmente es la T de cobre 380-A. Su efecto dura por lo menos 10 años. También existe la T de cobre Multiload-375.
3. DIU con progesterona, que contienen 20 µg levonorgestrel, aprobado por la FDA en el 2000 (Mirena®). Esta hormona actuando espesando el moco cervical, dificultando así la concepción.

Formas de administración.

El DIU puede ser insertado en cualquier momento, siempre y cuando se esté seguro de la no existencia de embarazo, preferiblemente durante el periodo menstrual, ya que el orificio cervical externo está abierto. Debe ser colocado por

personal capacitado. No debe colocarse en las primeras 48 horas de posparto, debe esperarse a la 6ta semana.²³

La técnica para colocarlo es sencilla: se coloca un espejulo, se limpia el cuello con solución antiséptica, se fija el cuello con una pinza erina y se realiza una histerometría para adaptar el DIU a la medida, se inserta de acuerdo a las indicaciones de cada modelo y se cortan los hilos a 4 cm del orificio cervical externo.⁴⁸

Efectos secundarios y/o complicaciones.

La principal preocupación por la salud con el uso de DIU ha sido el riesgo de infecciones recurrentes en el aparato genital femenino. En algunos casos pueden presentarse las siguientes situaciones:

1. Dolor pélvico durante el periodo menstrual.
2. Incremento de la cantidad y duración del sangrado menstrual.
3. Aumento de la secreción vaginal (flujo).
4. Cólicos durante la menstruación.

Cuando no está correctamente insertado pueden presentarse eventos:

1. Expulsión parcial o total.
2. Perforación uterina o de víscera hueca.
3. Embarazo uterino o ectópico

Ventajas.

1. Es un método apropiado de anticoncepción para muchas mujeres.
2. Es de larga duración, elevada eficacia y cómodo.
3. Es reversible, la fertilidad se recupera de inmediato.
4. No interfiere con la intimidad, aunque pocas mujeres dicen que su compañero sexual puede sentir los hilos.
5. La mujer no tiene que hacer nada para que funcione.

Desventajas.

1. Infertilidad debido a las infecciones recurrentes.
2. Con el tiempo el DIU puede dar lugar a menstruaciones con mayor pérdida de sangre, lo que puede causar anemia o empeorarla si ya existe.
3. Las mujeres que quedan embarazadas usando el DIU, pueden presentar en el 40 a 50 por ciento de los casos un aborto natural.⁴⁹

IV.2.8. Métodos de barrera.

Son anticonceptivos de uso temporal que impiden la fecundación de manera mecánica o química.

IV.2.8.1. Preservativo o condón.

Es un método de acción mecánica y consiste en una funda o bolsa hecha de látex, plástico sintético o poliuretano que se coloca en el pene en erección o en la vagina, para evitar el paso de los espermatozoides.

Es el único método que previene tanto el embarazo como las ITS/VIH/SIDA. Por lo debe usarse durante la penetración vaginal o anal y el sexo oral. Tiene una eficacia del 79 al 95 por ciento en la prevención del embarazo.

Existen dos tipos de preservativos, uno para la mujer (se conoce por las marcas Femidom, Reality y Care) cuya comercialización inicio en 1993; y otro para el hombre, este es uno de los métodos más antiguos y comunes, y lo utilizan más de 50 millones de hombres en todo el mundo.⁵⁰

En Egipto, al menos desde 1000 a. C. se utilizaban fundas de tela sobre el pene. La leyenda del rey Minos (1200 a. C.) hace referencia al empleo de vejigas natatorias de pescado o vejigas de cabra para retener el semen. El preservativo masculino también tiene antecedentes en Grecia y Roma donde se usaban membranas de animales (de intestino y vejiga).⁵¹

El médico anatomista y cirujano italiano Gabriel Falopio (1523-1562), recoge en su libro *De morbo gallico* un precursor del condón, que consistía en una vaina hecha de tripa de animal y lino, que se fijaba al pene con una cinta. Su objetivo era prevenir las enfermedades de transmisión sexual como la sífilis y la gonorrea.

Es en el siglo XIX cuando aparece por primera vez la palabra «condón», en un libro dedicado a la sífilis, escrito por el Dr. Turner en 1760.

Forma de uso.

Ambos se colocan antes del coito, cuando el pene está en erección. El condón femenino contiene dos anillos flexibles en cada extremo, uno de esos anillos se encuentra dentro del condón y se usa para insertarlo en la vagina, el otro yace en la abertura externa, se mantiene fuera de la vagina y cubre los genitales externos durante el coito. La mujer debe insertar el condón mientras sostiene la vaina en el extremo cerrado y ase el anillo interno; éste se inserta después hacia el fondo de la vagina con el dedo índice y se asegura que no exista torsión y que el anillo externo se mantenga fuera de la vagina. Así, aunque el condón lo inserte la mujer, su uso apropiado, como en el caso del masculino, requiere la cooperación de ambos integrantes de la pareja.

Ventajas.

1. El condón masculino constituye el método contraceptivo de uso más frecuente por su accesibilidad y bajo costo. No hay que ir al centro de salud para obtenerlos.
2. No requiere preparación previa. Es muy eficaz cuando se le utiliza correctamente.
3. Representan una buena opción para los adolescentes.
4. Impide la propagación de la infección por VIH y otras ITS.
5. En el caso del condón femenino, la mujer puede usar el método por su propia iniciativa para protegerse contra el embarazo y las ITS/VIH. Y es efectivo en las situaciones en las que no se pueda convencer al hombre de que se ponga preservativo.
6. No hay restricción para el uso de este método, salvo en los casos que se presente alergias o hipersensibilidad al látex.

Desventajas.

1. Se requiere motivación para su uso constante y correcto, por lo que es importante en consejería interactuar con técnicas lúdicas para erotizar su uso.
2. Hipersensibilidad o alergias al látex en casos raros.
3. Cada preservativo se utiliza solo una vez.
4. Pueden romperse o salirse.
5. Necesitan ser guardados en un lugar fresco y seco. No deben usarse si están en mal estado, hayan cambiado de color o que estén pegajosos.
6. Los preservativos femeninos son más costosos y más difíciles de obtener.

IV.2.8.2. Diafragma y capuchón cervical.

Estos métodos son utilizados por menos del 1 por ciento de las usuarias de planificación familiar en todo el mundo. Cubren físicamente el cuello del útero con lo que impide que el esperma llegue al óvulo, ambos se usan con espermicidas, por lo que su acción no sería simplemente mecánica.⁵²

El diafragma fue inventado por Mesinga, en 1880, tienen forma de cazo poco profundo y está construido de caucho con el borde de metal flexible. Se fabrican de distinto tamaño (entre 5 a 10 cm). Puede ser efectivo entre el 80 y el 94 por ciento de las veces, dependiendo de su uso correcto.

El capuchón cervical, es un implemento utilizado como método anticonceptivo. La cubierta cervical es un dispositivo de hule látex, en forma de un dedal, que se introduce dentro de la vagina y cubre el cuello uterino. Debe permanecer en su sitio por 8 horas después de cada coito. La cubierta cervical tiene una efectividad del 84 por ciento al 91 por ciento para las mujeres que nunca han tenido hijos. La cubierta cervical ofrece protección limitada contra infecciones de transmisión sexual.⁵³

Los efectos secundarios son prácticamente nulos. En algunas ocasiones la mujer experimenta irritación vaginal, sensación de quemazón o dolor, que se produce más por las sustancias espermicidas que por los diafragmas.

Ventajas

1. Inmediatamente irreversibles y no afectan el ciclo menstrual.
2. El usarlo con espermicidas logra cierta protección contra las ITS como la gonorrea, clamidia y la tricomoniasis.⁵⁴
3. Proporcionan cierta protección en contra del cáncer de cuello por el virus del papiloma humano (VPH).

Desventajas

1. Son menos efectivos en la prevención del embarazo.
2. La mujer debe ser instruida por el médico o por una trabajadora de la salud sobre su colocación y elección del tamaño adecuado.
3. Tienen que volver a comprobar el tamaño del diafragma que le corresponde después de cada parto.
4. No deben quitarse antes de transcurridas 6 horas del coito. Pero no pueden dejárselo puesto más de 24 horas. Si se colocan con mucha antelación al coito hay que volver a poner espermicida.
5. Hay que asegurarse de lavarlo y guardarlo debidamente.
6. En las mujeres con relajación del suelo de la pelvis (cistócele, rectócele o prolapso) los diafragmas se adaptan mal.
7. Cuando la vagina es muy larga o los dedos de la mujer son muy cortos, es difícil su colocación correcta.

IV.2.9. Espermicidas.

Son agentes químicos que inactivan y matan a los espermatozoides. Hasta cierto punto, también forman una barrera sobre el cuello del útero. Por lo general son surfactantes que pueden aplicarse a través de diversos vehículos: cremas, jaleas (gel), óvulos, tabletas y espuma. Los principales agentes espermicidas que actúan como surfactantes son el nonoxinol-9, octoxinol, menfegol, y el cloruro de benzalconio.

Las primeras referencias escritas sobre espermicidas aparecen en papiros egipcios el año 1850 a.C. Múltiples sustancias han sido utilizadas a lo largo de la

historia (carbonato sódico, vinagre, soluciones jabonosas...). En 1885 aparecen los supositorios de quinina, en 1937 le sustituirá el contraceptivo vaginal de acetato de fenilmercurio. En 1950 aparecen los surfactantes que siguen siendo el principal compuesto de los espermicidas o espermaticidas.⁴⁰

Por si solos su eficacia para prevenir el embarazo es generalmente del 75 por ciento, pero pueden tener una eficacia del 94 por ciento si se utilizan de forma correcta y sistemática y con otros métodos de barrera.⁵⁵

Los efectos secundarios son mínimos, en ocasiones pueden aparecer molestias físicas, como sensación de quemazón o picazón debido a reacción alérgica.

Ventajas.

