

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**“CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES EN EL USO DE
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ESCOLARES
ADOLESCENTES DE LA ZONA RURAL DE
CANDARAVE, TARATA Y LOCUMBA. TACNA 2009”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
MÉDICO CIRUJANO**

BACH.: WALTER ARMANDO ZEGARRA ROJAS

**TACNA – PERÚ
2009**

ASESOR:

DR. ALBERTO FLOR CHAVEZ

MIEMBROS DEL JURADO EXAMINADOR:

MG. VICTOR ARIAS SANTANA

MED. BARTOLOMÉ IGLESIAS SALAZAR

MÉD. VICTOR GARCÍA MONTENEGRO

DEDICATORIA

A Dios por su ayuda en mis momentos más difíciles.

A mi familia todos ellos pilares fundamentales en mi vida y.....

A todos aquellos que pensaron que no lo lograría

AGRADECIMIENTOS

Antes que nada a Dios por estar siempre presente en los momentos más difíciles de mi vida.

Son muchas las personas que debería nombrar en estas líneas, pero me quedaré con las más trascendentales... con aquellas que no han bajado la guardia y siempre me han apoyado, tanto a lo largo del desarrollo de mis estudios como a lo largo de mi vida.

Primero, debo dar gracias a mis padres Walter y Julia, quienes jugaron el rol más importante en mi vida, ambos incansables, desde que era pequeño me han guiado y acompañado en los momentos que más los he necesitado. Por su apoyo incondicionalidad y principalmente por su amor sin esperar nada a cambio.

A los dos seres que llegaron a mi vida y que han sido el pilar en esta última etapa. Gracias Claudia mi compañera, amiga, confidente, madre y esposa; a María Fernanda mi hija a quien amo..... A ambas gracias por aguantar las noches de desvelos y trabajo, en donde siempre me acompañaron, y me motivaron día a día, para dejar salir lo mejor de mí.

No puedo dejar de nombrar a mis suegros, de quien al igual que mis padres, recibí comprensión y apoyo, permitiendo que mi esposa y yo logremos nuestro primer objetivo.

Gracias a todos ustedes que me permitieron tocar la línea de llegada, sabiendo que detrás de esta hay una nueva de partida, entendiendo que detrás de cada logro existe un nuevo desafío, por ustedes es que seguí aunque todos esperaban que abandone.

A todos uds. gracias.

INDICE

INTRODUCCIÓN	
I PROBLEMA DE INVESTIGACION	1
1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	2
1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA	2
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	2
1.3. OBJETIVOS	3
1.3.1 General	3
1.3.2 Específicos	3
1.4 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	3
1.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	4
II REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	5
2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	6
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	6
2.1.1 Nacionales	6
2.1.2 Internacionales	7
2.2 MARCO TEÓRICO	9
2.2.1 CONOCIMIENTO	10
2.2.2 ACTITUD	11
2.2.3 ADOLESCENCIA	12
A. Cambios físicos	13
B. Cambios psicológicos	14
C. Conflictos	15
D. Problemas de la Adolescencia	15
2.2.4 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	16
I. MÉTODOS NATURALES	16
A. Abstinencia Periódica	16
A.1 Método del ritmo	17
A.2 Método Billings	18
A.3 Método del collar	20
B. MÉTODO DE LACTANCIA MATERNA Y AMENORREA	22
II. MÉTODOS DE BARRERA	24
1. Condón	24
2. Espermicidas	26

III. ANTICONCEPTIVOS HORMONALES	28
1. Anticonceptivos orales combinados (AOC)	28
2. Anticonceptivos orales sólo de progestágeno	31
3. Anticonceptivos inyectables sólo de progestágeno	34
4. Anticonceptivos inyectables combinados	36
5. Implantes	38
6. Anticoncepción oral de emergencia	41
IV. ANTICONCEPTIVOS MECÁNICOS	43
A. Dispositivos Intrauterinos (DIU)	43
A.1. DIU liberador de cobre	43
A.2. DIU de progestágeno	45
V. MÉTODOS QUIRÚRGICOS	48
1. Anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina	48
2. Anticoncepción quirúrgica voluntaria masculina	51
III HIPÓTESIS, OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	55
3. HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIÓN OPERACIONALES	56
3.1 HIPÓTESIS	56
3.2 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	56
IV MARCO METODOLÓGICO	58
4. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	59
4.1 TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	59
4.2 ÁMBITO DE ESTUDIO	59
4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	59
4.4 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	59
INTERPRETACIÓN DE DATOS	60
V PROCEDIMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS	61
CARTILLA DE CÓDIGOS	62
CLAVES DEL CUESTIONARIO	64
VI RESULTADO E INTERPRETACIÓN DE DATOS	65
VII DISCUSIÓN	78
VIII CONCLUSIONES	81
IX SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES	83
BIBLIOGRAFÍA	85
ANEXO	87

INTRODUCCIÓN

La salud sexual se define según la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una integración de los elementos corporales, emocionales, intelectuales y culturales de la persona por medios que le permitan desarrollar su personalidad, la comunicación, el amor y una realización feliz de su sexualidad.¹

El ser humano nace con capacidad para manifestar una gama ilimitada de comportamientos sexuales. Todo padre y educador por el mero hecho de serlo va a educar consciente o inconscientemente en materia de sexualidad, por lo cual la única opción posible es elegir el criterio con el que se va a “impartir” dicha educación.²

La adolescencia es una etapa de alta energía sexual, donde la madurez física se alcanza previamente a la psicológica, lo que hace a los adolescentes menos conscientes de las repercusiones de sus actos. Es por esto la necesidad de orientación que tienen los adolescentes en esta materia. Una educación sexual sana es aquella que fomenta tanto la salud del individuo como la construcción de un modelo de comportamiento integral que aporte equilibrio personal, habilidades comunicativas, placer y un buen desarrollo de afectividad. El problema de la sexualidad en los adolescentes no es que estos sean sexualmente activos, sino que no cuentan con una preparación y orientación para una conducta sexual responsable. La ausencia de esta materia en el plan de estudios actual podría conducir a la educación que en materia afectivo-sexual están recibiendo los adolescentes; una educación en la que se estimula el inicio precoz de las relaciones sexuales, una educación que no niega ni reprime, pero tampoco educa².

Por lo general ven esto como algo positivo, pero a veces las experiencias sexuales precoces pueden ir acompañadas de sentimientos de ansiedad, vergüenza o culpabilidad. Muchos son ignorantes con respecto a las funciones de su propio cuerpo y poseen escasos conocimientos de la actividad sexual y sus consecuencias.^{3,4}

CAPITULO I
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

El fundamento del problema esta basado en conocer el grado de información que tienen los adolescentes escolares de 4° y 5° de secundaria de los centros educativos de las zonas rurales de Tacna, según su edad y sexo, sobre los métodos anticonceptivos, así como su función preventiva y su correcta utilización, ya que pensamos que la información que se tiene sobre este tema es aún insuficiente, ya que no les es proporcionada actualmente por el sistema de educación que se les imparte en los centros educativos, ni por el ministerio de salud, con el fin de prevenir embarazos no deseados en las adolescentes que generalmente representan un numero importante en las zonas rurales no solo de nuestro entorno si no del país.

1.2 FORMULACIÓN DE PROBLEMA

1.2.1 PREGUNTA GENERAL:

¿EXISTE RELACIÓN ENTRE LOS CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ESCOLARES ADOLESCENTES DE LA ZONA RURAL DE CANDARAVE, TARATA Y LOCUMBA. TACNA 2009?

1.2.2 PREGUNTAS ESPECÍFICAS:

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos de los escolares adolescentes de la zona rural de Candarave, Tarata y Locumba?

¿Cuáles son las actitudes hacia el uso de métodos anticonceptivos en escolares adolescentes de la zona rural de Candarave, Tarata y Locumba?

¿En que medida influye el nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos en la actitud de su uso en escolares adolescentes de la zona rural de Candarave, Tarata y Locumba?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Relacionar el nivel de conocimientos de los métodos anticonceptivos con la actitud hacia su uso en los adolescentes escolares de la zona rural de Candarave, Tarata y Locumba según sexo y edad.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en escolares adolescentes de las zonas rurales de nuestra ciudad.
- Determinar las actitudes hacia el uso de métodos anticonceptivos en escolares adolescentes de las zonas rurales de nuestra ciudad.
- Establecer la relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes hacia el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes escolares de la zona rural de Candarave, Tarata y Locumba.

1.4 JUSTIFICACIÓN

Hemos considerado como foco central de nuestra investigación conocer el grado de información que tienen los adolescentes escolares de 4° y 5° de secundaria de los centros educativos de las zonas rurales de Tacna, según su edad y sexo, sobre los métodos anticonceptivos, así como su función preventiva y su correcta utilización, ya que pensamos que la información que se tiene sobre este tema es aún insuficiente y conocer las ideas que manejan los y las jóvenes será de suma utilidad, con el fin de proporcionar información real que sirva como marco de referencia al sector salud para realizar labor preventivo-promocional orientada a la población en riesgo (adolescentes entre 14 y 19 años); contribuyendo a la disminución de embarazos no deseados y/o modificar actitudes negativas mediante el ministerio de salud a fin de implementar programas educativos en donde abarque toda la información adecuada sobre el uso de métodos anticonceptivos y conductas sexuales saludables.

Considerando, pues, que este problema no sólo es de interés del ministerio de salud si no también de toda la comunidad educativa

1.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

- **CONOCIMIENTO:** Es representación verdadera de la realidad porque esta basado en pruebas o evidencia producto de la experiencia pudiendo ser verificadas por la prueba de contrastación.⁵
- **ACTITUD:** Es la asociación entre un objeto dado y una evaluación dada. Así las situaciones sociales, las personas y problemas sociales son considerados como objetos actitudinales; y su evaluación esta dada por el afecto que despiertan, las emociones que movilizan, el recuerdo de experiencias pasadas, etc.⁶
- **ADOLESCENCIA:** Comprendida entre los 10 y los 19 años de edad.⁹
- **MÉTODO ANTICONCEPTIVO:** Un método anticonceptivo es cualquier forma de impedir la fecundación o concepción al mantener relaciones sexuales. También se llama contracepción o anticoncepción. Los métodos anticonceptivos son una forma de control de la natalidad.¹⁴

CAPÍTULO II
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

A) ORIGEN NACIONAL

VEGA SOSA Juana Otilia, “NIVEL DE CONOCIMIENTO Y USO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES TARDÍOS DEL DISTRITO DE SULLANA”. PERÚ-1998.

En el presente trabajo de investigación se ha realizado un estudio descriptivo simple, con el propósito de determinar "El nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos y su uso en la población de adolescentes tardíos del distrito de Sullana 1998.

La muestra estuvo conformada por 298 adolescentes tardíos (17 a 19 años de edad) y que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión, las mismas que fueron elegidas empleando el muestreo probabilístico aleatorio simple de la población de los barrios Santa Teresita, 9 de Octubre, El Obrero, Buenos Aires, Nuevo Sullana, Urb. Santa Rosa y Cercado del distrito de Sullana

Los datos obtenidos fueron recolectados en una encuesta, posteriormente la información fue analizada mediante estadígrafos descriptivos.

Se determinó que el nivel de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos en la población de estudio fue regular, la fuente de información sobre los métodos anticonceptivos se evidenció que procede de parte de los amigos, padres y profesores respectivamente por orden de importancia; asimismo el uso de los métodos anticonceptivos en su mayoría de los adolescentes tardíos es incorrecto debido a la falta de asesoramiento profesional prevaleciendo el condón como método de elección por su fácil accesibilidad.

En su conjunto los adolescentes tardíos requieren del apoyo de los padres de familia y el asesoramiento oportuno y correcto por un equipo de profesionales de salud con un enfoque de estilos saludables de vida sexual y reproductiva, el cual favorezca al desarrollo y futuro de la juventud del norte del país.

B) ORIGEN INTERNACIONAL

Guerrero Masiá “CONOCIMIENTO DE LOS ADOLESCENTES SOBRE SALUD SEXUAL EN TRES INSTITUTOS DE EDUCACIÓN SECUNDARIA VALENCIANOS” ESPAÑA 2008.

Una educación sexual sana es aquella que fomenta tanto la salud del individuo como la construcción de un modelo de comportamiento integral que aporte equilibrio personal, habilidades comunicativas, placer y un buen desarrollo de la afectividad. El problema de la sexualidad en los adolescentes no es que estos sean sexualmente activos, sino que no cuentan con una preparación y orientación para una conducta sexual responsable. El objetivo del estudio fue describir la información que tienen los adolescentes valencianos de enseñanza secundaria obligatoria sobre sexualidad, en relación a: métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual (ETS), aborto y autoconcepto del adolescente.

Material y métodos: estudio observacional descriptivo transversal.

Población: adolescentes de 15-18 años estudiantes de tres institutos de enseñanza secundaria valencianos. La información fue obtenida a través de una encuesta anónima ad hoc.

Resultados: se estudian las encuestas de 67 alumnos (43,3% chicos y 56,7% chicas) de una edad media de 16,3 años. El estudio revela un desconocimiento de un 30% en relación a los métodos anticonceptivos, un criterio favorable al aborto en un 88% de los casos y una baja concienciación respecto a la gravedad e importancia de las ETS. Las relaciones de pareja son valoradas como absorbentes en un 25% de los casos y la visión del sexo opuesto es considerada por estos adolescente como regular o negativa en casi un 50% de los casos.

Conclusiones: del estudio se deduce la necesidad de una educación integral para la sexualidad tanto desde los sistemas educativos como de la familia, en pro de una adecuada salud sexual del adolescente, fuente de realización personal del mismo.

Alejandro de Dios Moccia. “QUÉ SABEN LAS ADOLESCENTES ACERCA DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y CÓMO LOS USAN” PIEDRAS BLANCAS-URUGUAY 2006.

El embarazo adolescente es un gran problema sanitario y social al cual nos enfrentamos. Responde a una causalidad muy variada y compleja, difícil de manejar y cambiar. Entre los distintos factores que actúan, el inicio precoz de las relaciones sexuales y la insuficiente información se encuentran dentro de los más importantes. Los objetivos del presente estudio fueron realizar un perfil de las adolescentes estudiadas y recabar información acerca del conocimiento y el uso de los diferentes métodos anticonceptivos para así crear estrategias que los mejoren.

Material y método: *se confeccionó un formulario de autollenado en forma anónima entregado a las adolescentes que cumplían con las condiciones establecidas para el estudio. El lugar de la encuesta fue la policlínica ginecológica de adolescentes de Piedras Blancas, dependiente de la Facultad de Medicina, Clínica Ginecológica “B”.*

Resultados: *el promedio de edad de inicio de las relaciones sexuales fue de 15 años. Del total de las adolescentes, 97% tenía conocimiento acerca de los distintos métodos anticonceptivos, pero 68% no los usó o los usó en forma incorrecta. De las pacientes encuestadas, 78% había sido informada acerca de los mismos.*

Conclusiones: *la edad de inicio de las relaciones sexuales es en promedio como la de la gran mayoría de las adolescentes de nuestro país y de otras poblaciones extranjeras. Conocen los diferentes métodos anticonceptivos pero tienen un alto nivel de fallas y de no uso. Un gran porcentaje de las mismas reciben información de cómo usarlos, pero la mayoría no la recibe de personal capacitado.*

Barella Balboa JI . CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE SEXUALIDAD DE LOS ADOLESCENTES DE NUESTRO ENTORNO “JAÉN-ESPAÑA 2001”

Averiguar los conocimientos y actitudes sobre sexualidad de los adolescentes de nuestro entorno.

Diseño: *Estudio descriptivo transversal. Encuesta estructurada y anónima.*

Emplazamiento: *un Instituto de Enseñanza Secundaria urbano.*

Población y muestra: aleatoria simple de 84 alumnos de 4° de Enseñanza Secundaria Obligatoria.

Intervenciones: Indagamos sobre conocimientos respecto al embarazo, métodos anticonceptivos y prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual. Análisis estadístico con el programa Epi Info 6.0.

Resultados: Edad media 16.4 ± 0.73 años. 61.9% mujeres. Padres: estudios superiores (22.9%), medios (53.0%), primarios/sin estudios (24.1%). Madres: estudios superiores (14.3%), medios (31.0%), primarios/sin estudios (54.7%). Se consideran estudiantes normales (72.3%).

