



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

TESIS

**“CONOCIMIENTOS Y FUENTES DE INFORMACION
SOBRE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN
ADOLESCENTES DE 15 A 17 AÑOS. CENTRO DE
SALUD DE PACHACUTEC, ICA- 2016”.**

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

PRESENTADA POR:

BACHILLER: GLORIA ALEJANDRINA TINEO ARANGO

ICA – PERU

2017

DEDICATORIA:

A Dios, que me ha brindado una buena vida llena de alegrías y aprendizaje, permitiéndome vivir una muy grata experiencia en mi etapa universitaria.

A mi madre Gloria, que siempre me ha apoyado, guiado y cuidado con mucho amor gracias de corazón por todas las oportunidades que me ha brindado.

A mi tía Madeley que nunca titubeo para ayudarme y apoyarme en todo momento, gracias por tu tiempo, tus consejos, tu apoyo incondicional y tu cariño.

AGRADECIMIENTO

Le agradezco a Dios, por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.

Le doy gracias a mi Madre, por el gran amor y apoyo ilimitado e incondicional que siempre me ha dado, por los valores que me ha inculcado por tener siempre la fortaleza de salir adelante sin importar los obstáculos y por ser la mujer que me dio la vida y me enseñó a vivirla no hay palabras en este mundo para agradecerte.

A mi Abuelo porque has sido y será siempre un Padre ejemplar, incuestionable de fortaleza, integridad y responsabilidad por apoyarme incondicionalmente en todo momento.

A mi tía Madeley y demás familiares por su apoyo incondicional y demostrarme la gran fe que tienen en mí.

Agradecer sinceramente a la Magister: Lydia Chávez Cárdenas, por sus conocimientos, sus orientaciones, su manera de trabajar, su persistencia, su paciencia y su motivación han sido fundamentales para mi formación como investigadora. Sobre todo por su valiosa guía y asesoramiento para la realización de esta tesis.

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento y las fuentes de información sobre métodos anticonceptivos, en adolescentes de 15 a 17 años, que acuden al Centro de Salud de Pachacutec-Ica, durante el segundo trimestre del año 2016. **Material y Métodos:** Estudio observacional, descriptivo y corte transversal, participaron 38 adolescentes, para la recolección de la información, se utilizó la técnica de encuesta y como instrumento un cuestionario. **Resultados:** El nivel de conocimiento general sobre métodos anticonceptivos es: el 26.3% tienen conocimientos categorizados como malo, el 39.5% están en la categoría regular y el 34.2%, en la categoría bueno. El nivel de conocimiento sobre píldora anticonceptiva es: el 10.5% tienen conocimientos categorizados como malo, el 39.5% están en la categoría regular y el 50.0%, en la categoría bueno. El nivel de conocimiento sobre el dispositivo intrauterino es: el 50.0% tienen conocimientos categorizados como malo, el 18.4% están en la categoría regular y el 31.6%, en la categoría bueno. El nivel de conocimiento sobre el condón es: el 5.3% tienen conocimientos categorizados como malo, el 34.2% están en la categoría regular y el 60.5%, en la categoría bueno. El nivel de conocimiento sobre el método del ritmo es: el 15.8% tienen conocimientos categorizados como malo, el 39.5% están en la categoría regular y el 44.7%, en la categoría bueno. El nivel de conocimiento sobre inyección de estrógeno es: el 13.2% tienen conocimientos categorizados como malo, el 50.0% están en la categoría regular y el 36.8%, en la categoría bueno. El nivel de conocimiento sobre moco cervical es: el 28.1% tienen conocimientos categorizados como malo, el 66.4% están en la categoría regular y el 5.5%, en la categoría bueno. El nivel de conocimiento sobre coito interrumpido es: el 61.0% tienen conocimientos categorizados como malo, el 25.3% están en la categoría regular y el 13.7%, en la categoría bueno. Las principales fuentes de información sobre métodos anticonceptivos de los adolescentes de 15 a 17 años son el internet 21.1%, amigos 18.4%, profesores o establecimiento de salud 15.8%, entre otros.

Palabras clave: Conocimiento, fuentes de información, métodos anticonceptivos, adolescentes.