1. Son fáciles de obtener y pueden comprarse sin tener que ir al centro de salud.
2. El N-9 (nonoxinol-9) por si solo proporciona cierta protección contra infecciones bacterianas de transmisión sexual como la gonorrea y la clamidia.⁵⁶

Desventajas.

1. Incremento de las infecciones urinarias.
2. No proporcionan protección contra el VIH/SIDA.
3. Si el coito tiene lugar varias veces al día, la protección contra infecciones bacterianas de transmisión sexual se ve disminuida.
4. Hay que asegurarse de tenerlo a mano, debido a que tienen que utilizarse antes o durante el coito, por lo que para muchas mujeres resultan «engorrosos».

IV.2.10. Métodos de observación de la fertilidad.

Estos métodos consisten en la abstinencia sexual durante los periodos fértiles de la mujer. Su eficacia es variable y depende de la motivación de la pareja. La forma de uso de estos métodos se basa en la serie de eventos

fisiológicos de un ciclo menstrual. Así mismo, de la capacidad de la usuaria para poder identificar un historial de los tres o seis últimos ciclos menstruales. Se deben estudiar el moco cervical, la temperatura basal, las manifestaciones en los anexos, glándulas mamarias y el cérvix y llevar registro minucioso diario de los cambios periódicos, para la determinación de los patrones de secreción cervical, de la temperatura basal y otros asociados al periodo fértil.⁴⁰

Entre los más utilizados tenemos:

1. Calendario, del ritmo o de Ogino – Knaus, es el más común y utilizado por más de 32 millones de pareja en todo el mundo. Se basa en el cálculo probabilístico de cuando se puede producir la ovulación, para esto la mujer debe menstrual regularmente. El método de Ogino, en el que se calcula el periodo de abstinencia de la siguiente manera: se toma el valor resultante del periodo más largo menos 11 (por ejemplo $37 - 11 = 26$) y del periodo más corto menos 18 (por ejemplo $28 - 18 = 10$) y se cumple abstinencia sexual entre esos días, teniendo en cuenta que el primer día de la menstruación es el día 1. El método de Knaus utiliza el periodo más largo menos 13 y el periodo más corto menos.⁴⁰
2. Temperatura basal corporal (TBC), en este tipo de método la mujer debe tomarse la temperatura rectal por la mañana, antes de levantarse, siempre a la misma hora y debe cumplir abstinencia sexual desde el primer día de la menstruación hasta el tercer día de la elevación de la temperatura basal corporal (0,5 a 0,8 0C). Este método no sirve si existe fiebre, estrés, amenorrea o se realizan trabajos nocturnos.⁵⁷
3. Método de la ovulación o de Billings, se basa en el conocimiento e interpretación de los cambios cíclicos en el moco cervical, mismos que ocurren en respuesta a los niveles cambiantes de estrógenos.⁵⁸ Apenas termina la menstruación la mujer debe observar todos los días las características del moco cervical. Durante la ovulación el moco se hace más claro, acuoso y cristaliza en forma de hoja de helecho. Hay que tener cuidado porque el moco puede verse afectado por duchas vaginales y medicamentos (antidepresivos, diuréticos, antihistamínicos).

4. Método sintotérmicos, combina varios métodos basados en el conocimiento de los signos de la fertilidad, especialmente los cambios en el moco cervical, el método del calendario y la TBC. El uso de varias técnicas permite mantener al mínimo el número de días en los cuales hay que mantener abstinencia de las relaciones sexuales.⁵⁹

Ventajas.

1. Son métodos baratos y aceptados por todas las religiones y por las personas que prefieren no usar otro tipo de planificación.
2. No existen condiciones médicas o efectos secundarios que restrinjan su uso, excepto en los casos en que existen obstáculos que afectan la función ovárica, o la regularidad del ciclo menstrual, que los pueden hacer difíciles de aprender y usar.
3. La mujer aprende a conocer su cuerpo y a observar los cambios en su sistema reproductor.
4. Las mujeres no tienen que asistir a ningún centro de salud para conseguirlos.

Desventajas.

1. Requieren observación cuidadosa y llevar un registro
2. Es necesario que exista buena comunicación y cooperación entre las parejas, ya que tienen que abstenerse de tener relaciones sexuales o utilizar algún método de barrera durante dos semanas en cada ciclo menstrual.
3. No proporcionan protección contra ITS/VIH/SIDA.

IV.2.11. Método de la amenorrea de la lactancia (MELA).

Es un método de planificación para mujeres que se basa en la lactancia materna como medio para impedir el embarazo. (K.I Kennedy, et al, 1996) La lactancia materna suprime la ovulación mediante la producción de prolactina. Esta hormona inhibe la producción de las dos hormonas necesarias para la ovulación: la hormona folículo estimulante (FSH) y la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH). Estas hormonas son responsables de ayudar a madurar los óvulos en los ovarios.

Por esta razón, la lactancia materna puede ser utilizada como un método anticonceptivo conocido como el «Método de Lactancia y Amenorrea» (MELA). Este tipo de método anticonceptivo puede tener una eficacia del 98 por ciento, si la mujer que amamanta cumple todos los tres criterios siguientes:⁶⁰

1. El bebé tiene menos de 6 meses de nacido.
2. La madre debe amamantar de forma exclusiva (es decir el bebé no debe tomar otros líquidos o sólidos) por lo menos cada 4 horas durante el día y por lo menos durante 6 horas por la noche.
3. El período menstrual de la madre no ha regresado desde el parto.

Ventajas.

1. Es un método gratuito y natural.
2. La salud del bebe mejora significativamente, especialmente en áreas pobres donde la alimentación no está asegurada.
3. Reduce las posibilidades de hemorragias posparto y proporciona cierta protección contra el cáncer de ovario y de mama.²⁸
4. No interfiere con la actividad sexual.

Desventajas

1. Es un método temporal, si se quiere retrasar el embarazo, debe utilizarse otro método anticonceptivo a partir del sexto mes después del parto, momento en que reaparece la menstruación, o tan pronto como se inicia la administración de alimentos complementarios.

IV.2.12. Métodos tradicionales.

Estos métodos son históricamente antiguos. La Biblia hace mención del coitus interruptus en el libro de Génesis 38: 9-10: «Y sabiendo Onán que la descendencia no había de ser suya, sucedía que cuando se llegaba a la mujer de su hermano, vertía en tierra, por no dar descendencia a su hermano».²⁴

La Religión musulmana no se opone a la anticoncepción, el coitus interruptus aparece en primer lugar como método anticonceptivo mencionado en las antiguas tradiciones musulmanas.

Entre estos tipos de métodos, son conocidos tres:

1. Método de la abstinencia, es la práctica de tener relaciones sexuales sin penetración. La efectividad de este método es de 100 por ciento si se le practica correctamente.
2. Coitus interruptus (retiro), es la práctica de la pareja para tener relaciones sexuales con penetración vaginal, retirando el pene antes de que ocurra la eyaculación, la cual debe ocurrir alejada de los genitales externos de la mujer.
3. Método Karreza o coitus reservatus, este método descrito por antiguas sociedades como la de China, consiste en una eyaculación retrograda voluntaria, lo que exige una gran disciplina mental y neurológica. Su uso es muy limitado a determinadas comunidades que interpretan de manera fundamentalista sus creencias.²⁵

Ventajas y desventajas

Los métodos tradicionales tienen la facilidad de que su disponibilidad es inmediata y sin costo. Además, al carecer de efectos secundarios no existen restricciones médicas para su uso.

Las desventajas de estos métodos es que la seguridad sobre su efectividad puede verse afectada ya que la misma se ve reducida cuando hay salida imperceptible de semen, orgasmos múltiples en un corto periodo de tiempo u ausencia de autocontrol exigido por este método.

Además, interfiere con la relación sexual normal, lo que puede disminuir el placer en la pareja y no previene contra las ITS/VIH/SIDA.

IV.2.13. Métodos permanentes o quirúrgicos.

IV.2.13.1. Esterilización femenina quirúrgica voluntaria.

Este método consiste en la interrupción de la continuidad de las trompas de Falopio, a través de simples procedimientos quirúrgicos (mini laparotomía y

laparoscopia). También conocido como oclusión tubárica bilateral. Se seccionan las trompas de Falopio y se extirpa un segmento o se cierran mediante ligadura, fulguración o diferentes dispositivos mecánicos (bandas de plástico, pinzas con resorte).⁶¹

Este procedimiento puede llevarse a cabo en 20 minutos, realizado por un personal capacitado. La tasa de embarazo es de 0,3 por ciento y la mayoría de los fracasos se deben a fallas técnicas. ⁴⁰ Ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento anestésico como reacción alérgica, trastornos cardiovasculares o quirúrgicos como hemorragias e infecciones.

Ventajas.

1. La mujer no tiene que preocuparse de quedar embarazada.
2. No necesita estancia en el hospital luego del procedimiento.
3. No tiene que preocuparse por los gastos derivados de la utilización de un método temporal de planificación.
4. Está indicada en todas las mujeres en edad fértil con paridad satisfecha, por lo que no existe restricción médica.

Desventajas.

1. Existe el riesgo de lesiones abdominales y complicaciones resultantes de la anestesia, infecciones y hemorragias.
2. En el caso excepcional que una mujer quede embarazada luego de la esterilización, existe el riesgo de que el embarazo sea ectópico. (HB Peterson, et al, 1997)
3. Si la mujer se arrepiente de haberse esterilizado, debe someterse a una operación compleja y costosa, que no siempre tiene éxito para volver la esterilización reversible.⁶²

IV.2.13.2. Esterilización masculina quirúrgica voluntaria.

Conocida como Vasectomía, es la oclusión de los conductos deferentes con la finalidad de producir bloqueo en el paso de los espermatozoides hacia el

semen. Su efectividad es de 99 por ciento y la tasa de embarazo es de 0,1 por ciento.⁴⁰ Para conseguir la esterilidad se necesitan unas 15-20 eyaculaciones tras la intervención, y debe confirmarse con dos eyaculaciones sin espermatozoides.²⁹

No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método, pero si pueden aparecer complicaciones asociadas al procedimiento quirúrgico, entre estas pueden destacarse los hematomas ($\leq 5\%$), los granulomas de esperma (respuestas inflamatorias a las fugas de esperma), la reanastomosis espontánea, que suele producirse poco tiempo después de la intervención, dolor e inflamación de la herida e infecciones.²⁹

Ventajas.