Tienen pareja o ligue (33.7%), estable (60.7%), con grado de confianza total o bastante (82.2%). Piensan que: ser virgen (15.8%) o no llegar al orgasmo (19.3%) puede proteger del embarazo; el uso de preservativo evita ETS (90.0%); la “marcha atrás” es un método eficaz de evitar embarazos (27,1%); ponerse preservativo inmediatamente antes de “correrse” es seguro (23,1%); determinadas posturas protegen del contagio de Enfermedades de Transmisión Sexual (9.6%); la sola penetración bucal no transmite el SIDA (30.2%); los padres se enfadarán si los pillaran con preservativos -mujeres (42.3%), hombres (10.0%)-Fisher <0.05 ; lo más importante es la penetración -mujeres (15,4%), hombres (45.2%)- $p < 0.05$, Fisher < 0.05 ; el sexo sin penetración es igual de placentero (79.5%); el uso de preservativo permite relaciones seguras y placenteras (68.7%), pero usarlo es un “rollo” (18.1%). Los resultados obtenidos no revelaron diferencias significativas por el hecho de tener o no pareja. Tampoco revelan diferencias significativas en relación con la edad de los encuestados.

Conclusiones: Desconocimiento importante sobre el embarazo, anticoncepción y modo de contagio de Enfermedades de Transmisión Sexual. Necesidad de potenciar y fomentar actividades de educación para la salud para conseguir una sexualidad responsable y saludable.

2.2. MARCO TEÓRICO

A continuación se presenta el marco teórico que dará el sustento a los hallazgos:

2.2.1. CONOCIMIENTO

En ciencia se denomina conocimiento a la representación verdadera de la realidad, esta representación es conceptual es decir se vale de signos, símbolos, esquemas, convenciones; mediante los cuales se puede describir entidades, relaciones entre entidades, propiedades entre otros. El conocimiento es representación verdadera de la realidad porque esta basado en pruebas o evidencia producto de la experiencia pudiendo ser verificadas por la prueba de contrastación.

Para Mario Bunge el conocimiento es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros, precisos, ordenados, fundados, vagos o inexactos; en base a ello tipifica el conocimiento en científico y ordinario o vulgar.

Se llama conocimiento ordinario a todas las representaciones que el común de los hombres se hace en su vida cotidiana por el simple hecho de existir, de relacionarse con el mundo mediante los sentidos. A diferencia, el conocimiento científico son las representaciones verdaderas que pasan por la prueba de contrastación y han recibido respaldo de la realidad mediante las evidencias empíricas.⁵

Para Salazar Bondy el conocimiento se define primero como un acto y segundo como un contenido. Como un acto es la aprehensión de una cosa, propiedad, hecho u objeto por su sujeto conciente entendiéndose como aprehensión al proceso mental y no físico. Del conocimiento como contenido asume que es aquel que se adquiere gracias a los actos de conocer el producto, de la operación mental de conocer, este contenido significativo el hombre lo adquiere como consecuencia de la captación del objeto.⁶

Conocimiento es la suma de hechos o principios que se adquiere a lo largo de la vida como resultado de la experiencia y aprendizaje del sujeto. El aprendizaje se caracteriza por ser un proceso activo que se inicia en el nacimiento y continua hasta la muerte, originando cambios en el proceso del pensamiento, acciones o actividades de quien aprende. Estos cambios pueden observarse en la conducta del individuo y actitudes frente a situaciones de la vida diaria, dichas actividades van cambiando a medida que aumentan los conocimientos

aunados con la importancia que se le da a lo aprendido y que se lleva a cabo básicamente en dos formas:

_ La informal mediante las actividades ordinarias de la vida, es por ese sistema que las personas aprenden sobre el proceso salud enfermedad y suele complementarse con medios de información.

_ La formal viene a ser aquella que se imparte en las escuelas e instituciones formadoras desde donde se organizan los conocimientos científicos mediante un plan curricular.

2.2.2. ACTITUD

Para Eysenck la actitud es una disposición evaluativa relativamente duradera hacia un objeto particular o una clase de objetos. Es un punto de vista relativamente constante con respecto a ciertas cosas, ya sea favorable, desfavorable o inclusive neutral; se refiere a modalidades variantes de adaptación al ambiente, con frecuencia se supone que esta variación implica que las actitudes se aprenden y que están genéticamente determinadas; y algunas definiciones concluyen efectivamente la condición de que una actitud sea aprendida.⁶

Mann denomina a una actitud como un determinante de primera importancia en la orientación del comportamiento del individuo con respecto a su medio social y físico, tener una actitud implica por lo tanto estar listo a responder de un modo dado a un objeto social.⁶

Para Fazio una actitud es la asociación entre un objeto dado y una evaluación dada. Así las situaciones sociales, las personas y problemas sociales son considerados como objetos actitudinales; y su evaluación esta dada por el afecto que despiertan, las emociones que movilizan, el recuerdo de experiencias pasadas, etc.⁶

Entre los componentes de las actitudes tenemos:

El componente cognoscitivo: es cuando la persona asocia al objeto con la evaluación por medio de un conocimiento amplio y detallado de las propiedades y características del objeto.

El componente afectivo: es cuando la evaluación surge de experiencias intensas de carácter positivo o negativo con el objetivo de la actitud. Este componente emocional es el factor que le imprime una intensidad a la actitud lo que implican distintos grados de favorabilidad.

El componente conductual: incluye las tendencias, disposiciones e intenciones hacia el objeto, así como las acciones dirigidas hacia el. Es la predisposición del sujeto a actuar con respecto al objeto de la actitud, es decir si un individuo mantiene una actitud favorable hacia un objeto se sentirá dispuesto, a mantenerlo ayudándolo ó aceptándolo; sí es negativa dicha actitud tenderá más bien a destruirlo o a rechazarlo.

Las actitudes son creencias y sentimientos que determinan cierta predisposición frente a los objetos, a las personas y a los hechos. De acuerdo a los estudios realizados por Graus en le año 1991 sobre si nuestras actitudes guían nuestros actos estos revelan que estas influirán si: las influencias externas sobre lo que decimos y hacemos son mínimas, la actitud tiene relación específica con la conducta, y si tenemos una cabal conciencia de nuestras actitudes.⁷

2.2.3. ADOLESCENCIA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define que la adolescencia esta comprendida entre los 10 y los 19 años de edad. Esta definición se ha acuñado con enfoque de salud ya que este grupo requiere estrategias de prevención y atención médica y psicológica con diferencias de acuerdo a los procesos de maduración propios de esta.⁹

Los adolescentes son un grupo etéreo muy vulnerable, expuesto a múltiples factores de riesgo y a muchos cambios¹⁰. Es un periodo de transición, una etapa de crecimiento en la que han dejado de ser niños y la sociedad aún no los considera como adultos; llegando a ser un periodo de incertidumbre e inclusive de desesperación. Pero es precisamente en este periodo de su vida que los jóvenes desarrollan la independencia psicológica y comienzan a tomar conciencia de su sexualidad y con frecuencia inician su actividad sexual, sin que los adultos se den cuenta. Por lo general ven esto como algo positivo, pero a veces las experiencias sexuales precoces pueden ir acompañadas de

sentimientos de ansiedad, vergüenza o culpabilidad. Muchos son ignorantes con respecto a las funciones de su propio cuerpo y poseen escasos conocimientos de la actividad sexual y sus consecuencias.^{3,4}

a. CAMBIOS FÍSICOS

Los cambios físicos que ocurren en la pubertad son los responsables de la aparición del instinto sexual. En ésta etapa su satisfacción es complicada, debido tanto a los numerosos tabúes sociales, como la ausencia de los conocimientos adecuados acerca de la sexualidad. Sin embargo, a partir de la década de 1960, la actividad sexual entre los adolescentes se ha incrementado. Por otro lado, algunos adolescentes no están interesados o no tienen información acerca de los métodos de control de natalidad a los síntomas de las enfermedades de transmisión sexual. Como consecuencia de esto, el número de muchachas que tienen hijos a esta edad y la incidencia de las enfermedades venéreas esta aumentando.¹¹

Ambos sexos experimentan una irrupción del crecimiento: agudo aumento en la estatura, peso y desarrollo muscular y del esqueleto.

- Las características sexuales primarias: los órganos reproductivos masculino y femenino aumentan de tamaño y maduran en la pubescencia.
- Las características sexuales secundarias: crecimiento de las mamas en las mujeres, el ensanchamiento de hombros en los varones, las voces de adulto, cambios en la piel, el crecimiento de vello en el cuerpo tanto hombre como mujer.
- La menarquia en las mujeres ocurre en una edad promedio de 12 años, los hombres experimentan la presencia del semen en su orina y emisiones nocturnas.

Existe mucha preocupación por los cambios corporales, el gusto, aceptación de la propia apariencia y la relación con las personas del otro sexo, lo que provoca ansiedad, producto de la necesidad de adaptarse a esta nueva apariencia y corporalidad. Son capaces de darse cuenta de que el cuerpo es una fuente de placer y de interacciones con el sexo opuesto.

Los cambios biológicos que ocurren en la adolescencia le han de producir al joven gran ansiedad, ya que los padece y no puede hacer nada por detenerlos, lo que tiende a negar apegándose a su rol infantil renegando su cambio corporal, que debe elaborar dentro de lo que es considerado un proceso de duelo normal en la adolescencia.

b. CAMBIOS PSICOLÓGICOS:

El adolescente además de vivir cambios físicos y en la sociedad en que vive, se le suma también cambios psicológicos, muchas veces el adolescente se muestra decidido y resuelto, pero en el fondo esta latente la inseguridad que los cambios ocasionan.

Su identificación puede notarse en sus pautas de conducta, no sabe si la independencia que pretende debe ser total o con un control paterno, o si en ciertos casos tienen que decidir individualmente o consultar con un mayor.

En épocas anteriores todo estaba ya diagramado, existía la autoridad indiscutidas de los adultos, que a veces eran ejercidas de manera arbitraria.

Cuando este esquema empezó a desmoronarse, la desorientación que produjo fue haciendo notoria la falta de identidad en el adolescente.

Los valores y normas de comportamiento que hayan incorporado el adolescente con su YO, marcaran su identidad, servirá de brújula con su conducta social y permitirá adquirir una identidad sólida. Para que esto suceda, necesita que sus éxitos y rendimientos sean reconocidos porque son parte del proceso de maduración. Cuestionarlo es aumentar su desorientación. El adolescente debe saber quien es y quien quiere llegar a ser, de lo contrario sus decisiones no serán aceptadas.

Los adolescentes no aceptan marcos de referencia, las actitudes de indiferencias y rebeldía aparecen como elementos naturales de la adolescencia, la huida frente a los conflictos interiores y problemas con el mundo que son canalizadas mediante el ruido y aturdimiento.

Para demostrar disconformidad se adoptan pautas y gustos estandarizados alejados de lo que piensan y desea la sociedad.

Pero este tipo de “personalidad estándar” impuesto por un sector no puede considerarse el ideal de identidad personal de adolescente.¹²

c. CONFLICTOS

- La familia: Mucha gente joven siente un conflicto constante entre esperar a romper con sus padres y darse cuenta cuan dependientes son realmente de aquellos.
- Su identidad: Busca su personalidad y se eleva en la adolescencia, cuando el desarrollo físico, cognoscitivo, social y emocional alcanza un máximo.
- Sexo: El modelo tradicional de seleccionar la carrera según el sexo ha disminuido en gran proporción, el sexo todavía tiene influencia.
- Amigos: Los adolescentes emplean la mayor parte de su tiempo con su grupo de iguales, algunos inclinan a los adolescentes a conductas antisociales.¹²

d. PROBLEMA DE LA ADOLESCENCIA

Aunque la mayoría de la gente joven maneja bien la adolescencia, pueden ocurrir algunos problemas serios.

Un problema que puede repercutir durante toda la vida es el embarazo no planeado. Es importante recordar que estos problemas no son “normales” o “típicos”, son signos de que un joven esta en dificultades y necesita ayuda

- **EMBARAZO.-** La tasa de embarazo en la edad adolescente es una de las mayores en el mundo, cerca de 10% para chicas en edades de 15 a 19 años y va en aumento, con cerca de 60% de embarazos en este grupo de edad que terminan en abortos, pero el embarazo en adolescentes solteras ha subido.
- **LAS ADOLESCENTES QUEDAN EMBARAZADAS.-** Porque hay una razón obvia es que no usan ningún tipo de método anticonceptivo, algunos adolescentes son sexualmente activos, otros nunca lo usaron. La razón más común dada por los adolescentes para tener un sexo desprotegido es que la ocasión para el sexo llega inesperadamente, sin tiempo para repararse.

- **CONSECUENCIA DEL EMBARAZO.-** Son enormes problemas para los jóvenes y jovencitas involucrados, para sus bebés y también la sociedad. Los jóvenes están más propensos a complicaciones severas del embarazo, incluyendo anemia, trabajo de parto prolongado y toxemia. Las madres jóvenes, más que adultas, están más cerca de dar a luz bebés prematuros, con bajo peso o malformaciones congénitas; son más propensas a tener bebés que mueren durante el primer año; y la probabilidad es de 2 a 4 veces mayor a tener hijos con defecto neurológico.
- **PREVENCIÓN DEL EMBARAZO.-** Los adolescentes que han discutido el sexo, embarazo y la anticoncepción con sus padres tienden más a usar el control natal. Los adolescentes que han recibido cursos de educación sexual completos en la escuela, probablemente usarán anticonceptivos más que los adolescentes que no lo han recibido.¹³

2.2.4. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Un método anticonceptivo es cualquier forma de impedir la fecundación o concepción al mantener relaciones sexuales. También se llama contracepción o anticoncepción. Los métodos anticonceptivos son una forma de control de la natalidad.

I. MÉTODOS NATURALES¹⁴

A. ABSTINENCIA PERIÓDICA

Abstención de relaciones sexuales por un periodo de tiempo del ciclo menstrual para evitar un embarazo.

- Método del ritmo.
- Método del moco cervical (de Billings).
- Método de los días fijos o método del Collar.

A.1. MÉTODO DEL RITMO, OGINO-KNAUS, DE LA REGLA O DEL CALENDARIO:

Método de abstinencia periódica basado en la abstinencia sexual durante la fase fértil del ciclo menstrual para evitar un embarazo.

a) Mecanismo de acción

- Evitar el coito durante la fase fértil del ciclo menstrual. Para evitar la concepción.

b) Tasa de falla

- Falla teórica 9 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
- Falla de uso típico 25 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

c) Características

- Incrementa la participación masculina en la planificación familiar.
- Puede ser usado por mujeres de cualquier edad reproductiva, apropiado para parejas que por razones religiosas o filosóficas no deseen usar otros métodos.
- Útil para mujeres con ciclos regulares, entre 27 y 30 días.
- Requiere una capacitación especial de la pareja para su práctica y un proveedor capacitado para la orientación apropiada.
- Los periodos de abstinencia pueden ser prolongados
- Su eficacia puede ser afectada por factores externos, que alteren el ciclo menstrual: (estrés, viaje, enfermedad y otros).
- No previenen las Infecciones de Transmisión sexual (ITS), VIH SIDA. Para mayor protección es recomendable el uso del condón en parejas en riesgo.

d) No lo deben usar:

- Mujeres con menstruaciones irregulares en cuanto a duración y características de la menstruación.
- En personas que no estén en situación de practicar la abstinencia sexual cuando el método lo requiera, como mujeres que sufren violencia y exigencias sexuales de su pareja.
- Mujeres con inhabilidad para reconocer las características de su ciclo menstrual, como por ejemplo personas con trastornos psiquiátricos.

e) Forma de uso

- La mujer debe de registrar la duración de sus ciclos menstruales (historia menstrual) de por lo menos seis meses, idealmente 12 meses.
- El ciclo se inicia el primer día del sangrado menstrual y termina el día anterior de la siguiente menstruación.
- De la historia menstrual se obtiene el periodo fértil:
- Para calcular el primer día del periodo fértil: reste 18 al ciclo más corto.
- Para calcular el último día del periodo fértil: reste 11 al ciclo más largo.
- De no tener la historia menstrual la usuaria debe abstenerse de tener relaciones sexuales entre el 9no y 19vo día del ciclo menstrual.

f) Programación de seguimiento:

- Es importante que las mujeres acudan al primer control a los treinta días de iniciar el método y luego cada cuatro meses durante el primer año de uso para ver la conformidad con el método y luego cada año para una consulta de promoción de salud reproductiva integral.
- Es recomendable que la pareja acuda cada año al establecimiento para evaluación integral de su salud.
- Es conveniente mencionar a la usuaria/o que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja lo crea necesario.