ABSTRACT

Objective: To determine the level of knowledge and sources of information on contraceptive methods in adolescents aged 15 to 17 who attend the Pachacutec-Ica Health Center during the second quarter of 2016. Material and Methods: Observational study, Descriptive and cross-sectional study, 38 adolescents participated in the collection of information, the survey technique was used and as a questionnaire instrument. Results: The level of general knowledge about contraceptive methods is: 26.3% have knowledge categorized as bad, 39.5% are in the regular category and 34.2%, in the good category. The level of knowledge about contraceptive pill is: 10.5% have knowledge categorized as bad, 39.5% are in the regular category and 50.0%, in the good category. The level of knowledge about the intrauterine device is: 50.0% have knowledge categorized as bad, 18.4% are in the regular category and 31.6%, in the good category. The level of knowledge about the condom is: 5.3% have knowledge categorized as bad, 34.2% are in the regular category and 60.5% in the good category. The level of knowledge about the rhythm method is: 15.8% have knowledge categorized as bad, 39.5% are in the regular category and 44.7%, in the good category. The level of knowledge about estrogen injection is: 13.2% have knowledge categorized as bad, 50.0% are in the regular category and 36.8%, in the good category. The level of knowledge about cervical mucus is: 28.1% have knowledge categorized as bad, 66.4% are in the regular category and 5.5%, in the good category. The level of knowledge about interrupted intercourse is: 61.0% have knowledge categorized as bad, 25.3% are in the regular category and 13.7% are in the good category. The main sources of information on contraceptive methods among adolescents aged 15 to 17 years are the internet 21.1%, friends 18.4%, teachers or health establishment 15.8%, among others.

Key words: Knowledge, sources of information, contraceptive methods, adolescents.

INTRODUCCIÓN

La planificación familiar y la anticoncepción constituyen una base fundamental de la salud reproductiva, dados sus potenciales beneficios sociales y de salud. Dichos beneficios incluyen desde la reducción de la pobreza y la mortalidad materna e infantil, hasta una mejora en la calidad de vida, lo que se traduce en mayores oportunidades de educación y empleo y la inserción más igualitaria de las mujeres a la sociedad. Asimismo, la planificación familiar contribuye de manera importante al logro de varias Metas del Milenio.¹⁻³

La disponibilidad de métodos contraceptivos altamente eficaces ha ofrecido a la mujer la posibilidad de planificar su maternidad, permitiendo un mejor desarrollo personal y una vida sexual más plena. Sin embargo, no todas las mujeres tienen el mismo nivel de conocimiento ni de acceso a ellos. Se sabe que el uso de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres está en relación, entre otros factores, con las conductas sexuales y reproductivas, las percepciones acerca de la contracepción, la edad⁴, el nivel socioeconómico y educativo⁵ o la paridad⁶.

El método seleccionado puede estar en relación además con circunstancias tales como el miedo a las enfermedades de transmisión sexual, el progresivo retraso en la edad de la maternidad, la supresión de recomendaciones médicas en relación con límites de edad para el uso de contraceptivos orales, las creencias de las mujeres en relación con los distintos métodos y sus opiniones y conocimientos sobre los mismos⁴⁻⁷ o el nivel de satisfacción en relación con la visita a los profesionales con los que siguen control de dichos método.

Estas razones nos llevaron a realizar estudio, el cual tiene como propósito identificar los conocimientos y fuentes de información sobre métodos anticonceptivos en los adolescentes que acuden al Centro de Salud de Pachacutec-Ica.

-
1. Cleland J, Bernstein S, Ezeh A, Faundes A, Glasier A, Innis J. Family planning: the unfinished agenda. *Lancet* 2006; 368(9549):1810-1827.
 2. Population Reference Bureau. Family planning saves lives. 2ª edición, Washington, DC: PRB, 1991.
 3. Organización Mundial de la Salud. Comunicación sobre planificación familiar en el marco de la salud reproductiva. Ginebra: OMS, 1997.
 4. Trussell J, Vaughan B. Contraceptive use projections: 1990 to 2010. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 167: 1160-1164.
 5. Tyrer LB. Obstacles to use of hormonal contraception. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170: 1495-1498.
 6. Nafo F, Wollast E, Serniclaes W, Vekemans M. Ignorances et préjugés dans l'utilisation de méthodes contraceptives. *Rev Med Brux* 1993; 14: 216-220.
 7. Juárez F, Valencia J. Las usuarias de métodos anticonceptivos y sus necesidades insatisfechas de anticoncepción. En: Chávez A, Menkes C (ed.). Procesos y tendencias poblacionales en el México contemporáneo. Una mirada desde la ENADID 2006, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. México: UNAM, 2006:201-235.