1. La vasectomía es un método efectivo, inocuo, rápido y barato.
2. Es más simple y efectiva que la esterilización femenina y puede resultar menos costosa.
3. Las parejas no tienen que usar otro método de planificación para evitar embarazos no deseados, una vez se confirme que no hay espermatozoides en el semen.

Desventajas.

1. Como todo procedimiento quirúrgico implica algún riesgo de salud, por lo que muchos hombres pueden mostrarse preocupados.
2. El hombre no se vuelve infértil inmediatamente, por lo que al inicio debe usarse otro método de planificación.
3. La vasectomía no proporciona protección contra ITS/VIH/SIDA.

V. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	CONCEPTO	INDICADOR	ESCALA
Conocimientos	Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje	Resultados de la evaluación	Alto Medio Bajo
Edad	Tiempo transcurrido de un individuo o desde el nacimiento hasta el momento de la consulta.	15 años 16 años 17 años 18 años	Ordinal
Religión	Es una colección organizada de creencias, sistemas culturales y cosmovisiones que relacionan a la humanidad a un tipo de existencia	Católica Evangélica Pentecostal Mormona Adventista Ninguna Otras	Nominal
Métodos de anticonceptivos conocidos	Son medios necesarios de protección para evitar embarazo y enfermedades de transmisión sexual al momento de tener relaciones sexuales	Coito interrumpido Condón Pastillas Diu Inyección Anticonceptivo de emergencia Otros Ninguno	Nominal
Educación Sexual	hace referencia al conjunto de actividades relacionadas con la enseñanza, la difusión y la divulgación acerca de la sexualidad humana en todas las edades del desarrollo	Padres Amigos Medicos Radio/Tv Escuela Libros iglesia	nominal

Edad de la primera relación sexual	Periodo de tiempo que se establece el coito por primera vez	14 años 15 años 16 años 17 años 18 años	ordinal
Fuente informativas sobre métodos anticonceptivos	Fuentes de información a diversos tipos de documentos que contienen datos útiles para satisfacer una demanda de información o conocimiento sobre métodos anticonceptivos.	Padres Amigos Médicos Radio/Tv Escuela Libros Iglesia	Nominal
Métodos anticonceptivos que han utilizado los estudiantes	Número de veces que con frecuencia son utilizados por los estudiantes.	Condón Pastillas Inyacción Anticonceptivo de emergencia	Nominal

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

VI.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, de corte transversal con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento y práctica sobre anticonceptivos en los estudiantes de 3ero y 4to grado del Liceo San Francisco de Asis, En La Comunidad de Bánica, Enero – Febrero 2018

VI.2. Demarcación geográfica.

El estudio se realizó en el Liceo San Francisco de Asis, ubicado en la calle La Recta Banica, Elías Piña, Republica dominicana.

VI.3. Universo

El universo está representado por todos los estudiantes de 3ro y 4to inscritos en el Liceo San Francisco de Asis, en el periodo enero - Febrero 2018.

VI.4. Muestra

La muestra está representada 50 estudiantes que cursan 3ro y 4to grado del Liceo San Francisco de Asis, Bánica.

VI.5. Criterios de exclusión e inclusión

VI.5.1. Criterios de inclusión

1. Todos los estudiantes que cursen 3ro y 4to grado.
2. Todos lo que estén presente el día de la entrevista y que accedieron a responder la entrevista.

VI.5.2. Criterios de exclusión

1. Estudiantes que no desean participar en la investigación.
2. Estudiantes que no se encontraran en el liceo al momento del estudio.

VI.6. Instrumento de recolección de datos.

La recolección de la información se realizará a través de un formulario, este formulario contiene los datos sociodemográficos tales como: edad, sexo, religión,

nivel socio económico. Este formulario se redactó en formato 8½ x 11 y se aplicó previo a consentimiento informado y se tomó en cuenta dichas variables en la investigación. (Ver anexo VIII.2. Instrumento de recolección de datos).

VI.7. Procedimiento.

Se le aplicará una encuesta-cuestionario a cada estudiante, primero entregando un consentimiento, informándole a cada estudiante en qué consiste la entrevista, luego el formulario será llenado por la sustentantes en el Liceo San Franciso de Asis, En La Comunidad de Bánica bajo la supervisión de un asesor. La selección de los estudiantes se realizara de acuerdo a los criterios de inclusión tomando en cuenta los criterios de exclusión ya señalados anteriormente.

VI.8. Tabulación.

Los datos obtenidos en la presente investigación serán tabulados mediante programas computarizados tales como Excel y Word 2007.

VI.9. Análisis

Se analizara por medio de frecuencias simples.

VI.10. Aspectos éticos

El presente estudio será ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki⁵⁷ y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).⁵⁸ El protocolo de estudio y los instrumentos diseñados para el mismo serán sometidos a la revisión de la Universidad, a través de la Escuela de Medicina y de la coordinación de la Unidad de Investigación de la Universidad, así como en el Centro de Atención Integral a las Dependencia (CAID), cuya aprobación será el requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de datos.

El estudio implica el manejo de datos identificatorios ofrecidos por personal que labora en el centro de salud. Los mismos serán manejados con suma cautela, e introducidos en las bases de datos creadas con esta información y protegidas por clave asignada y manejada únicamente por la investigadora. Todos los informantes identificados durante esta etapa serán abordados de manera personal con el fin de obtener su permiso para ser contactadas en las etapas subsecuentes del estudio.

Todos los datos recopilados en este estudio fueron manejados con el estricto apego a la confidencialidad. A la vez, la identidad de los/as contenida en los expedientes clínicos será protegida en todo momento, manejándose los datos que potencialmente puedan identificar a cada persona de manera desvinculada del resto de la información proporcionada contenida en el instrumento.

Finalmente, toda información incluida en el texto del presente anteproyecto, tomada en otros autores, será justificada por su llamada correspondiente.

PRESENTACION DE LOS RESULTADOS

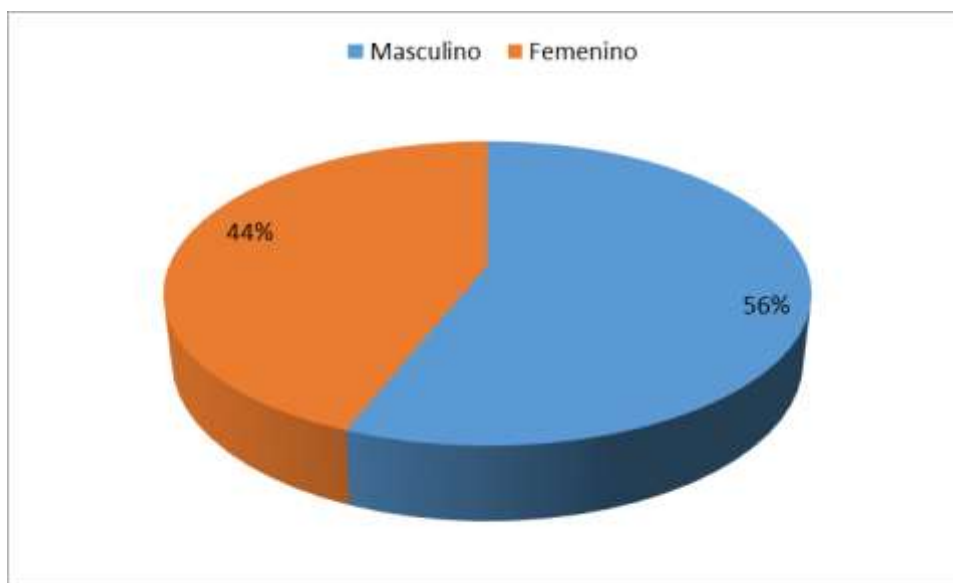
Tabla No. 1

Distribución de los estudiantes según género

Genero	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	28	56
Femenino	22	44
Total	50	100

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes

Grafico No. 1



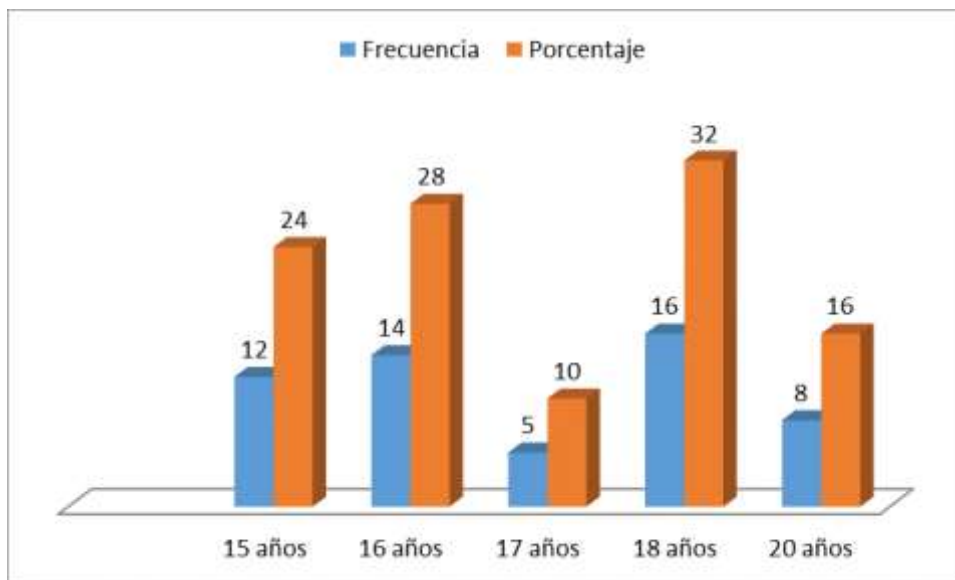
En este grafico se observa que el 56% de los estudiantes son de género masculino mientras que un 44% pertenece al femenino.