A.2. MÉTODO BILLINGS, DE LA OVULACIÓN O DEL MOCO CERVICAL

Abstinencia de relaciones sexuales en el periodo fértil del ciclo menstrual determinado por la presencia de moco cervical o sensación de humedad en genitales.

a) Mecanismo de acción

- Evitar el coito durante la fase fértil del ciclo menstrual, para evitar la concepción.

b) Tasa de falla

- Falla teórica 3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
- Falla de uso típico 25 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

c) Características

- Incrementa la participación masculina en la planificación familiar.
- Puede ser usado por mujeres de cualquier edad reproductiva, apropiado para parejas que por diferentes razones no deseen usar otros métodos.
- Requiere una capacitación especial de la pareja para su práctica y un proveedor capacitado para la orientación apropiada.
- Su eficacia depende de la pareja y requiere una motivación constante.
- Los periodos de abstinencia son variables, su eficacia no se afecta por factores externos que alteren el ciclo menstrual: (estrés, viaje, enfermedad y otros).
- Permite la percepción y detección precoz de anomalías hormonales, metabólicas, infecciosas, y sus efectos secundarios sobre fertilidad y salud en general.
- No previenen ITS, VIH – SIDA. Para mayor protección es recomendable el uso de condón en parejas de riesgo.

d) Utilice con precaución en:

- Mujeres con flujo vaginal persistente, o que estén dando de amamantar. Debe brindarse orientación sobre las dificultades para predecir el periodo fértil.

e) No lo deben usar:

- Mujeres con inhabilidad para reconocer: las características de su ciclo menstrual, cambios en el moco cervical, en la temperatura basal y otros síntomas y signos asociados al ciclo menstrual, como por ejemplo mujeres con trastornos psiquiátricos.
- En personas que no estén en situación de practicar la abstinencia sexual cuando el método lo requiera, como mujeres que sufren violencia y exigencias sexuales de su pareja.

f) Forma de uso:

- Identificar el periodo fértil de acuerdo al método del moco cervical.
- La mujer debe observar diariamente la presencia de la mucosidad en sus genitales externos, siendo lo mas importante, el percibir la sensación de humedad o lubricación en dicha zona cuando desarrolla sus actividades cotidianas.

- Secundariamente puede ayudar el uso de papel higiénico antes o después de orinar observando la presencia de moco cervical allí o en la ropa interior, si se desea puede tomarse de los genitales externos el moco y observar su elasticidad entre los dedos.
- El periodo fértil se inicia con el primer día en que se identifica el moco cervical. Hasta tres días después de la brusca desaparición de la sensación de humedad, lubricación o de la observación de mucosidad.
- Para poder determinar, con seguridad razonable, las manifestaciones relativas al ciclo menstrual, deben registrarse: las fechas de inicio y termino de la menstruación, los días de sequedad, los de humedad o lubricación (si se desea los de mucosidad pegajosa y turbia y los de moco claro y elástico), de acuerdo con la simbología convencional disponible para el método.
- Si hay dudas, para diferenciar el moco de la secreción vaginal o restos de semen, puede dejar caer la secreción dentro de un vaso de agua fría, si la secreción se disuelve, esta no era moco cervical.

g) Programación de seguimiento:

- Las parejas o mujeres que usan este método no requieren de ningún tipo de insumos (solo la hoja de seguimiento para registro). Es importante que las mujeres acudan al primer control a los treinta días después de iniciar el método y luego cada cuatro meses durante el primer año de uso para ver la conformidad con el método y luego cada año para una consulta de promoción de salud reproductiva integral.
- Es conveniente mencionar a la usuaria/o que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja lo crea necesario.

A.3. MÉTODO DE LOS DÍAS FIJOS O DEL COLLAR

Método de abstinencia periódica que se apoya en perlas de colores (marrón, blanco y rojo) para determinar los días fértiles del ciclo menstrual.

a) Mecanismo de acción

- Evitar el coito durante la fase fértil del ciclo menstrual para evitar la concepción.

b) Tasa de falla

- Falla teórica 3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
- Falla de uso típico 25 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

c) Características

- En personas que no estén en situación de practicar la abstinencia sexual cuando el método lo requiera, como mujeres que sufren violencia y exigencias sexuales de su pareja.
- Incrementa la participación masculina en la planificación familiar.
- Puede ser usado por mujeres de cualquier edad reproductiva.
- Apropiado para parejas que por razones religiosas o filosóficas no deseen usar otros métodos.
- Útil para mujeres con ciclos regulares, entre 26 y 32 días.
- Requiere una capacitación de la pareja para su práctica y un proveedor capacitado para la orientación apropiada.
- Su eficacia puede ser afectada por factores externos, que alteren el ciclo menstrual: (estrés, viaje, enfermedad y otros).
- No previenen ITS, VIH - SIDA. Para mayor protección es recomendable el uso de condón en parejas de riesgo.

d) No lo deben usar:

- Mujeres con menstruaciones irregulares en cuanto a duración y características de la menstruación.
- En personas que no estén en situación de practicar la abstinencia sexual cuando el método lo requiera, como mujeres que sufren violencia y exigencias sexuales de su pareja.
- Mujeres con inhabilidad para reconocer las características de su ciclo menstrual, como por ejemplo personas con trastornos psiquiátricos.

e) Forma de uso

- Se determina por historia si la mujer tiene ciclos entre 26 y 32 días.
- Se indaga sobre la aceptación de su pareja a no tener relaciones sexuales sin protección durante los días fértiles.

- Se ofrece como ayuda visual el “collar” que consiste en 32 perlas de colores que representan los días del ciclo menstrual y un anillo movable para marcar el día del ciclo en el que esta la mujer:
 - Una perla roja que representa el primer día de menstruación.
 - Seis perlas marrones que representan días no fértiles o de baja posibilidad de embarazo.
 - Doce perlas blancas que representan los días fértiles, de alta probabilidad de embarazo.
 - Trece perlas marrones que representan días no fértiles de muy baja probabilidad de embarazo.
- Al inicio de su menstruación coloque el cilindro de hule negro en la perla roja, anótelo en el calendario.
- Aváncela todos los días, evite las relaciones sexuales en los días que coincidan con las perlas blancas.
- Si el ciclo termina antes de pasar la perla 27 (marrón más oscura) o dure mas de 32 días en dos ocasiones en un año, tendrá que elegir otro método de planificación familiar.

f) Programación de seguimiento:

- Las parejas o mujeres que usan este método no requieren de ningún tipo de insumo en las visitas de seguimiento, salvo caso de pérdida o deterioro del collar.
- Es importante que las mujeres acudan al primer control a los treinta días de iniciar el método y luego cada cuatro meses durante el primer año de uso para evaluar la satisfacción con el método.
- Es recomendable dar citas cada año para una atención integral de salud reproductiva.
- Es conveniente mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja lo crea necesario.

B. MÉTODO DE LACTANCIA MATERNA Y AMENORREA (MELA)

- Único método natural, basado en la infecundidad temporal de la mujer durante la lactancia.

a) Mecanismo de acción

- Supresión de la ovulación ocasionada por el incremento de la hormona prolactina como consecuencia de la lactancia exclusiva.

b) Tasa de falla

- Dos embarazos por 100 mujeres, en los primeros seis meses post parto.

c) Criterios básicos

- La usuaria de este método debe cumplir necesariamente estas 3 condiciones:
 - 1.- Lactancia exclusiva (a libre demanda, o sea un promedio de amamantar 10 a 12 veces durante el día y la noche, con un intervalo no mayor de 4 horas durante el día y de 6 horas durante la noche).
 - 2.- Que la usuaria se mantenga en amenorrea.
 - 3.- Que la usuaria se encuentre dentro de los 6 meses post parto.

d) Características

- Fácil de usar.
- Eficaz si se cumple con los criterios básicos.
- No interfiere con el coito.
- No requiere supervisión por personal de salud.
- No requiere insumos anticonceptivos.
- No tiene efectos secundarios.
- Reduce el sangrado post parto.
- La lactancia materna exclusiva es la mejor fuente de nutrición para el niño en los primeros meses; disminuye la exposición del niño o niña a microorganismos patógenos presentes en el agua o en utensilios.
- No previene ITS, ni el VIH - SIDA. Para mayor protección es recomendable el uso de condón en parejas de riesgo.

e) Limitaciones

- Depende de la usuaria: circunstancias sociales, laborales, voluntad o costumbres que limitan el uso del método.

- La madre VIH (+) puede infectar al neonato a través de la lactancia.

f) Contraindicaciones

- Mujeres que tengan contraindicaciones para dar de lactar a su hijo.
- Portadoras de VIH - SIDA.
- Mujeres que no cumplen los tres requisitos para el MELA.

g) Programación de seguimiento:

- Las parejas o mujeres que usan este método no requieren de ningún tipo de insumos.
- Es importante que las mujeres acudan al primer control a los cuarenta y cinco días para su control puerperal.
- Posteriormente al cumplir los seis meses de post parto para orientarla en la elección de un método alternativo.
- Reforzar que al momento que deje de cumplir alguno de los criterios debe acudir inmediatamente al establecimiento.
- Es conveniente que la pareja acuda cada año al establecimiento para evaluación integral de su salud.
- Es conveniente mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crea necesario.

II. MÉTODOS DE BARRERA

1. CONDÓN

Funda delgada de caucho (látex). Lubricada, sin nonoxinol - 9.

a) Mecanismo de Acción

Impiden que los espermatozoides tengan acceso al tracto reproductor femenino.

b) Tasa de Falla

Falla teórica 5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

Falla de uso típico 21 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

c) Características:

- Es un método eficaz, si se usa correctamente.
- Pocos efectos negativos (alergia al látex o al lubricante).
- De fácil obtención y bajo costo.

- No requiere examen ni prescripción médica.
- Fomenta la responsabilidad del varón en la anticoncepción.
- Su uso correcto reduce la transmisión de las ITS, VIH – SIDA.
- Depende del usuario, requiere una motivación constante.
- Esta relacionado con el coito.
- Puede mejorar la relación sexual cuando su colocación es parte del juego sexual.

d) Condiciones de almacenaje

- El ambiente debe ser seco.
- Evitar fuentes directas de calor o luz solar.
- Descartar los que se encuentren más allá de los cinco años de la fecha de fabricación o manufactura (MFD).
- Antes de distribuirlos revise si el sobre mantiene la sensación de “almohadilla de aire”.

e) Contraindicaciones

- Alergia o hipersensibilidad al látex.
- Alergia o hipersensibilidad al lubricante.
- Personas con disfunciones sexuales.

f) Forma de uso

- Asegurarse de la integridad del envase (ver si esta deteriorado o roto o con perdida de turgencia del mismo). Ver instrucciones para usuarios de condón en las “Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva”.
- Verificar la fecha de manufactura en el sobre, la cual no deberá ser mayor de cinco años.
- Usar un condón o preservativo nuevo en cada relación sexual y colocarlo antes de la penetración (coito).
- Cada condón se usa una sola vez.
- Si tuviera otra relación sexual use otro condón.
- Se debe retirar antes que el pene pierda la erección.

- Eliminar el condón en depósitos que eviten que otras personas puedan estar en contacto con el mismo.

g) Posibles efectos secundarios y su tratamiento

- Irritación del pene o la vagina por alergia. El tratamiento será:
- Baños de asiento y aplicarse una crema antipruriginosa y antiinflamatoria.
- Si vuelve a presentarse cambiar de método anticonceptivo.

h) Programación de seguimiento:

- En la primera visita se entregara 10 condones.
- Es necesario citar al usuario/a al primer mes de iniciado el uso, para evaluar el adecuado uso del método así como para la provisión de los condones.
- Posteriormente deberá acudir al establecimiento o proveedor cada tres meses para la entrega de 30 condones para tres meses que son entregados en forma gratuita.
- Es importante que las parejas o personas usuarias acudan cada año para una atención integral en salud reproductiva.
- Es conveniente mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crea necesario.

2. ESPERMICIDAS

Productos químicos que se presentan en forma de óvulos o tabletas vaginales, crema, jalea, gel y espuma que destruyen los espermatozoides; los que contienen nonoxinol-9. Este método no lo distribuye el MINSA.

a) Mecanismo de acción

Inactivan o destruyen los espermatozoides en la vagina.

b) Tasa de falla

- Falla teórica 6 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
- Falla de uso típico 26 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

c) Características

- Eficacia inmediata si se usa correctamente.
- No tiene efectos secundarios sistémicos.
- No requiere examen médico previo.

- No requiere prescripción médica.
- Algunos aumentan la lubricación durante el coito.
- Depende de la usuaria.
- Requiere una motivación constante.
- Esta relacionado con el coito.
- Puede producir irritación del pene y vagina.
- No previenen ITS, VIH-SIDA. Para mayor protección de la pareja es recomendable el uso de condón.
- No debe recomendarse su uso en mujeres expuestas al riesgo de ITS, HIV.

d) Contraindicaciones

- Personas que presenten hipersensibilidad a algunos de los componentes de los espermicidas.

e) Forma de uso

- Colocar el óvulo, tableta vaginal o gel en la vagina lo mas profundo posible, 15 o 20 minutos antes de cada relación sexual.
- Debe quedarse acostada durante estos 15 o 20 primeros minutos para que el ovulo tableta vaginal se disuelva.
- El efecto espermicida del óvulo, tableta vaginal o gel, dura solo hasta una hora después de colocado.
- Si pasa más de una hora y no se ha tenido una relación sexual, debe colocarse otro.
- La usuaria no debe hacerse duchas vaginales o lavados internos luego de tener la relación sexual.
- Para cada relación sexual debe colocarse un nuevo ovulo, tableta vaginal o gel.
- No usar después de su fecha de vencimiento.
- Guardarse en un lugar fresco y seco.

f) Programación de Seguimiento

- Es necesario citar a la usuaria al primer mes de iniciado el uso, para evaluar el adecuado uso del método.
- Es importante que las parejas o personas usuarias acudan cada año para promover una consulta de promoción de salud reproductiva integral.

- Es conveniente mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crea necesario.

III. ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

1. ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS (AOC)

Son aquellos que contienen estrógeno y progestágeno.

El Ministerio de Salud distribuye un producto de 28 píldoras: veintiún píldoras contienen 30 µg (microgramos) de etinilestradiol y 150 µg de levonorgestrel y siete píldoras contienen sulfato ferroso.

a) Mecanismos principales de acción

- Supresión de la ovulación.
- Espesamiento del moco cervical.

b) Tasa de falla

- Falla teórica 0.1 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
- Falla de uso típico 5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

c) Características

- Muy eficaz, dependiente de la usuaria.
- Requiere una motivación continua y uso diario.
- No requiere examen pélvico de rutina para el inicio del método (Solo en caso de existir algún síntoma que sugiera patología ginecológica subyacente).
- Retorno inmediato de la fertilidad al discontinuar el método.
- Puede ser usado por mujeres de cualquier edad y paridad.
- Disminuye el flujo menstrual (podría mejorar la anemia) y los cólicos menstruales.
- Regulariza los ciclos menstruales.
- Protege contra el cáncer de ovario y de endometrio.
- Disminuye la patología benigna de mamas.
- Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
- La eficacia puede disminuir cuando se utilizan ciertos fármacos como la rifampicina en la tuberculosis, griseofulvina para micosis y los antiepilépticos excepto el ácido valproico.

- Es posible que en mujeres mayores de 35 años y fumadoras (mas de 10 cigarrillos diarios) exista la probabilidad o riesgo de problemas tromboembolicos causen efectos secundarios graves como: infarto de miocardio, accidente cerebro vascular, tromboembolias.
- En mujeres con enfermedades crónicas preexistentes se requiere una evaluación médica por personal calificado.
- No previenen ITS, VIH – SIDA. Para mayor protección es recomendable el uso de condón en las parejas en riesgo.

d) Forma de uso

- Toma diaria.
- Inicio del método:
 - Lo ideal es empezar en el primer día del ciclo menstrual, pero puede iniciarse entre el primero y el quinto día. En caso de iniciarse la toma después del quinto día y debido a que la acción anticonceptiva se alcanza a los 7 días de uso continuo de las píldoras, se debe dar un método de respaldo como los de barrera.
 - La puérpera que no esta lactando, puede empezar a partir de la sexta semana.
 - En mujeres que están amamantando diferir el inicio hasta los seis meses.
 - En el postaborto se puede iniciar entre el primero y quinto día post-intervención
- En caso de iniciarse la toma después del quinto día, como la acción anticonceptiva se alcanza a los 7 días de uso continuo de las píldoras, se debe dar un método alternativo.
- En los siguientes ciclos:
 - Se reinicia la toma inmediatamente (al día siguiente) de terminar el paquete anterior.
- Debe ser administrado por personal capacitado.
- Este método debe suspenderse dos semanas antes de una cirugía mayor electiva durante la inmovilización prolongada (ej. Fractura de alguna extremidad por el riesgo de tromboembolia). Debe reiniciarse con la siguiente menstruación y un intervalo no menor de dos semanas del alta.

e) Instrucciones en caso de olvido en la toma del Anticonceptivo oral combinado

- En caso de olvidarse una píldora de las 21 que tiene efecto anticonceptivo se recomienda que la usuaria tome inmediatamente la pastilla olvidada para luego continuar con las pastillas que siguen.
- Si se olvida dos o más píldoras, es preferible esperar el sangrado por privación hormonal e iniciar inmediatamente un nuevo paquete usando un método de respaldo por 7 días.
- En caso de olvido de cualquiera de las 7 píldoras con sulfato ferroso no se recomienda ningún manejo especial.

f) Contraindicaciones

- Mujeres que estén embarazadas (embarazo posible o confirmado).
- Mujeres con sangrado genital sin explicación (hasta que se evalúe).
- Mujeres que estén dando de lactar, antes de los seis meses del post parto.
- Mujeres con una hepatopatía activa (ej. Hepatitis viral aguda, tumor hepático).
- Mujeres que toman anticonvulsivos, excepto ácido valproico.
- Mujeres que estén tomando rifampicina o griseofulvina.
- Mujeres fumadoras (mayor de 10 cigarrillos por día) y tengan más de 35 años.
- Mujeres con antecedentes de cardiopatía, hipertensión arterial (mayor de 160/100) y/o cualquier enfermedad con evidencia de daño vascular.
- Mujeres con cáncer de mama o de endometrio.
- Mujeres programadas para cirugía electiva en el siguiente mes o inmediatamente después del evento que la obligue a estar postrada en cama.

g) Uso según condiciones especiales de los anticonceptivos hormonales combinados

En pacientes con enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes mellitus, migraña, enfermedades psiquiátricas deben de ser evaluadas y controladas por médico.

h) Posibles efectos secundarios más frecuentes de los anticonceptivos hormonales combinados

- Amenorrea
- Náuseas, vómitos
- Mareos
- Aumento de peso
- Cefalea
- evaluación por médico especialista, de no tenerlo cerca cambie de método a uno sin hormonas.

i) Programación de seguimiento:

- Es necesario citar a la usuaria al primer mes de iniciado el método, para evaluar el adecuado uso, así como la provisión de los mismos.
- Posteriormente deberá acudir al establecimiento o proveedor cada cuatro meses para la entrega de los 4 ciclos que son entregados en forma gratuita.
- Es importante mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crea necesario.
- Se debe orientar a la usuaria que debe acudir a un establecimiento de salud si presenta las siguientes situaciones:
 - Sospecha de embarazo.
 - Disnea.
 - Cefalea intensa.
 - Dolor de miembros inferiores.
 - Alteraciones visuales.
 - Ictericia.
 - Dolor torácico intenso.
 - Persistencia o intolerancia de efectos colaterales más allá de seis meses.