	Pág.
CARÁTULA	II
DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
INTRODUCCIÓN	VII
ÍNDICE	IX
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	11
1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	12
DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA	
DELIMITACIÓN TEMPORAL	
DELIMITACIÓN SOCIAL	
DELIMITACIÓN CONCEPTUAL	
1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	13
1.3.1. Problema Principal	
1.3.2. Problemas Secundarios	
1.4 OBJETIVOS.....	13
1.4.1. Objetivo General	
1.4.2. Objetivos Específicos	
1.5 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	14
 CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	16
Antecedentes Internacionales.....	16
Antecedentes Nacionales	21
Antecedentes Locales.....	25
2.2 BASES TEÓRICAS	28

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	52
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	54
3.1 HIPÓTESIS	
3.2 VARIABLES	
3.2.1 VARIABLES	
3.2.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	55
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	56
4.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	56
Tipo de Investigación	
Nivel de la investigación	
4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN.....	56
Población	
Muestra	
Criterios de selección	
Criterios de Inclusión	
Criterios de Exclusión	
4.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	58
Técnicas	
Instrumentos	
Validación	
4.4 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	59
CAPÍTULO V: PRESENTACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	
5.1 RESULTADOS.....	61
5.2 DISCUSIÓN.....	69
5.3 CONCLUSIONES.....	72
5.4 RECOMENDACIONES.....	74
ANEXOS	
MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	82
CUESTIONARIO.....	85

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

En una sociedad con patrones culturales tradicionales, como de la región Ica, ni la familia, la escuela, ni en general la sociedad acepta fácilmente la idea de la sexualidad en la adolescencia; por esa razón no se educa a los adolescentes sobre la vida familiar o sexual, solamente se les da una educación insuficiente y sin relación con sus necesidades reales, asimismo, las adolescentes raramente acceden a los servicios de salud reproductiva y anticoncepción.

Sabemos cómo profesionales obstetras, que la sexualidad de las adolescentes se caracteriza por relaciones inestables, conflictos emocionales, secretos, actitudes rebeldes y con frecuencia, relaciones sexuales no protegidas, especialmente en los primeros momentos de su actividad sexual. Consecuencia de estas condiciones, muchos embarazos no deseados se producen en el curso de la adolescencia, cuando ellas y sus parejas inician su actividad sexual, sin tener en cuenta la necesidad del empleo de la anticoncepción o sin haber tenido acceso a servicios apropiados. Un importante aporte al campo de salud reproductiva, lo constituye la información más actualizada sobre los métodos de planificación familiar. La planificación familiar ayuda a todos, en especial a la mujer y a la adolescente, brindándole protección contra embarazos no deseados, llegando a salvar las vidas de mujeres con alto riesgos para su salud si se embarazaran o de los abortos en circunstancias peligrosas.

La práctica de obstetricia se ve continuamente enfrentada a la identificación de problemas, cuyo objetivo no es sólo combatir enfermedades sino satisfacer un amplio repertorio de necesidades humanas cuya valoración y diagnóstico forma parte sustancial de la actividad de la obstetra en la actualidad.

En este proceso de limitación y ampliación de competencias de la obstetra, la educación para la salud tiene un papel destacado en la prevención de embarazos no deseados, muerte, enfermedades, entre otros; por ello el profesional de obstetricia desempeña un papel especial por la importancia que su intervención tiene que brindar educación a los adolescentes.

Durante el tiempo de mi preparación como profesional, al interactuar con las adolescentes del distrito de Pachacutec, refieren: “desconocimiento sobre el uso y efectos de los métodos anticonceptivos, mientras que otras si lo conocen, pero por sus efectos no lo usan, y otras que quieren usarlos pero no saben cómo”, al percibir esta realidad surge la necesidad de realizar el presente estudio.

En consecuencia considerando este planteamiento es que me motivó a realizar el presente trabajo de investigación, basado en la experiencia personal y el trabajo con los adolescentes del Centro de Salud de Pachacutec, Ica.