Tabla No. 2
Distribución de los estudiantes según edad

Edades (en años)	Frecuencia	Porcentaje
15 años	12	24
16 años	14	28
17 años	5	10
18 años	16	32
20 años	8	16
Total	50	100

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes

Grafico No. 2



En este grafico se observa que un 28% de los estudiantes tiene 16 años, el 32% tiene 18 años, un 24% tiene 15 años y un 16% tiene 20 años.

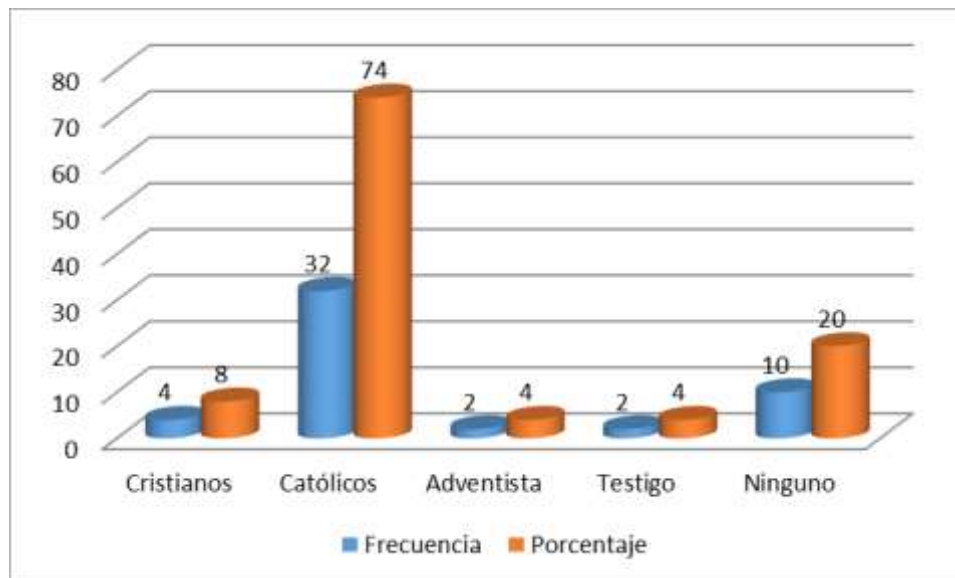
Tabla No. 3

Distribución de los estudiantes según religión

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Cristianos	4	8
Católicos	32	74
Adventista	2	4
Testigo	2	4
Ninguno	10	20
Total	50	100

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes

Gráfico No. 3



En este gráfico se observa que un 74% de los estudiantes pertenecen a la religión católica, un 20% no visitan ninguna religión, el 8% son cristianos, un 4% respectivamente es adventista o testigo de Jehova.

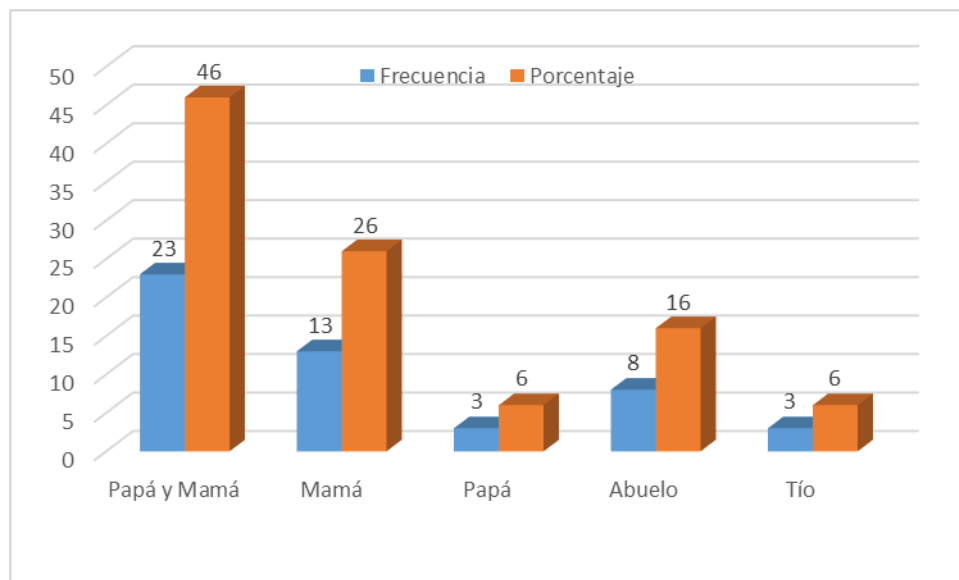
Tabla No. 4

Distribución de los estudiantes según persona con la que vive

Persona	Frecuencia	Porcentaje
Papá y Mamá	23	46
Mamá	13	26
Papá	3	6
Abuelo	8	16
Tío	3	6
Total	50	100

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes

Grafico No. 4



En este grafico se observa que un 46% de los estudiantes conviven con su papa y su mama, un 26% solo vive con su mama, el 16% vive con un abuelo o abuela, y el 3% respectivamente con su tío o papa.

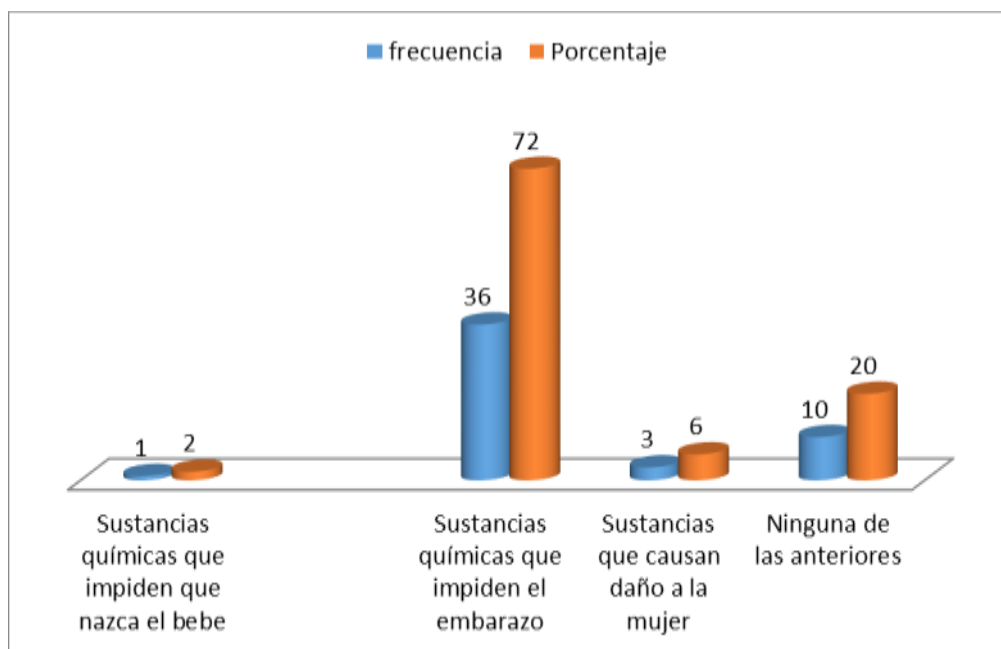
Tabla No. 5

Los métodos anticonceptivos son:

Conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Sustancias químicas que impiden que nazca el bebe	1	2
Sustancias químicas que impiden el embarazo	36	72
Sustancias que causan daño a la mujer	3	6
Ninguna de las anteriores	10	20
Total	50	100

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes

Grafico No. 5



En este grafico se observa que un 72% de los estudiantes dijo que los métodos anticonceptivos son: sustancias químicas que impiden el embarazo, el 6% manifestó que causan daño a la mujer, un 2% dijo que son sustancias que impiden que nazca el bebe.

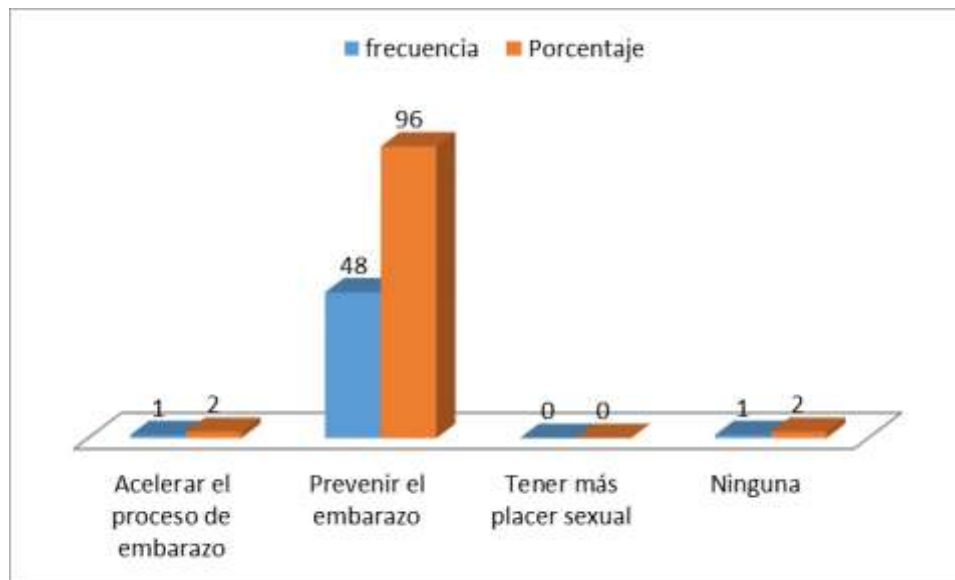
Tabla No. 6

Para que son los métodos anticonceptivos:

Indicador	frecuencia	Porcentaje
Acelerar el proceso de embarazo	1	2
Prevenir el embarazo	48	96
Tener más placer sexual	0	0
Ninguna	1	2
Total	50	100

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes

Gráfico No. 6



En este gráfico se observa que un 96% de los estudiantes manifestó que los métodos anticonceptivos son para prevenir el embarazo, un 2% respectivamente dijo que para acelerar el proceso de embarazo o ninguna de las anteriores.