2. ANTICONCEPTIVOS ORALES DE SOLO PROGESTÁGENOS

Son aquellos que poseen solo progestágeno. El MINSA no los distribuye.

a) Mecanismo de acción

- Espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides
- Supresión de la ovulación.

b) Tasa de falla

- Falla teórica es 0.5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año
- Falla de uso típico es 5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.

c) Características

- Eficaz y de efecto rápido.
- método dependiente de la usuaria.
- Requiere una motivación continua y uso diario.
- rápido retorno a la fecundidad al suspenderse.
- No requiere un examen pélvico previo a su uso. Aunque es ideal que se realice un examen médico antes de iniciarlo, este examen puede ser diferido a cualquier otra consulta, dentro del objetivo de mejorar la salud reproductiva de la mujer.
- Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
- Disminuye el riesgo de cáncer de endometrio.
- Provoca cambios en el patrón del sangrado menstrual en la mayoría de mujeres (sangrado/goteo irregular).
- Puede producir cambios en el peso (aumento o disminución).
- No previenen ITS, VIH - SIDA. Para mayor protección es recomendable el uso de condón en parejas de riesgo.

d) Forma de uso

- Se puede indicar en cualquier edad y/o paridad (incluidas las nulíparas).
- Inicio:
 - Idealmente entre el primer o quinto día del ciclo menstrual, si se inicia en otro día del ciclo menstrual o en el post parto, se debe estar razonablemente seguro de que no existe una gestación. En caso de iniciarse después del quinto día, debe usarse un método de respaldo durante las primeras 48 horas de uso.
 - En mujeres que dan de lactar iniciar después de las seis semanas post parto, sin embargo podría ser utilizado en caso de:
 - No tener otra opción anticonceptiva.
 - Que la usuaria no se siente segura con el método de lactancia y amenorrea.

- En algunos establecimientos se esta promoviendo su empleo desde el postparto inmediato en todas las mujeres que escojan el método, sin haberse observado daño para la madre y el recién nacido y con la ventaja adicional de que la mujer egresa del hospital empleando un método anticonceptivo.

- En los primeros cinco días post aborto.

- Recuerde que la usuaria no debe suspender la toma de las pastillas en ningún momento (se debe tomar todos los días sin suspender) incluso durante la menstruación. La toma debe ser todos los días a la misma hora; con un retraso de 3 o más horas, se pierde la acción anticonceptiva.
- La eficacia se presenta a las 24 horas de inicio de la toma.

e) Contraindicaciones

- Mujeres que estén embarazadas.
- Mujeres con un sangrado genital anormal sin explicación (hasta que se evalúe)
- Mujeres con cáncer de mama o antecedente del mismo.
- Mujeres que estén tomando o vayan a recibir medicamentos, como rifampicina para la tuberculosis.
- Mujeres que estén tomando anticonvulsivos, excepto acido valproico.

f) Manejo según condiciones especiales

En pacientes con enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes mellitus, migraña, enfermedades psiquiátricas deben de ser evaluadas y controladas por médico especialista, de no tenerlo cerca cambie de método a uno sin hormonas.

g) Posibles efectos secundarios

- Cefalea
- Cambios en el apetito, pérdida o aumento de peso

h) Programación de Seguimiento:

- Es necesario citar a la usuaria al primer mes para evaluar el adecuado uso del método.
- Posteriormente deberá acudir al establecimiento cada año para su examen integral de salud.

- Es importante mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crea necesario.
- Se debe orientar a la usuaria que debe acudir a un establecimiento de salud si presenta las siguientes situaciones:
 - Sospecha de embarazo.
 - Cefalea intensa.
 - Sangrado abundante.
 - Alteraciones visuales.
 - Dolor torácico intenso.
 - Disnea.
 - Dolor de miembros inferiores.
 - Ictericia.
 - Persistencia o intolerancia de efectos colaterales más allá de seis meses.

3. ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES DE SOLO PROGESTÁGENO

Son aquellos que poseen solo progestágeno.

El Ministerio de Salud distribuye el acetato de medroxiprogesterona de 150 mg.

a) Mecanismos de acción

- Espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides.
- Supresión de la ovulación.
- Reducción del transporte de los óvulos en las trompas de Falopio.
- Cambios en el endometrio.

b) Tasa de falla

- Falla teórica 0.3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.
- Falla de uso típico 0.3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.

c) Características

- Eficaz y de efecto rápido.
- Pueden ser indicados en cualquier edad o paridad (incluidas las nulíparas). Usar con precaución durante los 2 primeros años después de la menarquia. El efecto

a largo plazo sobre los huesos no está definido, puede disminuir la densidad mineral a lo largo del tiempo en adolescentes.

- No requiere un examen pélvico previo a su uso. Aunque es ideal que se realice un examen médico antes de iniciarlo, este examen puede ser diferido a cualquier otra consulta, dentro del objetivo de mejorar la salud reproductiva de la mujer.
- No interfiere con las relaciones sexuales.
- Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
- Disminuye el riesgo de cáncer de endometrio.
- Son frecuentes los cambios en el patrón del sangrado menstrual (amenorrea, sangrado/goteos irregulares).
- Puede producir aumento de peso.
- El retorno de la fecundidad puede demorar entre 6 meses a un año, en el caso de usuarias por tiempo prolongado. No se ha demostrado esterilidad luego de su uso.
- Puede mejorar la anemia.
- No previenen ITS, VIH - SIDA. Para mayor protección es recomendable el uso de condón en parejas de riesgo.

d) Forma de uso

- Administrar por vía intramuscular profunda en la región glútea o deltoidea sin realizar masaje post aplicación.
- Primera dosis:
 - Entre el primer a quinto día del ciclo menstrual o en el post parto, siempre que se este razonablemente seguro que no existe gestación. En caso de iniciarse en cualquier otro momento, diferente a los cinco primeros días del ciclo debe usarse un método de respaldo durante los primeros 2 días.
 - En mujeres que dan de lactar iniciar después de las seis semanas post parto, sin embargo podría ser utilizado en caso de:
 - No tener otra opción anticonceptiva.
 - Que la usuaria no se siente segura con el método de lactancia y amenorrea.

- En algunos establecimientos se esta promoviendo su empleo desde el post parto inmediato en todas las mujeres que escojan el método, sin haberse observado daño para la madre y el recién nacido y con la ventaja adicional de que la mujer egresa del hospital empleando un método anticonceptivo.
- En los primeros cinco días post aborto.
- Siguietes dosis:
 - Administrar cada tres meses, pudiendo adelantarse hasta dos semanas o, en caso de olvido, aplicarla con una demora de dos semanas.

e) Contraindicaciones

- Las mujeres que estén embarazadas.
- Las mujeres con un sangrado genital anormal (hasta que se evalúe).
- Las mujeres con cáncer de mama o antecedente del mismo.
- Las mujeres con hepatopatía activa (ej.: hepatitis).

f) Programación de seguimiento:

- Es necesario citar a la usuaria cada 3 meses, para evaluar el método así como para la provisión del mismo.
- Es importante mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crea necesario.

4. ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES COMBINADO

- Son aquellos que poseen estrógeno y progestágeno.
- El Ministerio de Salud no distribuye estos anticonceptivos.
- Existen dos composiciones:
 - 5 mg de valerato de estradiol y 50 mg de enantato de noretisterona.
 - 5 mg de cipionato de estradiol y 25 mg de acetato de medroxiprogesterona.

a) Mecanismos de acción

- Supresión de la ovulación.
- Espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides.

b) Tasa de falla

- Falla teórica 0.3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.

- Falla de uso típico 0.5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.

c) Características

- Eficaz y de efecto rápido.
- Pueden ser indicados en cualquier edad o paridad (incluidas las nulíparas).
- No requiere un examen pélvico previo a su uso. Aunque es ideal que se realice un examen médico antes de iniciarlo, este examen puede ser diferido a cualquier otra consulta, dentro del objetivo de mejorar la salud reproductiva de la mujer.
- Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
- No interfiere en las relaciones sexuales.
- Es frecuente los cambios en el patrón del sangrado menstrual (sangrado/goteos irregulares).
- Puede producir aumento de peso.
- El retorno de la fecundidad es inmediato.
- Mujeres con enfermedades crónicas deben ser evaluadas por médicos especialistas.
- No previenen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH – SIDA. Para mayor protección es recomendable el uso del condón en parejas de riesgo.

d) Forma de uso

- Administrar por vía intramuscular profunda en la región glútea o deltoidea sin realizar masaje post aplicación.
- Primera dosis:
 - Entre el primer o quinto día del ciclo menstrual.
 - La puérpera que no esta lactando, puede empezar a partir de la sexta semana.
 - En mujeres que están amamantando diferir el inicio hasta los seis meses.
 - En el post aborto se puede iniciar entre el primero y quinto día postintervención.
- Sigüentes dosis:
 - Administrar cada 30 días, más menos 3 días. Fecha fija mensual.

e) Contraindicaciones

- Las mujeres que estén embarazadas.

- Las mujeres con un sangrado genital anormal (hasta que se evalúe).
- Las mujeres con cáncer de mama o antecedente del mismo.
- Las mujeres con hepatopatía activa (ej.: hepatitis).

f) Programación de seguimiento:

- Es necesario citar a la usuaria a los 30 días de iniciado el método, para su evaluación así como para la provisión del mismo.
- Los siguientes controles de seguimiento serán cada tres meses.
- Es conveniente que la pareja acuda cada año al establecimiento para evaluación integral de su salud.
- Es importante mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crea necesario.

5. IMPLANTES:

- Consisten en capsulas delgadas, flexibles no biodegradable, cada una contienen progestágenos (levonorgestrel), que son insertadas justo por debajo de la piel en el brazo de la mujer.
- Actualmente el MINSA no provee para inserción implantes, aunque los proveedores deben conocerlo pues hay usuarias aun dependiendo de este método.
- La industria farmacéutica tiene dos tipos de implantes:
 - Uno que consta de una capsula no biodegradable que contienen 68 mg de Levonorgestrel, el tiempo de duración es de tres años.
 - Otro que consta de dos capsulas no biodegradables que contiene levonorgestrel, con un tiempo de duración de tres años.

a) Mecanismo de acción

- Espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides, (es el más importante).
- Supresión de la ovulación.
- Reducción del transporte de los óvulos en las trompas de Falopio.
- Cambios en el endometrio.

b) Tasa de falla

- Falla teórica 0.05 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.
- Falla de uso típico 0.05 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.

c) Características

- Eficacia elevada.
- Pueden ser indicados en cualquier edad o paridad (incluidas las nulíparas). Usar con precaución durante los 2 primeros años después de la menarquia. El efecto a largo plazo sobre los huesos no está definido, puede disminuir la densidad mineral a lo largo del tiempo en adolescentes.
- Brinda protección por tres años.
- Permite un rápido retorno a la fecundidad al ser extraído.
- No requiere un examen pélvico previo a su uso; aunque es ideal que se realice un examen médico antes de iniciarlo, este examen puede ser diferido a cualquier otra consulta, dentro del objetivo de mejorar la salud reproductiva de la mujer.
- No afecta la lactancia.
- Puede disminuir el flujo menstrual (puede mejorar la anemia).
- Puede disminuir los cólicos menstruales.
- Disminuye la incidencia de las patologías benignas de mama.
- Disminuye el riesgo contra el cáncer de endometrio.
- Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria.
- Ocasiona cambios en el patrón del sangrado menstrual en la mayoría de mujeres (sangrado/goteo irregular).
- Puede producir cambios en el peso (aumento o disminución).
- No previenen las ITS, VIH - SIDA. Para mayor protección es recomendable el uso de condón en parejas de riesgo.

d) Forma de uso

Se puede insertar:

- Preferentemente entre el primer o quinto día del ciclo menstrual (o cualquier día del ciclo menstrual o en el post parto, siempre que se este razonablemente

seguro que no existe gestación). En caso de iniciarse en cualquier otro momento, debe usarse un método de respaldo durante los primeros 7 días.

- En mujeres que dan de lactar iniciar después de las seis semanas post parto, sin embargo podría ser utilizado en caso de:
 - No tener otra opción anticonceptiva.
 - Que la usuaria no se siente segura con el método de lactancia y amenorrea.
 - En algunos establecimientos se esta promoviendo su empleo desde el post parto inmediato en todas las mujeres que escojan el método, sin haberse observado daño para la madre y el recién nacido y con la ventaja adicional de que la mujer egresa del hospital empleando un método anticonceptivo.
- En los primeros cinco días post aborto.
- Debe ser colocado por profesional de salud adecuadamente capacitado.

e) Contraindicaciones

- Las mujeres que estén embarazadas.
- Las mujeres con un sangrado genital anormal sin explicación (hasta que se evalúe).
- Las mujeres con cáncer de mama o antecedente del mismo.
- Las mujeres que estén tomando algunos medicamentos, como rifampicina para la tuberculosis o antiepilépticos, excepto ácido valpróico.

f) Manejo según condiciones especiales

En enfermedades crónicas como hipertensión arterial, depresión, hepatopatías deben de ser evaluadas y controladas por médico especialista, sino cambiar de método a no hormonal.

g) Manejo de posibles efectos más frecuentes

Trastornos menstruales, amenorrea, cefalea, aumento de peso.

h) Programación de seguimiento:

- Es necesario citar a la usuaria a los siete días para examinar el lugar de la inserción y al mes de iniciado el uso, para su evaluación.
- Posteriormente es conveniente que las parejas o personas usuarias acudan cada año para promover una consulta de promoción de salud reproductiva integral.

- Es importante mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crea necesario.

6. ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA

Son todos los métodos hormonales que se usan como emergencia, luego de una relación sexual sin protección, para evitar un embarazo no deseado.

- El Ministerio de Salud distribuye tabletas de levonorgestrel, dos píldoras de 0.75 mg cada una.
- Se puede emplear el método de Yuzpe usando las píldoras de la anticoncepción oral combinada.

a) Mecanismo de acción

- Inhibe la ovulación.
- Espesa el moco cervical.

b) Tasa de eficacia

- Cuanto más temprano sea el empleo mayor probabilidad de eficacia.
- Las de solo progestágeno (levonorgestrel) hasta 95%.
- Las anticonceptivas combinadas (Método de Yuzpe) hasta 75%.

c) Indicaciones

- Violación.
- Violencia sexual familiar.
- Relación sexual sin protección.
- No usa regularmente un método anticonceptivo.
- Se rompió o se deslizó el condón.
- Se le olvidó de tomar más de dos de la píldora de uso regular.
- No se aplicó el inyectable en su fecha.
- Se expulsó la T de cobre.
- Usaron el coito interrumpido.
- Usaron el ritmo y tienen dudas sobre su efectividad.

d) Características

- No es un método para uso regular, debe de ser considerada como una alternativa de uso excepcional.