1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

- **Delimitación Geográfica:** El estudio se realizó en el Centro de Salud Pachacutec-Ica.
- **Delimitación temporal:** El estudio se llevó a cabo entre Junio y Agosto del año 2016.
- **Delimitación social:** La población estuvo constituida por adolescentes de 15 a 17 años.
- **Delimitación conceptual:**
 - Área general: Ciencias de la salud
 - Área específica: Obstetricia
 - Línea de Investigación: Métodos anticonceptivos

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cual será el nivel de conocimiento general y la principal fuente de información sobre métodos anticonceptivos, en los adolescentes de 15 a 17 años, que acuden al Centro de Salud de Pachacutec-Ica, durante el periodo comprendido entre Junio y Agosto del año 2016?

1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS

- ¿Cómo se presenta el nivel de conocimiento sobre: Píldora anticonceptiva, condón, inyección de estrógenos y/o progestágenos, dispositivo intrauterino, método del ritmo, moco cervical, coito interrumpido; que poseen los adolescentes que acuden al Centro de Salud de Pachacutec?
- ¿Cuáles serán las principales fuentes de información sobre métodos anticonceptivos, reconocidas por los adolescentes que acuden al Centro de Salud de Pachacutec?

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de conocimiento y las fuentes de información sobre métodos anticonceptivos, en adolescentes de 15 a 17 años que acuden al Centro de Salud de Pachacutec-Ica, durante el periodo comprendido entre Junio-Agosto del año 2016.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar el nivel de conocimiento sobre: Píldora anticonceptiva, condón, inyección de estrógenos y/o progestágenos, dispositivo intrauterino, método del ritmo, moco cervical, coito interrumpido; que poseen los adolescentes que acuden al Centro de Salud de Pachacutec.

- Identificar las principales fuentes de información sobre métodos anticonceptivos, reconocidas por los adolescentes que acuden al Centro de Salud de Pachacutec.

1.5 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

El embarazo no planeado es un problema importante de salud pública, tanto en los países en desarrollo como en el mundo desarrollado, debido a sus repercusiones adversas sociales y de salud, tanto para las madres como para los niños. Entre dichas consecuencias se incluyen la mayor probabilidad de que la mujer recurra a un aborto inseguro, de que inicie la atención prenatal tarde o reciba poco cuidado prenatal, y que el niño nazca con bajo peso.⁸

Un embarazo no planificado conlleva una serie de dificultades para la persona y/o pareja, puesto que a más de la necesidad imperiosa por empezar a ser un miembro activo de la sociedad económica por los gastos que representa el nuevo ser, existen problemas sociales que la persona y/o pareja deben afrontar.

Casi todas las personas en algún momento de sus vidas necesitarán consejo sobre planificación familiar, por ello la enseñanza cuidadosa de los métodos anticonceptivos tiene un papel muy importante en proporcionar tal consejo.⁹

El alto índice de embarazos no planificados en adolescentes nos lleva a pensar que existe una falencia en los conocimientos sobre dicho tema, o que aunque existan buenas bases científicas estas no son llevadas a la práctica, por lo que es necesario identificar los niveles de conocimientos sobre métodos anticonceptivos de los adolescentes.

Es sin duda imprescindible conocer las acciones y conocimientos en torno a la prevención de embarazos pues si conocemos el origen del problema se podrá intervenir y ayudar a que la vida sexual y

reproductiva de las adolescentes sea la mejor, lo que representa el aporte práctico.

En consecuencia por su aporte teórico y práctico mencionado líneas arriba, se justificó plenamente el presente trabajo de investigación.

-
8. Eggleston E. Causas determinantes de embarazos no planeados en el Ecuador. Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar, número especial de 1999. The Alan Guttmacher Institute. Disponible en: <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/25spa00299.html>
 9. González-Labrador I, Miyar-Pieiga E. Consideraciones sobre planificación familiar: métodos anticonceptivos. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2001 Ago [citado 2009 Dic 11]; 17(4): 367-378. Disponible en:

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Antecedentes Internacionales:

García F, Alfaro A. (2000), llevaron a cabo un estudio descriptivo transversal por medio de encuestas en la ciudad de Albacete en España, cuya muestra fue de 186 alumnos de ambos sexos, para valorar la sexualidad y anticoncepción en jóvenes. Encontraron que el 57% de los estudiantes creen que los conocimientos sobre métodos anticonceptivos son suficientes, el 21% lo consideran regulares, mientras que el 18,3% manifestaron tener muchos conocimientos sobre el tema. En cuanto a los métodos más conocidos se encontraron el preservativo con el 100% y la píldora con el 98,9%. En cuanto a las fuentes principales de información sobre los métodos un 62,4% consideraron que la información obtenida por su cuenta fue poca y el 21,55% muy poca.¹⁰

Sánchez M, Ruiz P, Reyes C, Noci L. (2004), realizaron un estudio descriptivo por medio de encuestas en España sobre adolescentes y métodos anticonceptivos, con la finalidad de estimar el conocimiento que tienen los alumnos sobre este tema. Encontraron que el mayor porcentaje de los estudiantes consideraron como principal fuente de información a los medios de comunicación con un 50%, seguido de los amigos con un 37,5%, mientras que el 58,3% de ambos sexos tienen una buena información sobre los métodos anticonceptivos.¹¹

^{10.} García F, Alfaro A. Sexualidad y anticoncepción en jóvenes universitarios de Albacete. Rev. Iberoa. De fertilidad. [Serie en línea] 14(1): 3-8.

^{11.} Sánchez M, Ruiz P, Reyes C, Noci L. Adolescentes y métodos anticonceptivos. [En línea] Disponible:
<http://www.uco.es/organiza/centros/educacion/revistabru/brújula/articulos/noci3.pdf>.

Brasa A, Pérez C, Estepa J, et al. (2007), realizaron un estudio descriptivo transversal por medio de encuestas en España sobre la contracepción de emergencia una perspectiva desde la adolescencia, con la finalidad de describir el grado de conocimiento, actitudes y practicas acerca de la anticoncepción de emergencia y encontraron que el grado de conocimiento fue de 3,9%, mayor en mujeres y la fuente principal de información fueron los medios de comunicación con el 45,3% pero las más deseadas fueron las de los profesionales sanitarios con el 86,3% y el 66,1% prefiere obtenerla en centros especiales para jóvenes. Además concluyeron que el grado de conocimiento sobre anticoncepción de emergencia es bajo ya que un alto porcentaje no consideró el método como de emergencia.¹²

Cleto M, Mota C, Peguero I, et al. (2002), Llevaron a cabo un estudio prospectivo por medio de encuestas en República Dominicana, acerca del conocimiento sobre métodos anticonceptivos en una población constituida por 83 estudiantes y encontraron que el método anticonceptivo más conocido fue el preservativo con un 55,3% seguido por las pastillas anticonceptivas con un 24% estando de acuerdo la mayoría que el preservativo es el método más eficaz. La edad más común de los que aceptaron responder la encuesta fue de 16-20 años con un 75,9% en el sexo femenino y un 65% en el sexo masculino. Además concluyeron que los jóvenes de educación media tuvieron un pobre conocimiento sobre métodos anticonceptivos.¹³

Varona N. (2004), realizó un estudio descriptivo en Cuba, por medio de encuestas sobre adolescencia, sexualidad y anticoncepción y los conocimientos sobre el tema. La muestra estuvo constituida por 665 adolescentes en edades comprendidas entre 12 y 19 años.

^{12.} Brasa A, Pérez C, Estepa J, Menéndez M. Contracepción de emergencia. Una perspectiva desde la adolescencia. Rev. Index enferm. [Serie en línea] 16 (56): 1132-1296. Disponible: <http://www.Scielo.isciii.es/scielo.ohp?pid=s1132-12902007006100005&scrip.sci-arttext>.

^{13.} Cleto M, Mota C, Peguero I, Peguero M, Placencio M. Conocimientos sobre métodos anticonceptivos en una población de estudiantes. Rev. Med. Dom.[Serie en línea] 63 (1): 17-18. Disponible: <http://www.bsvdo.intec.edu.do:8080/revistas/rmd/2002/63/01/RMD-2002-63-01-017-018.pdf>.