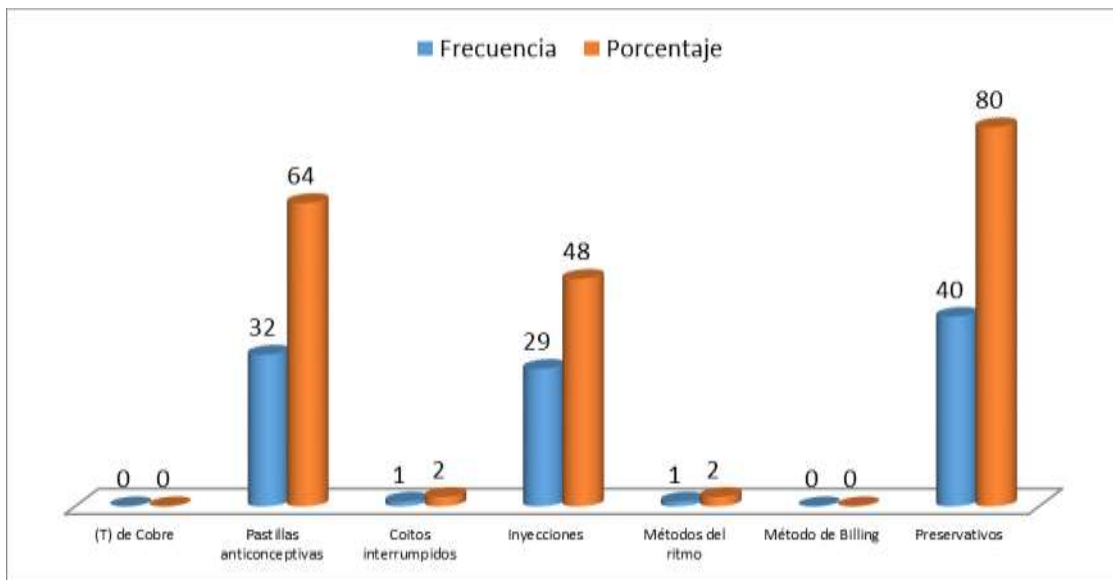
Tabla No. 7

¿Cuáles de estos métodos anticonceptivos conoces?

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
(T) de Cobre	0	0
Pastillas anticonceptivas	32	64
Coitos interrumpidos	1	2
Inyecciones	29	48
Métodos del ritmo	1	2
Método de Billing	0	0
Preservativos	40	80
Total	50	100

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes

Gráfico No. 7



Se observa que un 80% de los estudiantes conoce los preservativos, un 64% pastillas anticonceptivas, el 48% inyecciones, el 2% respectivamente método del ritmo y coitos interrumpidos.

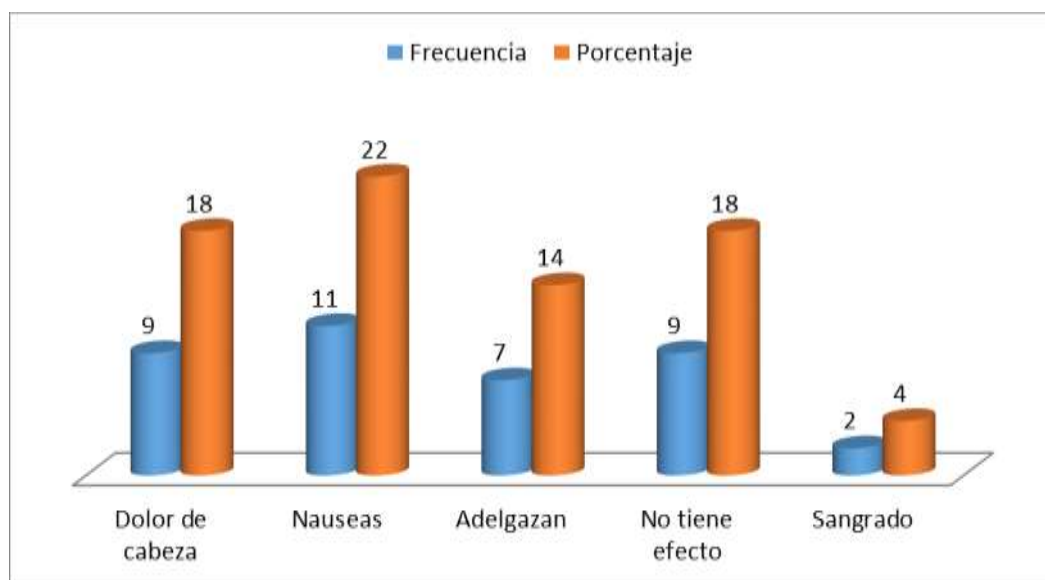
Tabla No. 8

¿Los métodos anticipativos que efectos adversos tienen?

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Dolor de cabeza	9	18
Nauseas	11	22
Adelgazan	7	14
No tiene efecto	9	18
Sangrado	2	4
Total	50	100

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes

Grafico No. 8



Se observa que un 22% de los estudiantes considera que los métodos anticonceptivos producen nauseas, un el 18% respectivamente dijo que produce dolor de cabeza y que no tiene efectos, mientras que el 14% dijo que adelgazan.

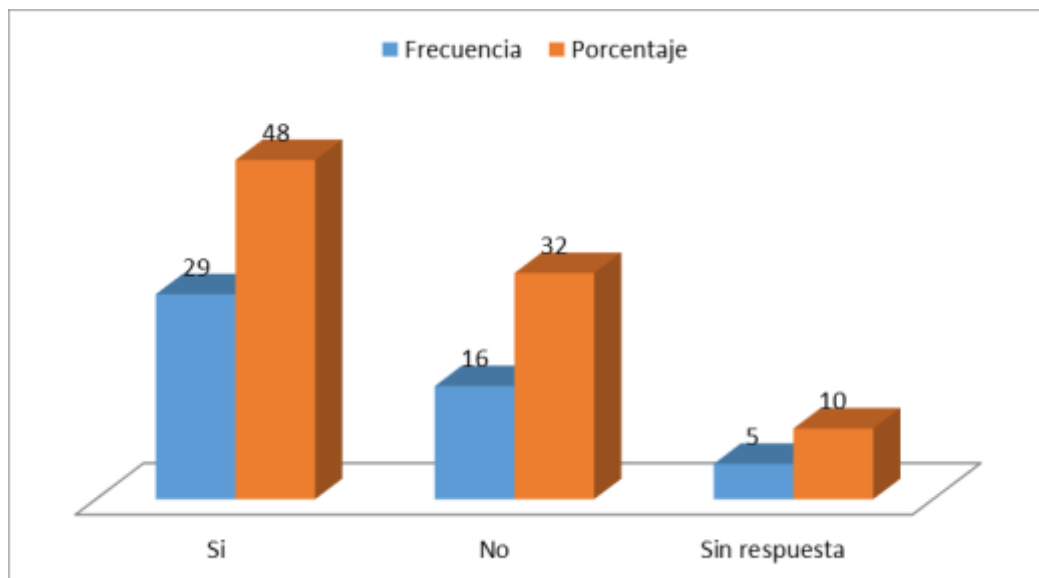
Tabla No. 9

¿Consideras que los métodos anticonceptivos causan enfermedad?

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Si	29	48
No	16	32
Sin respuesta	5	10
Total	50	100

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes

Grafico No. 9



Se observa que un 48% de los estudiantes considera que los métodos anticonceptivos puedan causar enfermedad, el 32% no y un 10% no respondió.

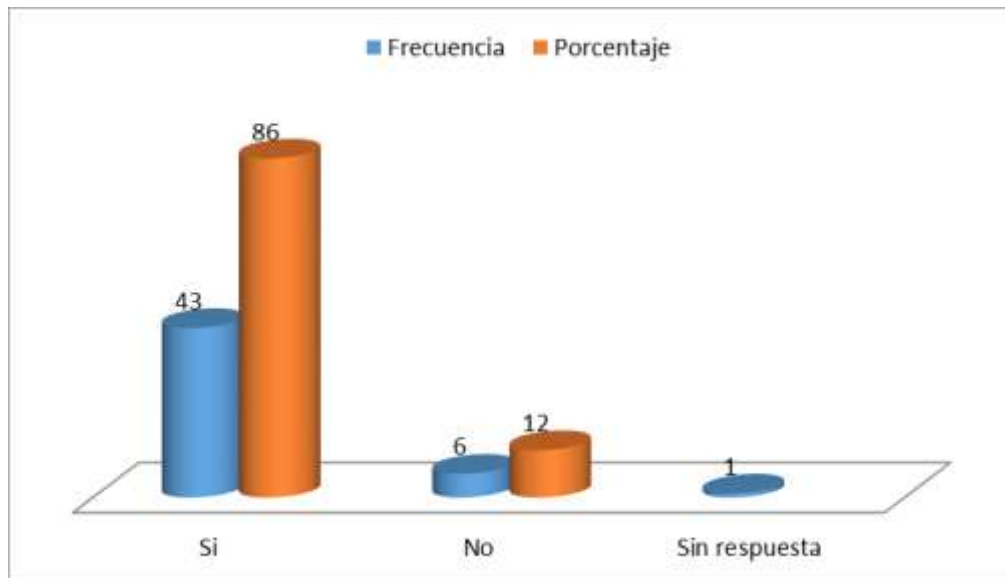
Tabla No. 10

¿Has recibido alguna vez información sobre los métodos anticonceptivos?

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Si	43	86
No	6	12
Sin respuesta	1	
Total	50	100

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes

Grafico No. 10



Se observa que un 86% de los estudiantes ha recibido alguna vez información sobre los métodos anticonceptivos, el 12% no ha recibido información.