- Se puede indicar en cualquier edad y/o paridad.
- Eficaz si se usa lo mas rápido dentro de las 72 horas de la relación sexual sin protección.
- Método dependiente de la usuaria, de la rapidez para tomar las pastillas
- No requiere un examen pélvico previo a su uso.
- No brinda proteccion contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
- No previenen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH - SIDA.
- No se ha reportado malformaciones congénitas en los recién nacidos, en caso de falla del método.

e) **Modo de uso**

Se puede indicar en cualquier edad y/o paridad (incluidas las nulíparas).

Inicio:

- La primera dosis dentro de las 72 horas de la relación sexual sin proteccion.
- La segunda y última dosis 12 horas después de la primera dosis.
- Métodos más frecuentemente usados:

1. **Método de sólo progestágeno:**

- _ Levonorgestrel una tableta de 0.75 mg, por dos dosis.
- _ Levonorgestrel, 1.5 mg, una sola dosis.
- _ Norgestrel, 75 ug, dos dosis de 20 píldoras cada una.

2. **Método de Yuzpe** o de píldoras anticonceptivas combinadas, hay que verifica la cantidad de etinil estradiol y calcular cuantas píldoras suman 100 o mas microgramos, de esas se tomaran dos dosis. Las disponibles en el Ministerio es el etinil estradiol de 30 ug se tomaran cuatro píldoras en cada dosis. Para las de 50 ug se tomaran dos dosis de dos píldoras cada una.

f) **Contraindicaciones**

Mujeres que estén embarazadas.

g) **Manejo en Reacciones Secundarias**

- Las reacciones secundarias descritas son: nauseas, vómitos, cefalea, mareos, fatiga y tensión mamaria.
- Se presentan con mayor frecuencia e intensidad con el método de Yuzpe (uso de tabletas combinadas).

- Si la usuaria tiene antecedentes de náuseas o vómitos a la ingesta de hormonas, hay que indicarle una tableta de dimenhidrinato, media hora antes de tomar la anticoncepción de emergencia.
- Si la usuaria vomita la anticoncepción de emergencia antes de las dos horas, hay que indicarle otra dosis.
- Se deberá recomendar a la mujer que asista al establecimiento de salud, para indicarle anticoncepción regular.

h) Programación de Seguimiento:

- Es necesario citar a la usuaria de una violación para que complete su estudio y tratamiento en un centro especializado.
- Se debe orientar a la usuaria que acuda a un establecimiento de salud si presenta las siguientes situaciones:
 - Sospecha de embarazo.
 - Sangrado menstrual escaso, hacer detección de embarazo.
 - Amenorrea, hacer detección de embarazo.
- Recomendar a la usuaria a acudir a un establecimiento de salud, para solicitar un método regular de planificación familiar

IV. ANTICONCEPTIVOS MECÁNICOS

A. DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)

A.1. DISPOSITIVO INTRAUTERINO LIBERADOR DE COBRE

Son dispositivos que se insertan en la cavidad uterina y liberan cobre. El único que el Ministerio de Salud dispone es la T de Cobre 380-A que tiene una duración de 10 años.

a) Principales Mecanismos de Acción (dispositivo liberador de cobre)

- Afectan la capacidad de los espermatozoides de pasar a través de la cavidad uterina ya sea inmovilizándolos o destruyéndolos.
- Interfieren en el proceso reproductor antes que ocurra la fertilización.

b) Tasa de falla

- Falla teórica 0.8 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.
- Falla de uso típico 0.6 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.

c) Características

- Eficacia elevada e inmediata.
- No interfiere con el coito.
- Retorno inmediato de la fecundidad al retirarse.
- Requiere examen pélvico previo, recomendándose la detección clínica de infecciones del tracto genital (ITG) antes de la inserción.
- En algunas mujeres puede incrementar los espasmos y el sangrado menstrual sobre todo durante los primeros meses de uso.
- Del 1 al 2% se expulsan en forma espontánea.
- No previene las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH - SIDA. Para mayor protección es recomendable el uso de condón.

d) Forma de uso

- Se puede insertar:
 - En los primeros 5 días del ciclo menstrual o en cambio de método.
 - En el post parto inmediato hasta 48 horas.
 - Durante la operación cesárea.
 - En el puerperio tardío a partir de la sexta semana.
 - En el post aborto inmediato o en los primeros 7 días post aborto no complicado.
 - Siempre debe ser insertado y extraído por personal profesional capacitado (Médico u obstetras).

e) Contraindicaciones

- Mujeres con embarazo (embarazo posible o confirmado).
- Mujeres con sangrado genital anormal no investigado.
- -Mujeres con múltiples parejas sexuales que no usen condón.
- Mujeres cuyas parejas tengan a su vez múltiples parejas sexuales, que no usen condón.
- Mujeres con infección activa del tracto genital, ejemplo: cervicitis aguda mucopurulenta o vaginitis severa.
- Si la mujer o su pareja tienen un alto riesgo para ITS, se les debe orientar sobre otra alternativa anticonceptiva.

- Mujeres con enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) actual o reciente (dentro de los 3 meses).
- Mujeres con anomalías uterinas o con tumores benignos (fibromas) de útero que distorsionen en forma significativa la cavidad uterina.
- Mujeres con cáncer genital.

f) Manejo según condiciones especiales

Dismenorrea severa, estenosis cervical, displasia cervical, anemia, vaginitis, cardiopatía valvular.

g) Manejo de los posibles efectos o complicaciones más frecuentes

Amenorrea, dismenorrea severa, sangrado vaginal, flujo vaginal anormal, sospecha de EPI, perforación uterina, hilos ausentes, pareja siente los hilos.

h) Programación de seguimiento:

- Es importante que las mujeres acudan al primer control entre las cuatro o seis semanas luego de la inserción.
- Posteriormente cada año para promover una consulta de promoción de salud reproductiva integral.
- Es conveniente mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crea necesario.

A.2. DIU DE PROGESTAGENO

Son dispositivos que se insertan en la cavidad uterina y liberan levonorgestrel y tiene una duración de 5 años.

El Ministerio de Salud no dispone de este dispositivo intrauterino.

a) Mecanismos de Acción (dispositivo liberador de progestágeno)

- -Espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides.
- Supresión de la ovulación.
- Cambios en el endometrio.

b) Tasa de falla

- Falla teórica 0.1 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.
- Falla de uso típico 0.1 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.

c) Características

- Eficacia elevada e inmediata.
- No interfiere con el coito.
- Retorno inmediato de la fecundidad al retirarse.
- Requiere examen pélvico previo, recomendándose la detección clínica de infecciones del tracto genital (ITG) antes de la inserción.
- En algunas mujeres puede producir amenorrea.
- Mejoran la anemia.
- Previenen los embarazos ectópicos.
- Rápido retorno a la fertilidad.
- Del 1 al 2% se expulsan en forma espontánea.
- No previene las ITS, VIH - SIDA. Para mayor protección es recomendable el uso de preservativo en las parejas en riesgo.

d) Forma de uso

- Se puede insertar:
 - En los primeros 5 días del ciclo menstrual o en cualquier momento del ciclo, siempre que se este razonablemente seguro que no existe una gestación.
 - En el post parto inmediato hasta 48 horas.
 - Durante la operación cesárea.
 - En el puerperio tardío a partir de la sexta semana.
 - En el post aborto inmediato o en los primeros 7 días post aborto no complicado.
 - Siempre debe ser insertado y extraído por personal adecuadamente capacitado.

e) Contraindicaciones

- Mujeres con embarazo (embarazo posible o confirmado).
- Mujeres con sangrado genital anormal no investigado.
- Mujeres con múltiples parejas sexuales que no usen condón.
- Mujeres cuyas parejas tengan a su vez múltiples parejas sexuales, que no usen condón.

- Mujeres con infección activa del tracto genital, ejemplo: cervicitis aguda mucopurulenta o vaginitis severa.
- Si la mujer o su pareja tienen un alto riesgo para ITS, se les debe orientar sobre otra alternativa anticonceptiva.
- Mujeres con enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) actual o reciente (dentro de los 3 meses).
- Mujeres con anomalías uterinas o con tumores benignos (fibromas) de útero que distorsionen en forma significativa la cavidad uterina.
- Mujeres con cáncer genital.

f) Manejo según condiciones especiales

En las siguientes condiciones se deberá extraer el DIU y solicitar consulta al especialista:

- Migraña o cefalea grave.
- Ictericia.
- Aumento notable de la presión arterial.
- Neoplasia de útero o mama.
- Enfermedad cardiovascular grave.

g) Manejo de los posibles efectos o complicaciones más frecuentes

Dismenorrea, trastornos menstruales, perforación uterina, hilos ausentes, pareja siente los hilos.

h) Programación de seguimiento:

- Es importante que las mujeres acudan al primer control entre las cuatro o seis semanas luego de la inserción.
- Las citas subsiguientes se programaran cada año para promover una consulta de promoción de salud reproductiva integral.
- Es conveniente mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crea necesario.

V. MÉTODOS QUIRÚRGICOS

1. ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA FEMENINA

Es un método anticonceptivo permanente, que se realiza mediante una intervención quirúrgica electiva, de complejidad intermedia cuyo objetivo es ocluir y seccionar las trompas de Falopio.

a) Mecanismo de acción

Impedir la unión del espermatozoide con el ovulo al nivel de la trompa, con el fin de evitar la fertilización.

b) Tasa de falla

- Falla teórica 0.5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.
- Falla de uso típico 0.5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.

c) Características

- Eficacia alta, inmediata y permanente.
- Puede ser realizada en forma ambulatoria.
- No interfiere con el deseo sexual ni con la producción hormonal por parte de los ovarios.
- Requiere, previamente, consejera especializada y evaluación medica.
- Es definitiva, debe ser considerada irreversible.
- El proveedor debe ser necesariamente un médico calificado.
- Requiere condiciones de infraestructura y equipamiento, por lo que los establecimientos donde se realice deben estar calificados.
- Durante la intervención el establecimiento debe contar con médico anestesiólogo o médico con entrenamiento en anestesiología.
- No previene las ITS, VIH - SIDA. Para mayor protección es recomendable el uso de preservativo en la pareja en riesgo.

d) Forma de uso

- La técnica recomendada es la de Pomeroy, a través de minilaparatomía, el tipo de incisión será suprapúbica para el periodo internatal, umbilical para el post parto y la transcesárea.
- El tipo de anestesia local con sedo analgesia. No se recomienda el uso de este tipo de anestesia en:

- Mujeres con antecedentes de cirugía pélvica previa.
- Enfermedad pélvica inflamatoria reciente.
- Retroflexión uterina fija.
- Mujeres obesas.
- Mujeres con problemas psiquiátricos, que impidan su colaboración.

En estos casos se usara la anestesia epidural o general.

e) Momento de la intervención:

- Post parto hasta las 48 horas.
- Luego de la atención del aborto no complicado.
- De intervalo, en cualquier momento, siempre que se este razonablemente seguro de que no existe una gestación.
- Transcesárea.

f) Consideraciones previas a la Intervención

Este procedimiento puede ser realizado en aquellas usuarias que deseen un método permanente, por lo que se requiere que se cumplan los siguientes requisitos:

- Que la usuaria solicite el método.
- Que la usuaria sea mayor de edad, sin embargo, no se recomienda operar a usuarias menores de 25 años, a menos que presenten algún factor de riesgo reproductivo, por el riesgo alto de arrepentimiento.
- Que haya completado el número de hijos deseado.
- Que la usuaria haya recibido las dos sesiones de consejera previa.
- Que haya entendido el significado del consentimiento informado y firmado.
- Que haya firmado la solicitud para la intervención.
- Que haya entendido el tipo de intervención a que será sometida.
- Valoración del riesgo quirúrgico y cuando proceda, del riesgo anestésico.
- El bloqueo tubario debe efectuarse por personal calificado en el procedimiento.
- El bloqueo tubario debe efectuarse en PES calificado para AQV.
- El procedimiento puede realizarse en cualquier día del ciclo menstrual, cuando se esta razonablemente seguro que no hay embarazo.

- El procedimiento debe realizarse según lo establecido en el Manual de Normas y Procedimientos para actividades de AQV vigente.

g) Utilícese con precaución en:

- Usuaria joven (menor de 25 años).
- Usuaria sin hijos vivos.
- Tener un hijo (especialmente el más pequeño) con salud delicada.
- Unión de pareja inestable.
- Usuarias solteras o viudas.
- Mujeres en el post aborto y post parto que no hayan tomado la decisión con anterioridad.

h) Contraindicaciones

- Usuarias presionadas por el cónyuge o por alguna persona.
- Usuarias que han tomado su decisión bajo presión desusada.
- Usuarias con conflictos no resueltos de índole religiosa o cultural.
- Usuarias con expectativas no resueltas acerca de la irreversibilidad.
- Para identificar otras situaciones para tomar precauciones.

i) Efectos posibles

- No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método.
- Ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento anestésico (bloqueo epidural o anestesia general) o quirúrgico (hemorragia o infección).

j) Disposiciones para el período postoperatorio

- Después del procedimiento la usuaria debe mantenerse en observación por lo menos 4 horas. Si procede de zona rural o lejana deberá permanecer como mínimo 24 horas en el PES donde se realizó la intervención.
- Entregar información por escrito, de cuidados a tener en cuanto a actividad física, curación de la herida operatoria, y presentación de signos de alarma que ameritan acudir al establecimiento de salud.
- Provisión de analgésico e indicaciones de uso.
- Luego de la intervención la usuaria deberá observar reposo por 7 días.

k) Programación de seguimiento:

- Las usuarias serán citadas para su primer control entre 3er y 7mo día y para el segundo control a los 30 días.
- Posteriormente serán citadas cada año para promover una consulta de promoción de salud reproductiva integral.
- Es importante mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crea necesario.
- Se debe instruir a la usuaria que acuda al establecimiento si presenta cualquiera de los siguientes síntomas:
 - Sintomatología urinaria.
 - Dolor pélvico o abdominal severo.
 - Hemorragia en la herida operatoria.
 - Fiebre y dolor local en la herida operatoria.
 - Mareos o dolor de cabeza.

2. ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA MASCULINA

Método anticonceptivo permanente. La vasectomía es una intervención quirúrgica electiva, considerada cirugía menor, destinada a ligar y seccionar los conductos deferentes en el hombre.

a) Mecanismo de acción

La oclusión de los conductos deferentes impide la salida de los espermatozoides, evitando la unión con el óvulo.

b) Tasa de falla

- Falla teórica 0.15 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.
- Falla de uso 0.15 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.

c) Características

- Eficacia alta y permanente.
- No interfiere con el coito.
- Puede ser realizada en forma ambulatoria.
- No interfiere con el deseo, la potencia sexual, ni con la producción hormonal por parte de los testículos.

- Requiere, previamente, consejería especializada y evaluación médica.
- La eficacia es garantizada después de 3 meses después de la cirugía, por lo que debe indicársele un método adicional a la pareja. Se debe proveer de métodos de barrera (30 condones) para 3 meses al usuario.
- Se puede solicitar un espermograma de control (o por lo menos la evaluación simple al microscopio de una muestra de semen), para objetivar la ausencia de espermatozoides al tercer mes postoperatorio.
- El proveedor debe ser necesariamente un médico calificado. Requiere instrumental especial.
- No previene las ITS, VIH SIDA. Para mayor protección es recomendable el uso de condón en las parejas en riesgo.

d) Forma de uso

La vasectomía puede ser realizada, en cualquier momento, mediante dos técnicas: la convencional, en la que se realiza una o dos incisiones en el escroto, y la sin bisturí, en la que se pinza con una pinza especial la piel del escroto, para aislar el conducto deferente. La más recomendada es la técnica sin bisturí.

e) Contraindicaciones

No existe ninguna contraindicación absoluta pero se debe diferir la intervención hasta que se corrijan las siguientes condiciones:

- Hidrocele grande.
- Infecciones cutáneas en la región inguino-escrotal.
- Hernia inguino-escrotal.
- Infecciones del aparato genital.
- Anemia severa sintomática.
- Infecciones del aparato genital.
- Cardiopatía sintomática.
- D.M. descompensada.
- Trastornos hemorrágicos.

f) Consideraciones previas a la Intervención

- Este procedimiento puede ser realizado en aquellos usuarios que deseen un método permanente, por lo que en particular requiere que se cumplan los siguientes requisitos:
 - Que el usuario solicite el método.