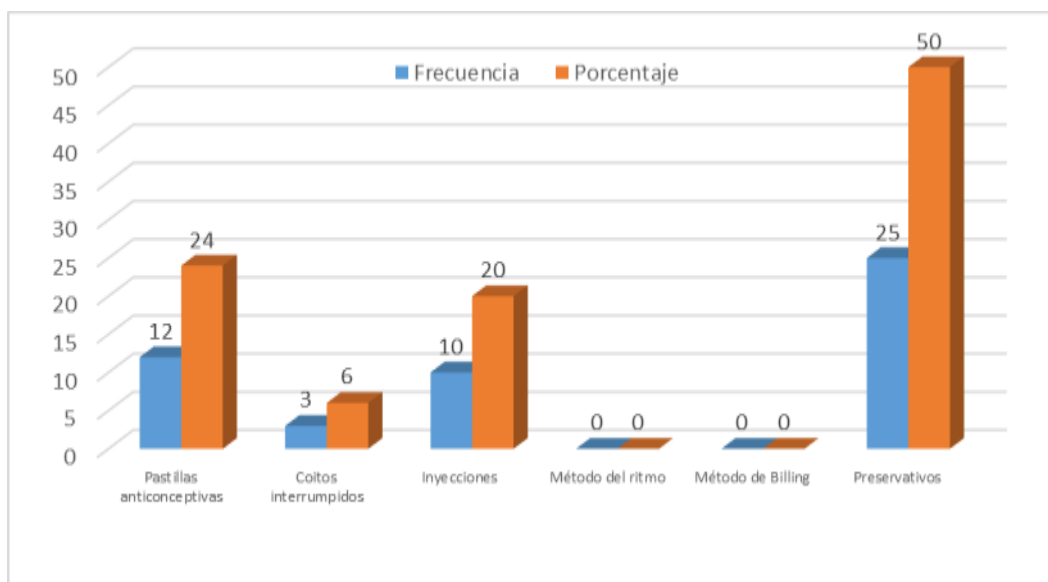
Tabla No. 11

¿El método más seguro que conoce Usted es?

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Pastillas anticonceptivas	12	24
Coitos interrumpidos	3	6
Inyecciones	10	20
Método del ritmo	0	0
Método de Billing	0	0
Preservativos	25	50
Total	50	100

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes

Grafico No. 11



Se observa que un 50% de los estudiantes manifestó que el método más seguro son los preservativos, un 24% pastillas anticonceptivas, el 6% coitos interrumpidos.

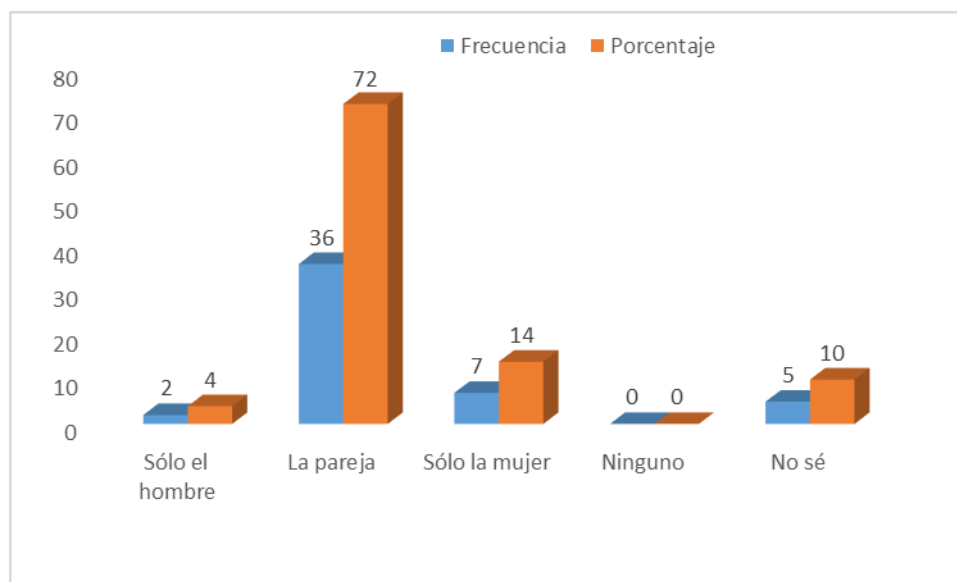
Tabla No. 12

¿Los métodos anticonceptivos pueden ser usados por?

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Sólo el hombre	2	4
La pareja	36	72
Sólo la mujer	7	14
Ninguno	0	0
No sé	5	10
Total	50	100

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes

Gráfico No. 12



Se observa que un 72% de los estudiantes manifestó que los métodos anticonceptivos pueden ser utilizados por la pareja, un 14% dijo que sólo por la mujer, un 10% no sabe y el 4% dijo que solo pueden ser usados por los hombres.

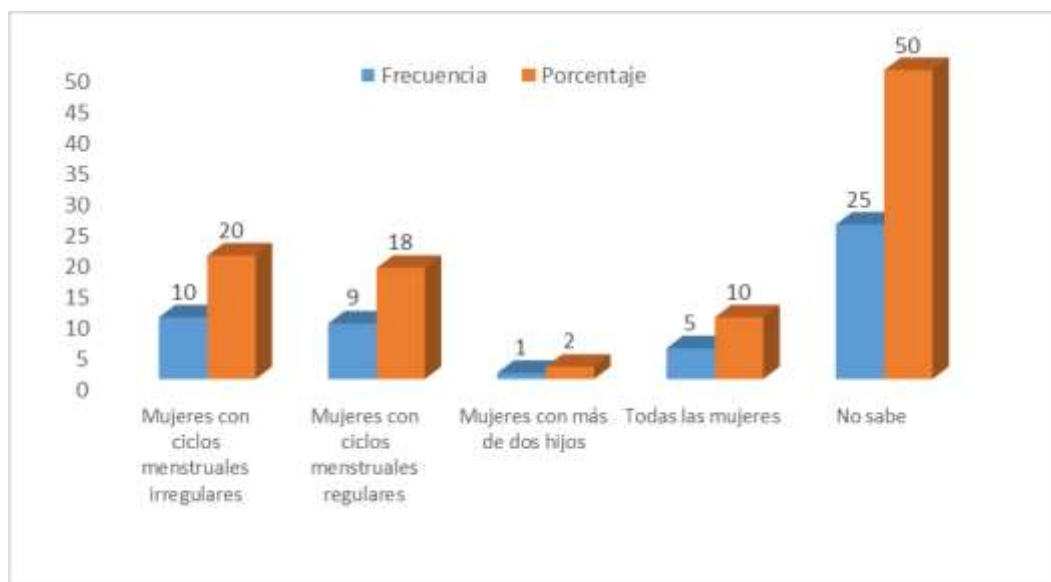
Tabla No. 13

¿El método de calendario o regla puede ser usado por?

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Mujeres con ciclos menstruales irregulares	10	20
Mujeres con ciclos menstruales regulares	9	18
Mujeres con más de dos hijos	1	2
Todas las mujeres	5	10
No sabe	25	50
Total	50	100

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes

Grafico No. 13



Se observa que un 50% de los estudiantes no saben identificar que es el método de calendario o regla, mientras que el 20% dijo que sólo mujeres con ciclos menstruales regulares, el 10% todas las mujeres y un 2% mujeres con más de dos hijos.

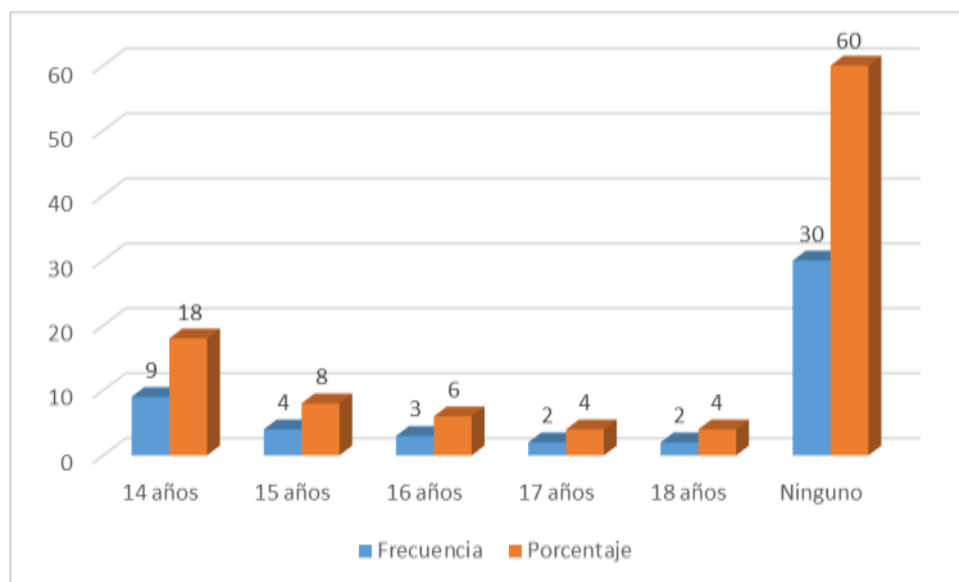
Tabla No. 14

¿A qué edad tuviste la primera relación sexual?

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
14 años	9	18
15 años	4	8
16 años	3	6
17 años	2	4
18 años	2	4
Ninguno	30	60
Total	50	100

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes

Gráfico No. 14



Se observa que un 60% de los estudiantes no ha tenido relaciones sexuales, el 18% tuvo su primera relación a los 14 años, un 8% a los 15 años, el 4% respectivamente a los 18 y 17 años.

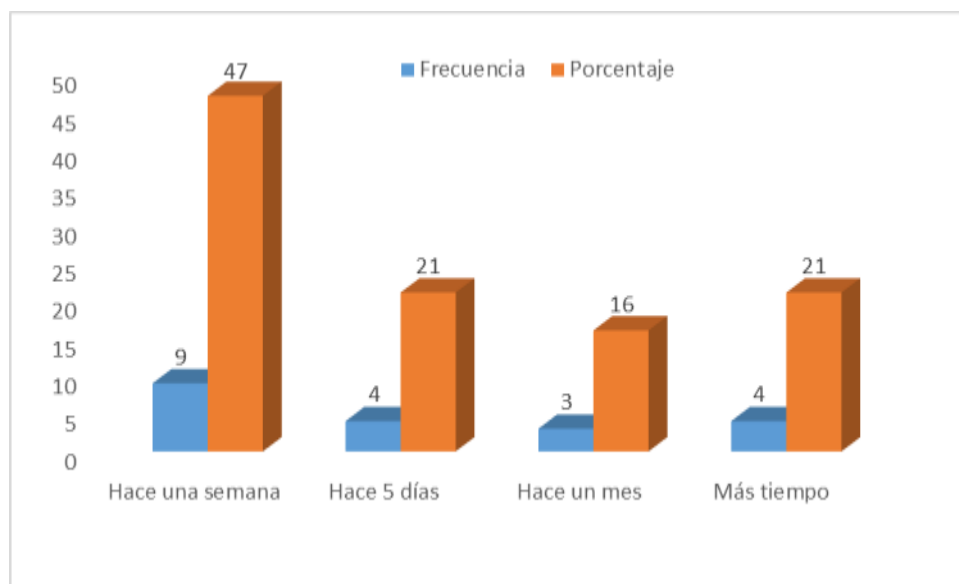
Tabla No. 15

¿La última relación que tuviste fue?

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Hace una semana	9	47
Hace 5 días	4	21
Hace un mes	3	16
Más tiempo	4	21
Total	19	100

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes

Gráfico No. 15



Se observa que un 47% de los estudiantes tuvo la última relación hace una semana, el 21% hace 5 días, el 16% hace un mes y un 21% hace más tiempo del indicado.

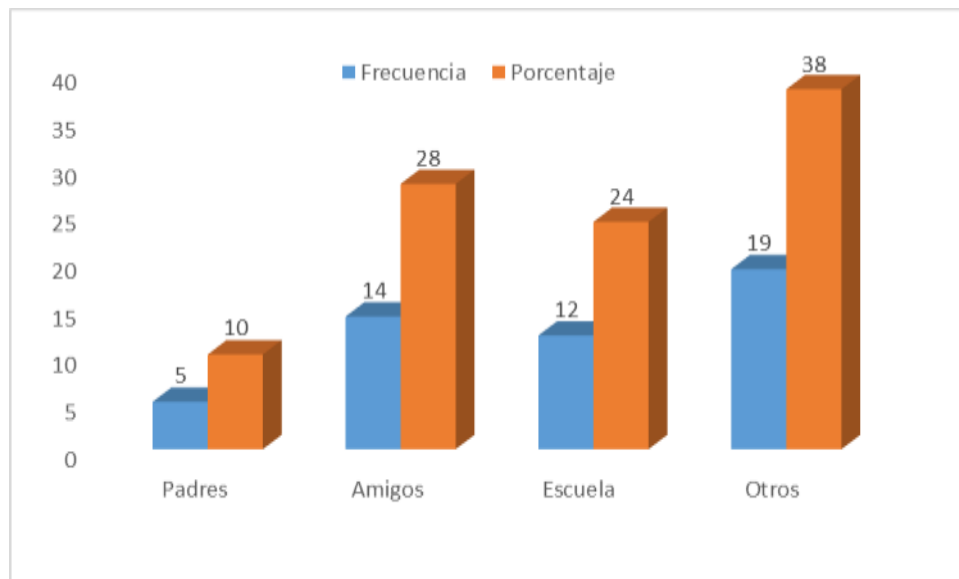
Tabla No. 16

¿De dónde obtuvo la información sobre los métodos anticonceptivos ?

Indicador	Frecuencia	Porcentaje
Padres	5	10
Amigos	14	28
Escuela	12	24
Otros	19	38
Total	50	100

Fuente: Instrumento aplicado a los estudiantes

Gráfico No. 15



Se observa que un 38% de los estudiantes obtuvo información sobre los métodos anticonceptivos de otros a los indicados en este estudio, el 28% lo obtuvo de amigos, un 24% en la escuela y el 10% restante de los padres.

5.1 Análisis y discusión de los resultados

Para el análisis y discusión de los resultados se tomó como referencia los objetivos y el nivel de cumplimiento de estos, las variables y cruces de variables, los resultados de las respuestas de docentes, estudiantes y directivos, la literatura revisada (nivel de correlación o no con los resultados) y la teoría de referencia.

Variable características sociodemográficas de los estudiantes, edad, sexo y religión.

Se encontraron convergencia entre lo reportado por este estudio y la literatura revisada. Se determinó que el 56% de los estudiantes es de género masculino. Al igual que en la investigación presentada por Cepero et al. (1999), en donde se encontró que existió un predominio del sexo masculino con un 57,7%-

En torno a la edad, Cleto et al. (2002), encontró que la edad más común de los que aceptaron responder la encuesta fue de 16-20 años con un 75,9% en el sexo femenino y un 65% en el sexo masculino. Además concluyeron que los jóvenes de educación media tuvieron un pobre conocimiento sobre métodos anticonceptivos. Similar a lo encontrado en esta investigación, en donde un 28% de los estudiantes tiene 16 años, el 32% tiene 18 años, un 24% tiene 15 años y un 16% tiene 20 años.

En lo relativo a su religión, no se encontraron fuentes que descarten o apoyen lo relevado en este estudio, en donde el 74% de los estudiantes pertenecen a la religión católica, seguida de no visitar ninguna religión.

Variable métodos anticonceptivos conocidos por los estudiantes

El estudio reveló discrepancias entre lo encontrado en este estudio y lo que se encontró en la literatura, en donde se evidenció que un 80% de los estudiantes conoce los preservativos y un 64% pastillas anticonceptivas. Contrario a lo que

señala Varona (2004), al señalar que los métodos anticonceptivos más conocidos fueron los dispositivos intrauterinos, píldoras anticonceptivas y el preservativo

Considerando que El comportamiento sexual y reproductivo de los adolescentes está influenciado por su entorno sociocultural y su percepción del bienestar psicoafectivo, lo que plantea necesidades y cuestionamientos frente a su sexualidad. La manera en que estos cuestionamientos se respondan y se suplán sus necesidades, determinarán su salud sexual y reproductiva.

Actualmente existe un amplio abanico de métodos anticonceptivos entre los que están el condón, las ya clásicas píldoras y el dispositivo intrauterino, pero que también incluyen parches, implantes y métodos definitivos.

Variable nivel de conocimiento que poseen los estudiantes sobre el uso de anticonceptivos.

Para caracterizar el nivel de conocimientos, se utilizaron varios indicadores, estos fueron: distinguir los métodos anticonceptivos, describir sus características y señalar su importancia. Un 72% de los estudiantes dijo que los métodos anticonceptivos son: sustancias químicas que impiden el embarazo. También, un 96% de los estudiantes manifestó que los métodos anticonceptivos son para prevenir el embarazo, por otro lado, un 80% de los estudiantes conoce los preservativos, un 64% pastillas anticonceptivas, el 48% inyecciones, el 2% respectivamente método del ritmo y coitos interrumpidos.

En relación con el conocimiento sobre métodos anticonceptivos existentes, nuestros resultados coinciden con lo reportado en Cuba por Fernández-García y cols., siendo el condón masculino el método más conocido (100%).

En cuanto a la fuente de información sobre anticonceptivos, los resultados de nuestro estudio son similares a lo reportado en otros países de Latinoamérica

como Colombia y Cuba, en los que la escuela (es decir, los maestros) es una de las fuentes más frecuentes de información.

Precisar las prácticas anticonceptivas realizan los estudiantes.

El porcentaje de uso de métodos anticonceptivos en adolescentes encontrado en nuestro estudio fue de 55%, menor a lo reportado en Chile por Parra-Villaruel y cols., en donde 67.3% de los hombres y 86% de las mujeres adolescentes usaban métodos anticonceptivos. El anticonceptivo más utilizado continúa siendo el condón masculino de acuerdo con lo reportado en Chile, Colombia y lo encontrado en nuestro estudio.

Sobre el conocimiento adecuado de métodos anticonceptivos encontramos que 63% tiene conocimiento medio y bajo, lo cual está por debajo de lo reportado en Colombia y Venezuela con niveles de conocimiento muy alto y bueno, 44.5% y 23.1% respectivamente.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio evidencian desconocimiento y poco uso de métodos anticonceptivos diferentes al condón masculino. Sin embargo, reconocemos que la limitante más importante de este trabajo fue el haber utilizado una muestra no probabilística.

Describir los métodos anticonceptivos que los estudiantes utilizan con mayor frecuencia.

Actualmente, la anticoncepción forma parte de la atención amigable de los adolescentes en el primer nivel de atención médica, sin embargo, es importante otorgar atención de calidad, con consejería y prescripción de anticonceptivos en forma fácil y explícita, ya que la mayoría de los adolescentes obtienen los anticonceptivos en farmacias comerciales, en las que generalmente no se consideran aspectos como la aceptabilidad, seguridad de método y las características propias del adolescente para lograr mejores tasas de uso y continuidad.

Un 80% de los estudiantes conoce los preservativos, un 64% pastillas anticonceptivas, el 48% inyecciones, el 2% respectivamente método del ritmo y coitos interrumpidos.

El uso de métodos anticonceptivos es un ejemplo del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, expresión de los derechos humanos que poseen todas las mujeres y hombres por el solo hecho de ser personas; además, del propio ejercicio clínico del médico familiar.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Finalizada la investigación, se pudo determinar que:

Las características sociodemográficas de los estudiantes, edad, sexo y religión. Se determinó que la mayoría de estudiantes son de género masculino, la edad más común fue de 16-20 años y pertenecen a la religión católica.

En relación a los métodos anticonceptivos, los estudiantes conocen los preservativos, pastillas anticonceptivas. Además de que conocen las píldoras y otros como el método del calendario.

Con respecto al nivel de conocimiento que poseen los estudiantes sobre el uso de anticonceptivos, estos manifestaron que son para prevenir el embarazo, por lo que tienen claro lo que significa planificarse.