- Que el usuario sea mayor de edad (Sin embargo, no se recomienda operar a usuarios menores de 25 años, por el riesgo alto de arrepentimiento).
- Que haya completado el número de hijos deseado.
- Que el usuario haya recibido las dos sesiones de consejería previa.
- Que haya entendido el significado del consentimiento informado y firmado la Solicitud para la intervención.
- Que haya entendido el tipo de intervención a que será sometido.
- El procedimiento debe realizarse bajo las normas quirúrgicas y de esterilización establecidas en el Manual de Procedimientos Quirúrgicos de AQV.

g) Utilícese con precaución en:

- Usuario joven (menor de 25 años).
- Usuario sin hijos vivos.
- Tener un hijo (especialmente el más pequeño) con salud delicada.
- Unión de pareja inestable.
- Usuarios solteros o viudos.

h) Contraindicaciones

- Usuarios presionados por su cónyuge o por alguna persona.
- Usuarios que han tomado su decisión bajo presión desusada.
- Usuarios con conflictos no resueltos de índole religiosa o cultural.
- Usuarios con expectativas no resueltas acerca de la irreversibilidad.

i) Efectos posibles

- No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método.
- Ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento Quirúrgico:
 - Inflamación severa
 - Equimosis
 - Hematoma
 - Infección de la herida operatoria
 - Granuloma

j) Disposiciones para el período postoperatorio

- Después del procedimiento el usuario debe mantenerse en observación por lo menos 1 hora.

- Si procede de zona rural o lejana deberá permanecer en observación como mínimo 6 horas en el PES donde se realizó la intervención.
- Entregar información por escrito de cuidados a tener en cuanto a actividad física, curación de la herida operatoria, y presentación de signos de alarma que ameritan acudir al establecimiento de salud.
- Indicarle que deberá guardar reposo por 5 días.
- Provisión de analgésico e indicaciones de uso.
- Asegurarse que el hombre comprenda que el método no es efectivo de inmediato, pueden encontrarse espermatozoides hasta 20 eyaculaciones o 3 meses después del procedimiento, por lo cual se debe recomendar el uso del condon u otro método temporal para evitar el embarazo, hasta que el conteo de espermatozoides sea negativo. Si es factible realizar espermatograma.
- Provea de condones al usuario (30 condones).

k) Programación de seguimiento:

- Los usuarios serán citados para su primer control entre 3er. y 7mo. día y para el segundo control a los 30 días.
- Posteriormente serán citados cada año para promover una consulta de promoción de salud reproductiva integral.
- Es importante mencionar al usuario que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que el o su pareja crean necesario.
- Se debe instruir al usuario que acuda al establecimiento si presenta cualquiera de los siguientes síntomas:
 - Sintomatología urinaria.
 - Dolor escrotal o perineal severo.
 - Hemorragia o hematoma en la herida operatoria.
 - Fiebre y dolor local en la herida operatoria

CAPITULO III

HIPÓTESIS, OPERAZIONALIZACIÓN DE

VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS

Fundamento: Dado las actitudes tienen un componente cognoscitivo para su manifestación mediante conductas y opiniones; es probable que:

Deducción: Exista una relación directa entre el nivel de conocimientos y las actitudes sobre el uso de métodos anticonceptivos en escolares adolescentes.

3.2 ANÁLISIS U OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE	INDICADORES	CATEGORÍAS	ESCALA
Conocimiento acerca de los Métodos anticonceptivos	Cuestionario de conocimientos sobre el uso de métodos anticonceptivos: Definición, Tipos y Métodos	Alto Medio Bajo	ordinal
VARIABLE DEPENDIENTE	INDICADORES	CATEGORÍAS	ESCALA
Actitudes hacia los Métodos anticonceptivos	-Para dar tiempo a la adaptación psicológica y sexual de la pareja. -Para evitar el nacimiento de hijos no deseados -Para permitirnos más oportunidad es de realización personal. -Para evitar riesgos de salud. -Para espaciar los embarazos. -Para evitar el nacimiento de niños (as) con defectos. -Para tener el número de hijos (as) deseados	Favorable Indiferente Desfavorable	ordinal

VARIABLES INTERVINIENTES	INDICADORES	CATEGORÍAS	ESCALA
Edad	Fecha de nacimiento	Años cumplidos	Razón
Sexo	Caracteres sexuales secundarios	Género	Nominal
Año de estudios	Matricula en el año académico 2009	4° secundaria 5° secundaria	Ordinal
Estado civil de los padres	Unión civil de los padres	Casados Convivientes Solteros	Nominal

CAPITULO IV
MARCO METODOLÓGICO

4.1 DISEÑO

El presente estudio es de tipo observacional prospectivo de corte transversal y analítico.

4.2 ÁMBITO DE ESTUDIO

La sede del estudio se realizará en colegios que cuenten con nivel secundario en la zona rural de Candarave, Tarata y Locumba, ubicados en el Departamento de Tacna – Perú.

4.3 POBLACION Y MUESTRA

La población en estudio esta conformada por escolares que se encuentren en 4° y 5° año de nivel secundario.

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

- Escolares adolescentes que se encuentren matriculados en el año académico 2009.
- Escolares adolescentes menores de 19 años
- Escolares adolescentes mayores de 13 años

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Escolares que no deseen participar
- Estudiantes que no asistieron el día de aplicación del instrumento

4.4 INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

La técnica que se utilizará será la entrevista y encuesta, el instrumento será un formulario tipo encuesta (ANEXO 1), utilizando la técnica de la escala de Lickert, lo cual permitirá obtener información acerca de las actitudes sobre métodos anticonceptivos; además el cuestionario tendrá preguntas para obtener información del conocimiento de los estudiantes acerca de los métodos anticonceptivos.

El formulario tipo encuesta que se utilizará ha sido validado en la facultad de medicina de la “Universidad Nacional Mayor de San Marcos” en la realización del trabajo “Relación entre nivel de conocimiento y actitudes hacia los métodos anticonceptivos en estudiantes del quinto año de la escuela académico profesional de educación de la UNMSM¹”

ESTADÍSTICOS DE FIABILIDAD

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
0,516	0,518	16

INTERPRETACIÓN DE DATOS:

Nivel de Conocimiento:

Conocimiento alto: 10 – 18 puntos

Conocimiento medio: 5 – 9 puntos

Conocimiento bajo: 0 – 4 puntos

Nivel de Actitud:

Actitud Favorable: mayor o igual a 39 puntos

Actitud Indiferente: 35 – 38 puntos

Actitud Desfavorable: menor o igual a 34 puntos

NIVEL DE ACTITUD ESCALA PERCENTILAR

N	Válidos	211
	Perdidos	0
Percentiles	PERCENTIL 25	35,0000
	PERCENTIL 50	38,0000

Ix _____

¹ SANCHEZ VERA, Katty Maura. Relación entre nivel de conocimiento y actitudes hacia los métodos anticonceptivos en estudiantes del quinto año de la escuela académico profesional de educación de la UNMSM. Lima: Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2007.

CAPITULO V

PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

PROCESAMIENTO DE ANÁLISIS DE DATOS

Los datos fueron obtenidos a través del formulario tipo cuestionario y escala modificada de Likert, el mismo que se encontraba validado en la facultad de medicina de la “Universidad Nacional Mayor de San Marcos” en la realización del trabajo “Relación entre nivel de conocimiento y actitudes hacia los métodos anticonceptivos en estudiantes del quinto año de la escuela académico profesional de educación de la UNMSM”, los mismos que fueron codificados para facilitar la creación de una base de datos electrónica, usando el programa SPSS versión 13, el que permitirá la elaboración de tablas y/o gráficos de frecuencia y análisis estadístico.

Se utilizará la prueba estadística de Chi², para la comparación de variables con un intervalo confianza del 95% y un valor.

Se utilizara procesador de texto Word y hoja de cálculo Excel para la tabulación final.

CARTILLA DE CODIGOS

DATOS GENERALES:

1. ZONA A LA QUE PERTENECE:

- 1: Candarave
- 2: Tarata
- 3: Locumba

2. EDAD:

- 1: 13 – 19 años

3. SEXO:

- 1: Masculino
- 2: Femenino

4. ESTADO CIVIL DE LOS PADRES:

- 1: Casado
- 2: Conviviente
- 3: Soltero
- 4: Separado
- 5: Viudo (a)

4. GRADO DE INSTRUCCIÓN:

1: 4º grado de educación secundaria

2: 5º grado de educación secundaria

CUESTIONARIO:

Nº DE PREGUNTA	PUNTAJE
1	1
2	2
3	1
4	3
5	1
6	1
7	1
8	1
9	1
10	1
11	1
12	1
13	1
14	1
15	1

ESCALA DE ACTITUDES:

Nº DE ITEMS		PUNTAJE		
REACTIVO	VALOR	ACEPTACION	INDIFERENCIA	RECHAZO
1	+	3	2	1
2	-	1	2	3
3	+	3	2	1
4	+	3	2	1
5	-	1	2	3
6	+	3	2	1
7	+	3	2	1
8	-	1	2	3
9	-	1	2	3
10	-	1	2	3
11	-	1	2	3
12	+	3	2	1
13	-	1	2	3
14	-	1	2	3
15	+	3	2	1
16	+	3	2	1

CLAVES DEL CUESTIONARIO

- 1. b**
- 2. a – c**
b – a
c – d
d – b
- 3. Según criterio del encuestado**
- 4. a – verdadero**
b – verdadero
c – falso
d – verdadero
e – verdadero
f – falso
- 5. Según criterio del encuestado**
- 6. b**
- 7. b**
- 8. b**
- 9. c**
- 10. d**
- 11. b**
- 12. a**
- 13. c**
- 14. b**
- 15. a**

CAPÍTULO VI
RESULTADOS E INTERPRETACION DE DATOS

TABLA N° 01

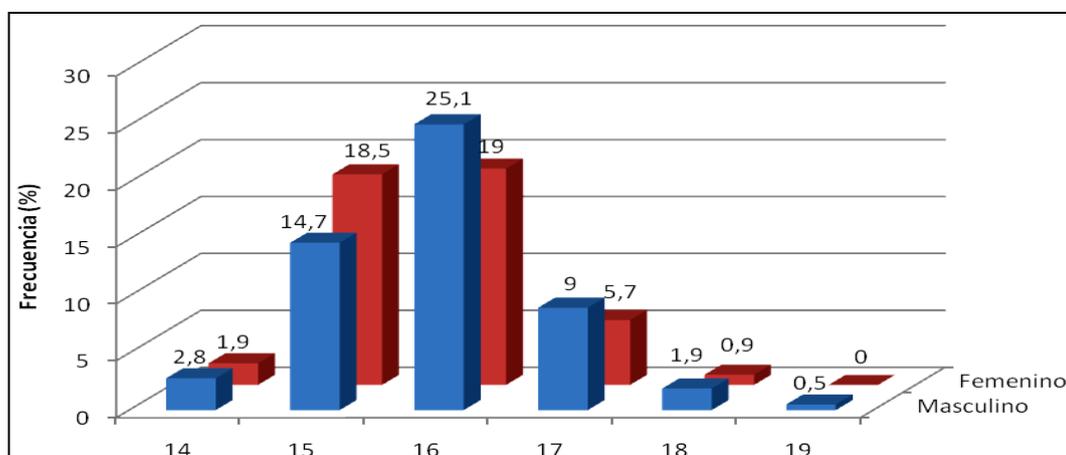
DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO EN ESTUDIANTES DE 4° Y 5° AÑO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA DE LOS DISTRITOS DE CANDARAVE, TARATA Y LOCUMBA DE LA REGIÓN TACNA EN EL AÑO 2009

Edad	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO		N	%
14	6	2.8	4	1.9	10	4.7
15	31	14.7	39	18.5	70	33.2
16	53	25.1	40	19.0	93	44.1
17	19	9.0	12	5.7	31	14.7
18	4	1.9	2	0.9	6	2.8
19	1	0.5	0	0.0	1	0.5
Total	114	54.0	97	46.0	211	100.0

Fuente: Encuesta exploratoria/entrevista

GRÁFICO N° 01

DISTRIBUCIÓN POR EDAD Y SEXO EN ESCOLARES DE 4° Y 5° AÑO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA DE LOS DISTRITOS DE CANDARAVE, TARATA Y LOCUMBA DE LA REGIÓN TACNA EN EL AÑO 2009



Fuente: Encuesta exploratoria/entrevista

En la **Tabla 01** y **Gráfico 01**; nos muestra que entre la población de los adolescentes la mayoría oscila entre los 14 a 19 años, siendo los porcentajes más altos aquellos que se encuentran entre los 15 y 17 años. Así mismo encontramos que de la población estudiada hay una mayor proporción de varones.

TABLA N° 02

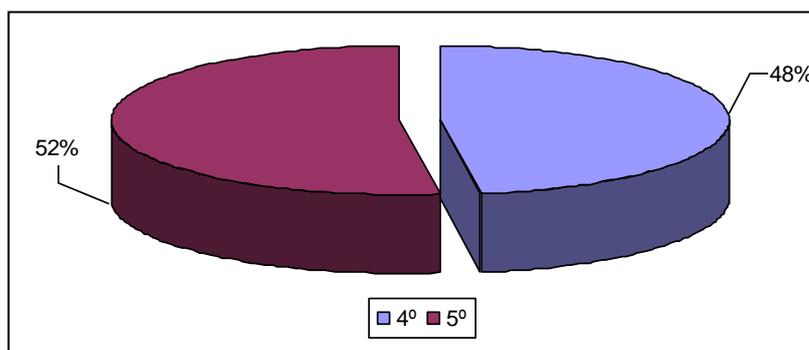
DISTRIBUCIÓN POR GRADO DE INSTRUCCIÓN EN ESCOLARES DE EDUCACIÓN SECUNDARIA DE LOS DISTRITOS DE CANDARAVE, TARATA Y LOCUMBA DE LA REGIÓN TACNA EN EL AÑO 2009

Grado de Instrucción		N	%
4°		101	47,9%
5°		110	52,1%
Total		211	100,0%

Fuente: Encuesta exploratoria/entrevista

GRÁFICO N° 02

DISTRIBUCIÓN POR GRADO DE INSTRUCCIÓN EN ESCOLARES DE EDUCACIÓN SECUNDARIA DE LOS DISTRITOS DE CANDARAVE, TARATA Y LOCUMBA DE LA REGIÓN TACNA EN EL AÑO 2009



Fuente: Encuesta exploratoria/entrevista

En la **Tabla 02** y **Gráfico 02** observamos que los evaluados de 4to y 5to año de secundaria se encuentra en proporciones semejantes, evidenciándose un ligero predominio de los alumnos de 5to de se secundaria representados por el 52,1%.

TABLA N° 03

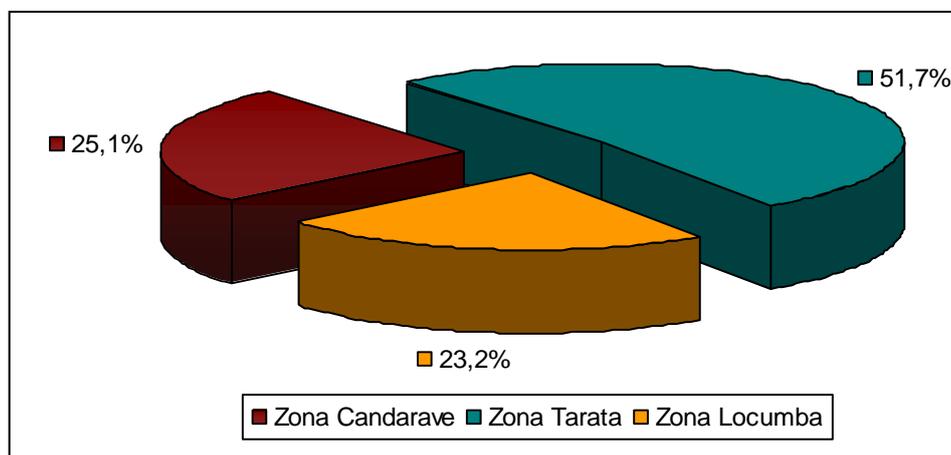
DISTRIBUCIÓN POR ZONA GEOGRÁFICA EN LOS ESCOLARES DE EDUCACIÓN SECUNDARIA ENTREVISTADOS EN LA ZONA RURAL DE LA REGIÓN TACNA EN EL AÑO 2009.

		Frecuencia	Porcentaje
Zona	Candarave	53	25.1
	Tarata	109	51.7
	Locumba	49	23.2
	Total	211	100.0

Fuente: Encuesta exploratoria/entrevista

GRÁFICO N° 03

DISTRIBUCIÓN POR ZONA GEOGRÁFICA EN LOS ESCOLARES DE EDUCACIÓN SECUNDARIA ENTREVISTADOS EN LA ZONA RURAL DE LA REGIÓN TACNA EN EL AÑO 2009.



Fuente: Encuesta exploratoria/entrevista

En la **Tabla 03** y **Gráfico 03** se muestra que la población adolescente evaluada se basó en tres áreas geográficas correspondiendo a la zona de Tarata el 51,7%, y en proporciones semejantes los poblados de Candarave y Locumba.