Al precisar las prácticas anticonceptivas realizan los estudiantes, se encontró que tienen conocimiento medio y bajo. Los resultados obtenidos en nuestro estudio evidencian desconocimiento y poco uso de métodos anticonceptivos diferentes al condón masculino. Sin embargo, reconocemos que la limitante más importante de este trabajo fue el haber utilizado una muestra no probabilística.

En tanto que al describir los métodos anticonceptivos que los estudiantes utilizan con mayor frecuencia. Los estudiantes conocen los preservativos, pastillas anticonceptivas, inyecciones. El uso de métodos anticonceptivos es un ejemplo del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, expresión de los derechos humanos que poseen todas las mujeres y hombres por el solo hecho de ser personas; además, del propio ejercicio clínico del médico familiar.

RECOMENDACIONES

Al finalizar el estudio, considerando las conclusiones y análisis de los resultados, se emiten las siguientes sugerencias:

Al Ministerio de Educación

Desarrollar talleres de orientación sobre el uso de métodos anticonceptivos, valiéndose de médicos familiares que puedan puntualizar aspectos relevantes de la materia.

Al Ministerio de Salud Pública

Promover atención integral en salud que garantice monitoreo, actividades de planificación y seguimiento relacionado con la promoción en temas de salud en las aulas.

Establecer a través de ambos ministerios tanto el de salud como el Educación criterios básicos que deben ser asegurados por los estudiantes y docentes a fin de fomentar el conocimiento en los planteles educativos sobre los anticonceptivos.

Disponer de estándares de atención para asegurar uniformidad, efectividad e integralidad de la atención en adolescencia sobre temas de salud reproductiva.

-

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. La Salud del Adolescente Joven. Publicación Científica N° 552. Editores Matilde Magdaleno. USA: OPS; 2009. Disponible en: <https://www.google.co.ve/#q=1.%09Organizaci%C3%B3n+Panamericana+de+la+Salud.+La+Salud+del+Adolescente+Joven.+Publicaci%C3%B3n+Cient%C3%ADfica+N%C2%BA+552>. [Consultado 22/05/2013].
2. Organización Mundial De La Salud (2010). El Embarazo y el Aborto en la Adolescencia. Ginebra. P. 20.
3. Acosta D, Gastelo R. Embarazo en Adolescencia y Proyecto de Vida. Caso: Liceos Públicos de Cumaná. (Tesis doctoral). Sucre: Universidad de Oriente; Cumana Edo. Sucre. Enero 2012. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/139440677/TEsISDAyRG-2>. [Consultado el 22/05/2013].
4. Coello, N. (2009). Conocimiento y prevención del embarazo en adolescentes como tarea social de promotores comunitarios de salud. Cuba. (fecha de acceso 11-01- 15) disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos75/prevencionembarazo-adolescentes-tarea-social/prevencionembarazo-adolescentes-tarea-social2.shtml>.
5. Arias K. y Stay A. (2005). Educación sexual en la adolescencia. Disponible en http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2006/arias_k/source_s/arias_k.pdf. 6. Noguero, M. (2014). Uso del preservativo en la adolescencia. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=82841>
6. Dra. Ricardo Saint-Felix F, Dra. Melian Savignon C, DR. Valón Rodríguez O, Dra. Reinoso Ortega S, Al Garcia Alcolea EE. Anticoncepcion de Emergencia – Instituto Superior de ciencia Medica (MEDISAN 2006); 10(1) (Citada 06 mayo 2015) Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol10_1_06/san10106.htm.
7. Ministério da Saúde (BR). PNDS 2006- Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
8. Sociedade Bem-estar Familiar no Brasil (BEMFAM). Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde. Rio de Janeiro: BEMFAM; 1997.
9. World Health Organization (WHO) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP), INFO Project. Family Planning: A Global Handbook for Providers. Baltimore (MD); 2007.

10. Caricote, Esther. La salud sexual en la adolescencia tardía. Revista Educere, 2009: Año 13 (45):415-25
11. Panamericana de la salud / OPS) “Prevalencia y tenencia del embarazo en adolescentes. Washington. (2010)
12. Corona, José & Ortega, Jorge. Comportamiento sexual y conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual en estudiantes venezolanos de un liceo del municipio de Miranda. Revista MEDISAN. 2013: Vol. 17(1):78-85.
13. Oficina nacional de estadísticas / ONE “madres adolescentes en la República Dominicana”. Omnimedia. Santo Domingo, República Dominicana. (2011)
14. Fernández I. Conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en adolescentes de centros educativos en el distrito de San Juan de Lurigancho, *Ágora Rev Cient.*2015; 02(01):79-88.
15. Navarro y López, realizaron en Perú un trabajo titulado Nivel de conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de la urbanización Las Palmeras - Distrito de Morales. Periodo Junio – Setiembre 2012.
16. M. Ayala-Castellanos, B. Vizmanos-Lamotte, R. Portillo-Dávalos, Salud sexual y reproductiva en adolescentes de escuela secundaria en Guadalajara, México, *Ginecol Obstet Méx*, 79 (2) (2011), pp. 86–92.
17. G.B. Fernández, M.E. Mariño, G.M. Ávalos, J.V.G. Baró, Información sobre anticoncepción y métodos anticonceptivos en adolescentes del Municipio “La Lisa”, *Rev Cubana Med Gen Integral*, 29 (1) (2013), pp. 3–7.
18. Y.A. Colin-Paz, P. Villagómez-Ornelas, Evolución de la maternidad adolescente en México, 1974-2009, *La situación demográfica en México 2010*, Conapo, México (2010), pp. 37–53.
19. V.A. Montero, Anticoncepción en la adolescencia, *Rev Med Clin Condes*, 22 (1) (2011), pp. 59–67

20. Instituto Nacional de la Juventud (INJUV).)Sexta encuesta nacional de la juventud. 2010.
http://www.injuv.cl/portal/wpcontent/files_mf/sextaencuestanacionaldejuventud.pdf
21. Shashikumar, R., Das, R. Prabhu, H., Srivastava, K.,Bath, P., Prakash, J. &Seema, P. A cross-sectional study of factors associated with adolescent sexual activity.Indian Journal of Psychiatry. 2012 54(2), 138-142.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3440907/>
22. Díaz, A., Aliño, M., Velasco, A., Rodríguez, A. y Rodríguez, V. Sexualidad y reproducción en adolescentes. Revista cubana de obstetricia y ginecología. 2008. 34(3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2008000300006&script=sci_arttext
23. Fétis, G., Bustos, L., Lanas, F., Baeza, B., Contreras, J., Hebel, E. y Marucich, C. Factores asociados al uso de anticonceptivos en estudiantes de enseñanza media de la comuna de Temuco. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2008. 73(6), 362-369.http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262008000600002
24. González, E., Molina, T., Montero, A. y Martínez, V. (2013). Factores asociados al inicio sexual en adolescentes de ambos sexos de nivel socioeconómico medio-bajo de la Región Metropolitana. Revista Chile de Obstetricia y Ginecología, 78(1).
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262013000100002&script=sci_arttext
25. Ministerios de Salud pública y Asistencia social. Norma Nacional de Planificación Familiar. Serie de normas nacionales, no.14, 2da. Ed. 2006. República Dominicana.
26. Angus McLaren. Historia de los anticonceptivos: de la antigüedad a nuestros días. Minerva Ediciones, 1993. 316 págs.

INSTRUMENTO APLICADO

Buenos días! Estoy realizando la tesis de la Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria, las informaciones que proporcione serán utilizadas con fines estrictamente científicos por lo que su identidad no será revelada.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

I. Género

Masculino_____ Femenino_____

II. Edades:

14 años 15 años_____ 16 años____ 17 años____
18 años _____ 20 años_____

III. Religión

Cristiana_____

Católica_____

Adventista__

Testigo_____

Ninguna_____

IV. Persona con la que vive

Papá y mamá____ Mamá_____ Papá_____

Abuelo__ Tío_____ Otros_____

V. NIVEL DE CONOCIMIENTO

1. Los métodos anticonceptivos son:

Sustancias químicas que impiden que nazca el bebe

Sustancias químicas que impiden el embarazo

Sustancias que causan daño a la mujer

Ninguna de las anteriores

Para que son los métodos anticonceptivos:

Acelerar el proceso de embarazo____

Prevenir el embarazo_____

Tener más placer sexual____

Ninguna____

¿Cuáles de estos métodos anticonceptivos conoces?

(T) de Cobre_____

Pastillas anticonceptivas_____

Coitos interrumpidos_____

Inyecciones____

Métodos del ritmo____

Método de Billing_____

Preservativos_____

¿Los métodos anticonceptivos que efectos adversos tienen?

Dolor de cabeza____

Nauseas____

Adelgazan____

No tiene efecto____

Sangrado____

¿Consideras que los métodos anticonceptivos causan enfermedad?

Si _____ No _____ Sin respuesta_____

¿Has recibido alguna vez información sobre los métodos anticonceptivos?

Si _____ No _____ Sin respuesta_____

¿El método más seguro que conoce Usted es?

Pastillas anticonceptivas____

Coitos interrumpidos____

Inyecciones____

Método del ritmo____

Método de Billing____

Preservativos____

¿Los métodos anticonceptivos pueden ser usados por?

Sólo el hombre____

La pareja____

Sólo la mujer____

Ninguno____

No sé____

¿El método de calendario o regla puede ser usado por?

Mujeres con ciclos menstruales irregulares____

Mujeres con ciclos menstruales regulares____

Mujeres con más de dos hijos____

Todas las mujeres____

No sabe____

¿A qué edad tuviste la primera relación sexual?

14 años____

15 años____

13 años____

17 años____

18 años____

Ninguno____

¿La última relación que tuviste fue?

Hace una semana____

Hace 5 días ____

Hace un mes____

Más tiempo____

**¿De dónde obtuvo la información sobre los
métodos anticonceptivos ?**

Padres____

Amigos____

Escuela____

Otros____