TABLA N° 04

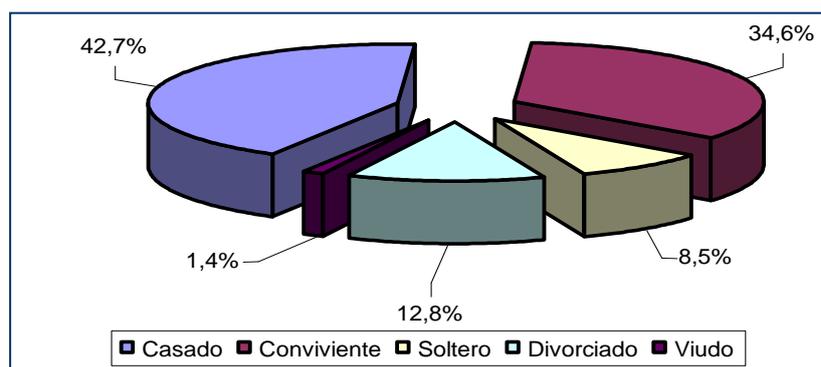
DISTRIBUCION Y FRECUENCIA DEL ESTADO CIVIL DE LOS PADRES DE LOS ESTUDIANTES DE 4° Y 5° AÑO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA DE LOS DISTRITOS DE CANDARAVE, TARATA Y LOCUMBA DE LA REGIÓN TACNA EN EL AÑO 2009

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Casado	90	42.7
Conviviente	73	34.6
Soltero	18	8.5
Divorciado	27	12.8
Viudo	3	1.4
Total	211	100.0

Fuente: Encuesta exploratoria/entrevista

GRAFICO 04

DISTRIBUCION Y FRECUENCIA DEL ESTADO CIVIL DE LOS PADRES DE LOS ESTUDIANTES DE 4° Y 5° AÑO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA DE LOS DISTRITOS DE CANDARAVE, TARATA Y LOCUMBA DE LA REGIÓN TACNA EN EL AÑO 2009



Fuente: Encuesta exploratoria/entrevista

La **Tabla 04** y **Gráfico 04** muestra la distribución y frecuencia del estado civil de los padres de los adolescentes, donde se evidencia que son fundamentalmente casados, representado por un 42.7%, seguido por el grupo de padres convivientes, y con menor proporción por aquellos padres divorciados o solteros.

TABLA N° 05

CORRELACIÓN ENTRE ZONA DE PROCEDENCIA SEGÚN EL ESTADO CIVIL DE LOS PADRES DE LOS ESCOLARES DE EDUCACIÓN SECUNDARIA DE LOS DISTRITOS DE CANDARAVE, TARATA Y LOCUMBA DE LA REGIÓN TACNA EN EL AÑO 2009

ESTADO CIVIL DE LOS PADRES	ZONA DE PROCEDENCIA							
	CANDARAVE		TARATA		LOCUMBA		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Casado	18	20,0%	52	57,8%	20	22,2%	90	100,0%
Conviviente	25	34,2%	31	42,5%	17	23,3%	73	100,0%
Soltero	3	16,7%	13	72,2%	2	11,1%	18	100,0%
Separado	7	25,9%	11	40,7%	9	33,3%	27	100,0%
Viudo	0	0,0%	2	66,7%	1	33,3%	3	100,0%
Total	53	25,1%	109	51,7%	49	23,2%	211	100,0%
P = 0,19								

Fuente: Encuesta exploratoria/entrevista

En la **Tabla 05** Se correlacionan variables las cuales no son estadísticamente significantes, se obtiene un valor de $p=0,19$, indicándonos que ambas variables son independientes, concluyendo que las variables zona de procedencia y estado civil de los padres no guardan relación entre si.

TABLA N° 06

CORRELACIÓN ENTRE ZONA DE PROCEDENCIA SEGÚN EL GÉNERO EN LOS ESCOLARES DE EDUCACIÓN SECUNDARIA DE LOS DISTRITOS DE CANDARAVE, TARATA Y LOCUMBA DE LA REGIÓN TACNA EN EL AÑO 2009

ZONA DE PROCEDENCIA	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	N	%	N	%	N	%
CANDARAVE	23	43,4%	30	56,6%	53	100,0%
TARATA	62	56,9%	47	43,1%	109	100,0%
LOCUMBA	29	59,2%	20	40,8%	49	100,0%
Total	114	54,0%	97	46,0%	211	100,0%
P = 0,193						

Fuente: Encuesta exploratoria/entrevista

En la **Tabla 06** las variables no son estadísticamente significantes, ya que se obtiene un valor $p=0,193$, lo que indica que las variables son independientes, concluyendo que las variables zona de procedencia y género no guardan relación entre si.

TABLA N° 07

DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO MEDIANTE EL USO DE LA ESCALA VIGESIMAL SOBRE ANTICONCEPTIVOS EN LOS ADOLESCENTES DE LA ZONA RURAL DE TACNA 2009

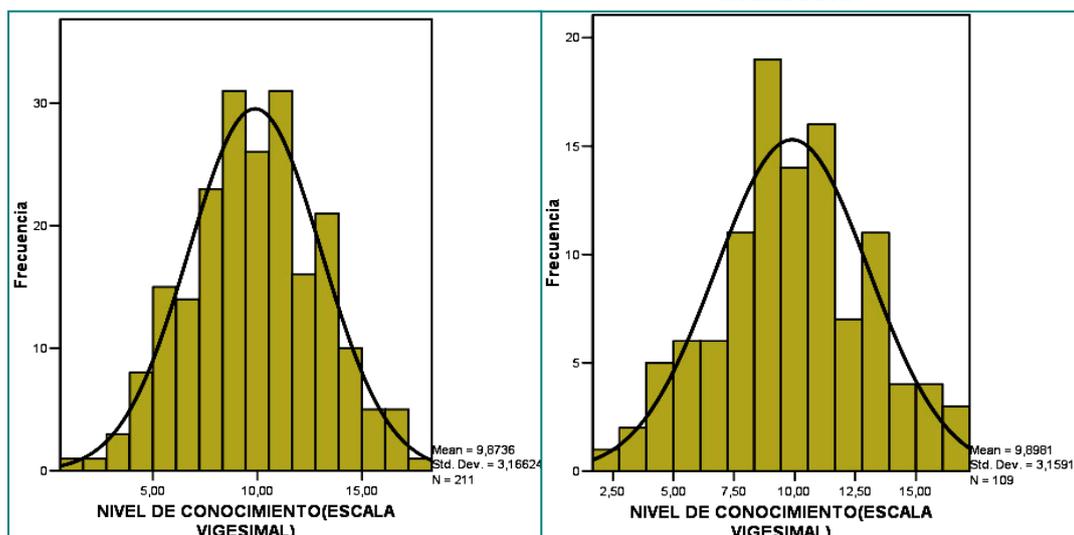
		ZONA DE PROCEDENCIA			
		CANDARAVE	TARATA	LOCUMBA	Total
NIVEL DE CONOCIMIENTO (ESCALA VIGESIMAL)	Media	10,31	9,90	9,34	9,87
	Máximo	17,78	16,67	15,56	17,78
	Mínimo	3,33	2,22	1,11	1,11
	Desviación típica	3,32	3,16	2,99	3,17

Fuente: Encuesta exploratoria/entrevista profundidad

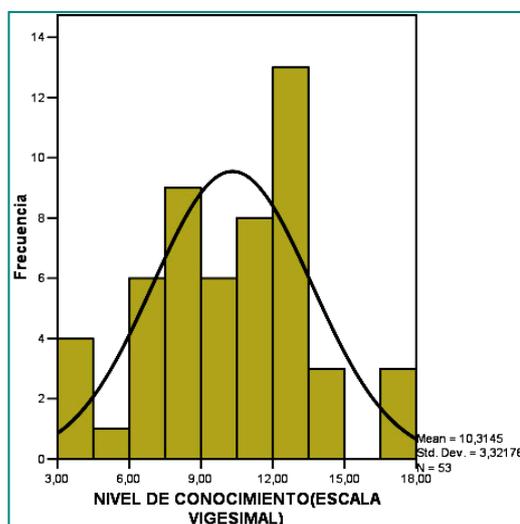
GRÁFICO N° 05

DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO MEDIANTE EL USO DE LA ESCALA VIGESIMAL SOBRE ANTICONCEPTIVOS EN LOS ADOLESCENTES DE LA ZONA RURAL DE TACNA 2009

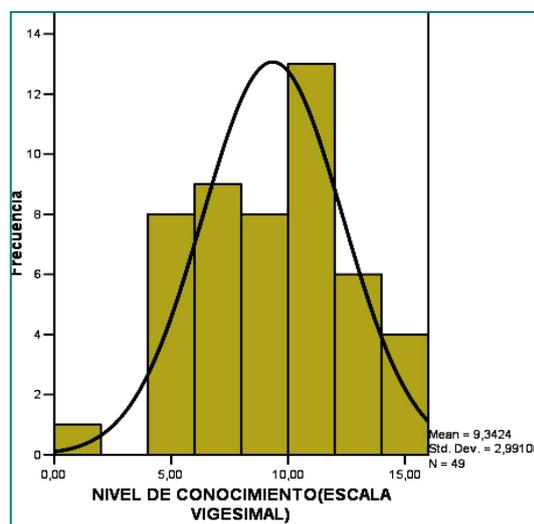
TARATA



CANDARAVE



LOCUMBA



Fuente: Encuesta exploratoria/entrevista

En la **Tabla 07** y **Gráfico 05** se evalúa nivel de conocimiento según escala vigesimal, donde se evidencia que la media para el nivel de conocimiento de las tres zonas geográficas es de 9,87 puntos, lo cual es desaprobatorio, así mismo haciendo el análisis de cada una de las zonas geográficas la curva de conocimiento presenta la misma fluctuación, lo que evidencia un bajo nivel de conocimiento de los adolescentes.

TABLA N° 08

CORRELACIÓN ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN LA ZONA DE PROCEDENCIA DE ESCOLARES. TACNA AÑO 2009

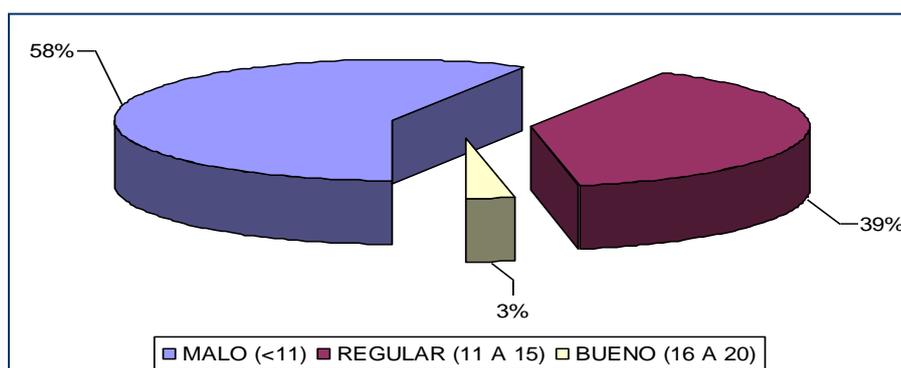
NIVEL DE CONOCIMIENTO (ES. VIGESIMAL)	ZONA DE PROCEDENCIA							
	CANDARAVE		TARATA		LOCUMBA		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
MALO (<11)	26	21,3	64	52,5	32	26,2	122	100
REGULAR (11-15)	24	28,9	42	50,6	17	20,5	83	100
BUENO (16-20)	3	50,0	3	50,0	0	0,0	6	100
TOTAL	53	25,1	109	51,7	49	23,2	211	100
P = 0, 305								

Fuente: Encuesta exploratoria/entrevista

En la **Tabla 08** las variables no son estadísticamente significantes, ya que el valor obtenido es $p=0,193$, lo que indica que las variables son independientes, concluyendo que nivel de conocimiento y zona de procedencia no guardan relación entre si.

GRÁFICO N° 06

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ANTICONCEPTIVOS, EN LOS ADOLESCENTES DE LA ZONA RURAL DE TACNA 2009



Fuente: Encuesta exploratoria/entrevista

En el **Gráfico 06** evidenciamos claramente que el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en los escolares evaluados es bajo representado por el 58%, seguido por los aquellos con conocimiento medio representado por el 39% y en menor proporción aquellos que poseen un buen nivel de conocimiento.

TABLA N° 09

CORRELACIÓN ENTRE EDAD, GÉNERO, GRADO DE INSTRUCCIÓN, Y ESTADO CIVIL DE LOS PADRES SEGÚN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE LOS ADOLESCENTES DE LA ZONA RURAL DE TACNA 2009.

		NIVEL DE CONOCIMIENTO (ES. VIGESIMAL)								p
		MALO (<11)		REGULAR(11 A 15)		BUENO (16 A 20)		Total		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Edad	14	8	80,0%	2	20,0%	0	0,0%	10	100,0%	0,566
	15	39	55,7%	30	42,9%	1	1,4%	70	100,0%	
	16	53	57,0%	35	37,6%	5	5,4%	93	100,0%	
	17	19	61,3%	12	38,7%	0	0,0%	31	100,0%	
	18	2	33,3%	4	66,7%	0	0,0%	6	100,0%	
	Total	122	57,8%	83	39,3%	6	2,8%	211	100,0%	
Sexo	Masculino	66	57,9%	46	40,4%	2	1,8%	114	100,0%	0,577
	Femenino	56	57,7%	37	38,1%	4	4,1%	97	100,0%	
	Total	122	57,8%	83	39,3%	6	2,8%	211	100,0%	
Grado de Instrucción	4°	61	60,4%	40	39,6%	0	0,0%	101	100,0%	0,057
	5°	61	55,5%	43	39,1%	6	5,5%	110	100,0%	
	Total	122	57,8%	83	39,3%	6	2,8%	211	100,0%	
Estado Civil de los padres	Casado	54	60,0%	36	40,0%	0	0,0%	90	100,0%	0,251
	Conviviente	41	56,2%	29	39,7%	3	4,1%	73	100,0%	
	Soltero	10	55,6%	6	33,3%	2	11,1%	18	100,0%	
	Separado	14	51,9%	12	44,4%	1	3,7%	27	100,0%	
	Viudo	3	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	100,0%	
Total	122	57,8%	83	39,3%	6	2,8%	211	100,0%		

Fuente: Encuesta exploratoria/entrevista

En la **Tabla 09** correlacionamos diferentes variables según el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos de los adolescentes de la zona rural, de las cuales se encontró significancia estadística en la relación grado de instrucción y nivel de conocimiento con un valor $p=0,057$, lo que indica que el conocimiento va relacionado con el nivel de cultura o grado de instrucción, sin tener relación con la variable edad, relación que no es estadísticamente significativa.

De lo cual podemos concluir que grado de instrucción y conocimiento son variables dependientes, ya que guardan relación entre si.

TABLA N° 10

CORRELACIÓN ENTRE NIVEL DE ACTITUD EN EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS SEGÚN LA ZONA DE PROCEDENCIA DE LOS DE LOS ADOLESCENTES DE LA ZONA RURAL DE TACNA 2009.

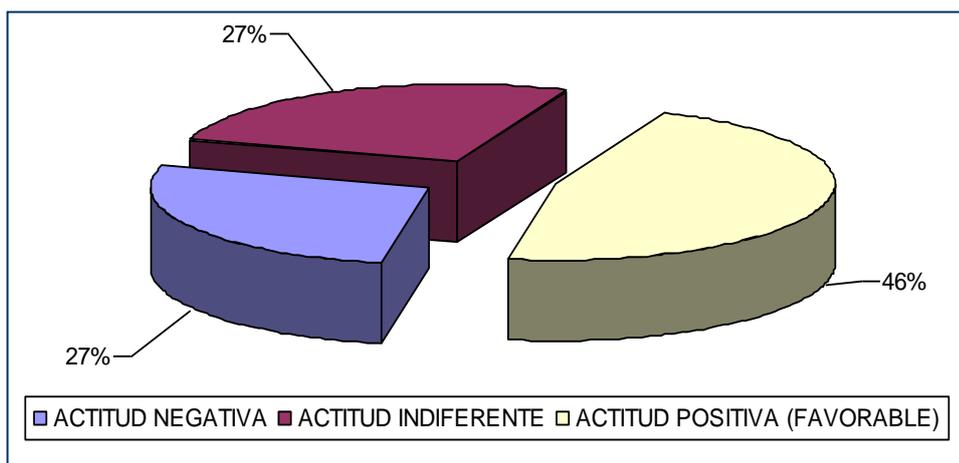
NIVEL DE ACTITUD	ZONA DE PROCEDENCIA								p
	CANDARAVE		TARATA		LOCUMBA		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
ACTITUD NEGATIVA	18	32,1%	29	51,8%	9	16,1%	56	100,0%	0,342
ACTITUD INDIFERENTE	15	26,3%	26	45,6%	16	28,1%	57	100,0%	
ACTITUD POSITIVA (FAVORABLE)	20	20,4%	54	55,1%	24	24,5%	98	100,0%	
Total	53	25,1%	109	51,7%	49	23,2%	211	100,0%	

Fuente: Encuesta exploratoria/entrevista

En la **Tabla 10** las variables no son estadísticamente significantes, ya que el valor obtenido es $p=0,342$, lo que indica que las variables son independientes, concluyendo que nivel de actitud y zona de procedencia no guardan relación entre si.

GRAFICO N° 07

NIVEL DE ACTITUD EN EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE LOS ADOLESCENTES DE LA ZONA RURAL DE TACNA 2009.



Fuente: Encuesta exploratoria/entrevista

En el **Gráfico 07** se observa que el nivel de actitud favorable en el uso de métodos anticonceptivos es claramente superior con un 46%, seguido en iguales proporciones por actitudes indiferentes y negativas.

TABLA N° 11

CORRELACIÓN ENTRE EDAD, GÉNERO, GRADO DE INSTRUCCIÓN, Y ESTADO CIVIL DE LOS PADRES SEGÚN EL NIVEL DE ACTITUD EN EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE LOS ADOLESCENTES DE LA ZONA RURAL DE TACNA 2009.

		NIVEL DE ACTITUD								p
		NEGATIVA		INDIFERENTE		POSITIVA		Total		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Edad	14	4	40,0%	4	40,0%	2	20,0%	10	100,0%	0,555
	15	21	30,0%	20	28,6%	29	41,4%	70	100,0%	
	16	23	24,7%	24	25,8%	46	49,5%	93	100,0%	
	17	6	19,4%	8	25,8%	17	54,8%	31	100,0%	
	18	1	16,7%	1	16,7%	4	66,7%	6	100,0%	
	19	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	
	Total	56	26,5%	57	27,0%	98	46,4%	211	100,0%	
Sexo	Masculino	31	27,2%	26	22,8%	57	50,0%	114	100,0%	0,31
	Femenino	25	25,8%	31	32,0%	41	42,3%	97	100,0%	
	Total	56	26,5%	57	27,0%	98	46,4%	211	100,0%	
Grado de Instrucción	4°	31	30,7%	27	26,7%	43	42,6%	101	100,0%	0,389
	5°	25	22,7%	30	27,3%	55	50,0%	110	100,0%	
	Total	56	26,5%	57	27,0%	98	46,4%	211	100,0%	
Estado Civil de los padres	Casado	26	28,9%	25	27,8%	39	43,3%	90	100,0%	0,305
	Conviviente	17	23,3%	22	30,1%	34	46,6%	73	100,0%	
	Soltero	6	33,3%	6	33,3%	6	33,3%	18	100,0%	
	Separado	5	18,5%	4	14,8%	18	66,7%	27	100,0%	
	Viudo	2	66,7%	0	0,0%	1	33,3%	3	100,0%	
	Total	56	26,5%	57	27,0%	98	46,4%	211	100,0%	

Fuente: Encuesta exploratoria/entrevista

En la **Tabla 11** se correlacionan diferentes variables según el nivel de actitud en el uso de métodos anticonceptivos de los adolescentes evaluados, con en fin de encontrar significancia estadística, la misma que no es evidenciada en ninguna de la relaciones.

Por lo cual podemos concluir que edad, género, grado de instrucción y estado civil de los padres son variables independientes del nivel de actitud, ya que no guardan relación entre si.

TABLA N° 12

CORRELACIÓN ENTRE NIVEL DE CONOCIMIENTO SEGÚN EL NIVEL DE ACTITUD EN EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE LOS ADOLESCENTES DE LA ZONA RURAL DE TACNA 2009.

NIVEL DE CONOCIMIENTO (ESCALA VIGESIMAL)	NIVEL DE ACTITUD								p
	NEGATIVA		INDIFERENTE		POSITIVA		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
MALO (<11)	40	32,8%	38	31,1%	44	36,1%	122	100,0%	0,007
REGULAR (11 A 15)	16	19,3%	17	20,5%	50	60,2%	83	100,0%	
BUENO (16 A 20)	0	0,0%	2	33,3%	4	66,7%	6	100,0%	
Total	56	26,5%	57	27,0%	98	46,4%	211	100,0%	

Fuente: Encuesta exploratoria/entrevista

En la **Tabla 12** se correlacionan nivel de conocimiento según el nivel de actitudes en el uso de métodos anticonceptivos, en donde se encuentra gran significancia estadística, en donde $p= 0,007$, lo cual determina la dependencia que tienen las actitudes del nivel de conocimiento, por lo tanto guardan relación entre si.

CAPITULO VII
DISCUSION

El presente estudio es de tipo observacional prospectivo de corte transversal y analítico que tiene como finalidad determinar la relación entre el conocimiento y las actitudes en el uso de métodos anticonceptivos en escolares adolescentes de la zona rural de Tacna.

Encontramos que la población estudiada se encuentra entre las edades de 14 y 19 años, encontrándose el grupo predominante entre los 15 y 17 años de edad; de mismo modo se encuentra que de la población evaluada las proporciones con respecto a varones y mujeres son semejantes (**Tabla N° 01**); de los cuales el 42,7% provienen de hogares con padres casados, 34,6% convivientes, seguidos en menor proporción por padres divorciados, soltero/a y viudos (**Tabla N° 04**); esto en relación con el estudio Juana Vega Sosa en el año 1998, donde evidenció que la información obtenida sobre métodos anticonceptivos procedía de parte los amigos, padres y profesores respectivamente.

El estudio revela que de los 211 adolescentes encuestados, el 58% tiene un nivel bajo sobre el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, esto en contraste con los estudios de Juana Vega Sosa en el año 1998, Jl. Barella Balboa en el año 2001, Alejandro de Dios Moccica en el año 2006 y Guerrero Masiá en el año 2008, en el que todos coinciden que a pesar de que muchos de los evaluados conocían algunos métodos, en su gran mayoría el conocimiento sobre métodos anticonceptivos así como su correcto uso era desconocido debido a la falta de información correcta o ausencia de asesoramiento profesional.

Por otra parte no se encontraron estudios o evidencia bibliográfica, sobre la evaluación del nivel de actitudes o su relación con el conocimiento realizada en adolescentes, y que se pudo demostrar en este estudio, evidenciando que el 46% de la población evaluada posee actitud favorable hacia el uso de métodos anticonceptivos y control de seguida en igual proporciones con 27% por actitudes indiferentes y negativas (**Gráfico N° 07**)

Así mismo encontramos mediante este estudio la relación que existe entre el nivel de conocimiento y la actitud hacia el uso de los métodos anticonceptivos, en donde luego de evaluar la tabla n° 12, al realizar la prueba estadística de relación y correlación de Pearson y Sperman se obtuvo un valor $p= 0,007$, lo que nos muestra la dependencia que tienen las actitudes del nivel de conocimiento, evidenciando la

relación que guardan entre si ambas variables, demostrando así que son altamente significativo; dado que las actitudes tienen un componente cognoscitivo para su manifestación mediante conductas y opiniones, es así que observamos que en el grupo de estudiantes que tienen un buen nivel de conocimiento, la respuesta es favorable para el nivel de actitudes, siendo la respuesta igual para aquellos que fueron clasificados con mal nivel de conocimiento, por otro lado aquellos escolares que obtuvieron un nivel de actitud indiferente, el 66,6% de ellos tienen un nivel bajo de conocimientos.

CAPITULO VIII
CONCLUSIONES

- Primera.** El nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos de los escolares adolescentes de la zona rural de Candarave, Tarata y Locumba es malo o bajo representados por el 58% de la población evaluada.
- Segundo.** Respecto al nivel de actitud hacia el uso de métodos anticonceptivos de los escolares adolescentes de la zona rural de Candarave, Tarata y Locumba encontramos que el 46% de la población encuestada tiene un nivel de actitud favorable, seguida en iguales proporciones por actitud de indiferencia y desfavorable con 27%
- Tercero.** Se encuentra una relación directa en el nivel de conocimiento y las actitudes hacia el uso de métodos anticonceptivos en los escolares adolescentes de la zona rural de Candarave, Tarata y Locumba, al obtener un valor $p=0,007$ tras realizar pruebas estadísticas, lo que nos muestra la dependencia que tienen las actitudes de los conocimientos, con alta significancia estadística.

CAPITULO IX

SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES

1. Ya que la mayoría de los escolares adolescentes evaluados presentaron un nivel de conocimiento bajo se recomienda establecer sistemas de capacitación para docentes y escolares con la finalidad de mejorar el conocimiento de los adolescentes
2. Se recomienda para mejorar el nivel de actitudes la intervención por medio del ministerio de salud en los hogares, haciendo llegar a estos, programas de información e incorporación para lograr conductas saludables con respecto a la salud reproductiva.
3. Se recomienda que el sector salud trabaje de la mano con el sector educación para que en conjunto faciliten y profundicen la información que se les brinda a los jóvenes, implementando programas educativos que abarquen toda la información adecuada y necesaria sobre métodos anticonceptivos y conductas sexuales saludables.
4. Se sugiere realizar estudios de investigación sobre el mismo tema en los educadores, a fin de conocer el conocimiento que estos poseen para brindar información sobre este tema a sus estudiantes

BIBLIOGRAFÍA

1. Priego T, Cosme P. Comprender la sexualidad, para una orientación integral. 2ª Ed. Madrid: Ed. Aprender; 1995.
2. López F, Fuertes A. Para comprender la sexualidad. 6ª Ed. Navarra: Verbo Divino; 1996.
3. IPPF. Comprender a los adolescentes. Informe de la IPPF sobre las necesidades de la gente joven y su materia de salud sexual y reproductiva. Londres; 1994.
4. García Roldán, R. Brea Correa, A. I. Concepciones y comportamiento sexual en un grupo de adolescentes atendidos por el Médico de la Familia. Rev. Cub. de Med. Gral. Int. 1997; 13 (2): 6- 123.
5. Bunge Mario La Investigación Científica. España: Ed. 1989
6. Fredich Rovich Diccionario de Psicología. 5ta ed. España: Ed. Handor: 1995
7. Morales Miguel Psicología social y trabajo social. 2da ed. España: Ed. Mc Graw Hill; 1996
8. Meyers David Psicología. 8va ed. España: Ed. Panamericana; 2005.
9. Gutiérrez Baró Elsa. Adolescencia y juventud: concepto y características. INFOMED: Red de Salud de Cuba [Internet] 2009. [01 de Agosto de 2009] Disponible en: <http://www.sld.cu/libros/libros/libro5/tox1.pdf>
10. Varona Hernández NA. Adolescencia, sexualidad y anticoncepción. Centro de Bioética. [Internet] 2009. [01 de Agosto de 2009] Disponible en: <http://cbioetica.net/revista/51/510306.pdf>
11. Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. 1ra Edición. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2008.
12. Papalia, Diane. *Psicología del desarrollo*. 7ma. Edición Madrid: Editorial Mc Graw Hill; 2004.
13. Papalia, Diane E. Desarrollo Humano. 9na edición. Madrid: Editorial Mc Graw Hill; 2004
14. MINSA. Dirección general de salud de las personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. norma técnica de planificación familiar. Lima: Ed. Talleres de HILMART S.A.: 2005.

ANEXOS

ENCUESTA

Localidad

Candarave Tarata Locumba

Edad: _____

Sexo:

Masculino Femenino

Grado de Instrucción:

4° Secundaria 5° Secundaria

Estado Civil de los Padres:

Casado Conviviente Soltero
 Separado Viudo

Cuestionario de conocimientos sobre el uso de métodos anticonceptivos para adolescentes

1. Método anticonceptivo es:

- a) Cualquier forma que impide que nazca el bebé.
- b) Cualquier forma de impedir la fecundación o embarazo.
- c) Cualquier sustancia que causa daño a la mujer.
- d) Ninguna de las anteriores.
- e) No sé.

2. Respecto a los tipos de métodos anticonceptivos relacione Ud. con una flecha el contenido correspondiente de la columna "A" con el de la columna "B"

Columna A

- a) Método calendario.
- b) T de cobre.
- c) Pastilla o Inyecciones.
- d) Ligadura de Trompas.

Columna B

- a) Dispositivo Intrauterino.
- b) Método Quirúrgico.
- c) Método Natural.
- d) Método Hormonal.

3. De donde obtuviste información sobre métodos anticonceptivos:

- a) Padres
- b) Amigos
- c) Revistas
- d) Películas
- e) Radio
- f) Periódicos
- g) Colegio
- h) Televisión
- i) Profesionales de la salud
- j) Otros: Especifique: _____

4. A continuación indique con “V” si es verdadero o “F” si es falso las siguientes proposiciones:

- a) El método calendario o regla consiste en determinar los días en que la mujer puede quedar embarazada. ()
- b) El método la Ovulación o Moco Cervical consiste en observar los cambios en las secreciones vaginales ()
- c) Retirar el pene de la vagina durante la eyaculación en el acto sexual impide el embarazo ()
- d) Las píldoras son pastillas hormonales que se toman todos los días ()
- e) El Norplant consiste en colocar 6 barritas delgadas en el brazo debajo de la piel ()
- f) La T de Cobre es un pequeño objeto que la mujer puede colocarse sola en el útero o matriz ()

5. En tu colegio recibiste información sobre los métodos anticonceptivos:

SI ()

NO ()

6. El condón es un método anticonceptivo:

- a) Hormonal.
- b) Barrera.
- c) Dispositivo intrauterino.
- d) Ninguna de las anteriores.
- e) No sé.

7. La persona que desea utilizar un método anticonceptivo por primera vez lo debe obtener:

- a) De la familia
- b) Del personal de salud.
- c) De los amigos.
- d) Otros.

 Especifique.....

- e) No sé.

8. El método del calendario o regla puede ser usado por:

- a) Mujeres con ciclos menstruales irregulares.
- b) Mujeres con ciclos menstruales regulares.
- c) Mujeres con más de dos hijos.
- d) No sé.

9. Para usar el método Billings o Moco Cervical es necesario:

- a) Tener dinero.
- b) Tomar medicamentos.
- c) Un examen médico periódico.
- d) Ninguna de las anteriores.
- e) No sé.

10. El método Billings o del Moco Cervical produce:

- a) Náuseas y vómitos.
- b) Mareos y dolor de cabeza.
- c) Dolor abdominal y diarrea.
- d) Ninguna de las anteriores.
- e) No sé.

11. Los espermicidas son:

- a) Sustancias químicas que impiden que nazca el bebé.
- b) Sustancias químicas que afectan la motilidad o vitalidad del espermatozoide.
- c) Sustancias químicas que causan daño a la mujer.
- d) Ninguna de las anteriores.
- e) No sé.

12. Para usar inyecciones y pastillas es necesario:

- a) Una evaluación médica.
- b) Someterse a una operación.
- c) Una evaluación por el psicólogo.
- d) Ninguna de las anteriores.
- e) No sé.

13. La “T” de cobre o el espiral puede ser usado por mujeres:

- a) Con Cáncer al útero.
- b) Embarazadas.
- c) Con enfermedades cardiovasculares (Corazón).
- d) Ninguna de las anteriores.
- e) No sé.

14. Cuando usa la “T” de cobre o el espiral es necesario controlarse con el personal de salud por lo menos:

- a) Dos veces al año.
- b) Una vez al año.
- c) Cada dos años.
- d) Cada mes.
- e) No sé.

15. Con respecto a las espumas y cremas estas deben:

- a) Permanecer de 8 horas después de las relaciones sexuales.
- b) Permanecer sólo durante las relaciones sexuales.
- c) Permanecer 2 días después de las relaciones sexuales.
- d) Ninguna de las anteriores.
- e) No sé.

**ESCALA DE ACTITUDES HACIA EL USO DE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES**

A: Aceptación

I: Indiferencia

R: Rechazo

ENUNCIADOS	A	I	R
1. Para no tener muchos hijos es necesario usar anticonceptivos.			
2. El uso de anticonceptivos durante el embarazo evita malformaciones en el bebé.			
3. El uso de anticonceptivos ayuda a la pareja a no tener hijos muy seguidos.			
4. Es económico usar un método anticonceptivo.			
5. Los métodos anticonceptivos evitan planificar el número de hijos que se desea tener.			
6. Los métodos anticonceptivos son fáciles de usar.			
7. El uso de anticonceptivos durante el embarazo produce malformaciones en el bebé.			
8. El uso de métodos anticonceptivos ayuda a tener muchos hijos.			
9. El método calendario o regla es más eficaz que las pastillas anticonceptivas.			
10. El uso de métodos anticonceptivos promueve la infidelidad de la pareja.			
11. Usar un método anticonceptivo demanda gastar mucho dinero.			
12. Usar anticonceptivos da seguridad en las relaciones sexuales de la pareja.			
13. Es necesario que la pareja joven reciba orientación de sus padres sobre el uso de anticonceptivos.			
14. Los métodos anticonceptivos son difíciles de usar.			
15. Las pastillas anticonceptivas son más eficaces que el método del calendario o regla.			
16. Para usar anticonceptivos se necesita consultar con el personal de salud.			
MUCHAS GRACIAS!!			