Encontraron que el mayor porcentaje de adolescentes recibieron información previa sobre el uso de métodos anticonceptivos a través de la radio y la televisión, con 30,5 %, seguidos por padres con 20,7 % y el 1,3 % refirieron no haber recibido información. Los métodos anticonceptivos más conocidos fueron los dispositivos intrauterinos, píldoras anticonceptivas y el preservativo.¹⁴

Coronel C, Matach N, Gandini I. (2005), realizaron en Argentina, un trabajo de investigación cualitativa descriptiva de corte transversal y prospectiva para conocer la información sobre cuidados de la salud sexual y reproductiva que poseen los estudiante de ambos sexos sobre el tema, la muestra estuvo constituida por un total de 163 estudiantes tomando en cuenta la edad y encontraron que el conocimiento que tenían sobre los métodos anticonceptivos se distribuye así: el 34,5% de ambos grupos conoce el preservativo y el 32% las pastillas anticonceptivas como los más usados. En cambio un 7,5% contestaron no conocer sobre el tema. Las principales fuentes de información son la familia con un 35,3%, los amigos con el 17% y la escuela con un 16,5% apareciendo el profesional de salud con un 11%.¹⁵

Martínez Y, Vargas Y, Badia A. (2007), realizaron un estudio de intervención promocional por medio de encuestas para contribuir a mejorar los conocimientos sobre métodos anticonceptivos en 67 adolescentes de ambos sexos con edades comprendidas entre 13-19 años y encontraron que existió predominio del sexo masculino entre los 17-19 años de edad con 53,7% donde el 19,9% consideraron importantes el conocimiento sobre el tema antes de comenzar la vida sexual activa, mientras que la mayor parte de ambos sexos consideraba lo contrario.

¹⁴. Varona N. 2004. Adolescencia, sexualidad y anticoncepción. [En línea] Disponible: <http://www.cbioetica.net/revista/51/510306.pdf>.

¹⁵. Coronel C, Matach N, Gandini I. Estrategias de información sobre cuidados de la salud sexual y reproductiva para la prevención del embarazo en la adolescencia. [En línea] Disponible: <http://www.editorial.unca.edu.ar/investigacion%20cientifica/salud/coronel%20cristina.pdf>

Antes de la intervención el 85,1% afirmaban no conocer los métodos, por el contrario después de la intervención el 100% afirmaban conocerlos. Las principales fuentes de información fueron los amigos con un 14,9% el 9% prefirió al personal de salud. Luego de la intervención fueron las fuentes impresas con un 58,2%.¹⁶

Molina I, Maure J, Reyes Y, et al. (2007), realizaron un estudio descriptivo de corte transversal, a través de encuestas para determinar el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos en 101 adolescentes entre 14-19 años de edad y se encontró que el nivel de conocimiento sobre el tema es bueno.

Predominaron en ambos sexos las edades entre 16-17 años con un 35,6% del sexo masculino y un 40,5% del femenino. También obtuvieron que el 100% conocían sobre los métodos y los más conocidos fueron el preservativo en un 100% el dispositivo intrauterino en un 84,1% y las píldoras con 76,2%. Las principales fuentes de información fueron los amigos con un 75,2% los medios de difusión masiva, los libros, revistas u otro material impreso en un 61,4% y 45,5% respectivamente.¹⁷

Fétis G, Bustos L, Lanas F, et al. (2008), realizaron un estudio de investigación de corte transversal en Chile, a través de cuestionarios para determinar los factores asociados al uso de anticonceptivos en estudiantes de enseñanza media de la comuna de Tamuco y encontraron que el 35,4% manifiesta haber tenido alguna vez relaciones sexuales, la edad de inicio promedio en mujeres fue de 15,5 años y en hombres de 14,3 años, de estos el 37% manifestó haber usado algún método en su primera relación sexual.

¹⁶. Martínez Y, Vargas Y, Badia A. Intervención promocional sobre anticoncepción en adolescentes del Instituto Básico del Puerto San José. [En línea] Disponible: <http://www.revistasciencias.com/publicaciones/EEZPZEOFPaweIzfugph>.

¹⁷. Molina I, Maure J, Reyes Y, Galván M. Nivel de conocimientos sobre los métodos anticonceptivos en adolescentes del politécnico "Oswaldo Herrera". [En línea] Disponible: <http://www.uvfajardo.sld.Cu/Members/imolina/nivel-de-conocimientos-sobre-los-metodos-anticonceptivo-en-adolescentes-del-p-129k>.

El 17% refiere actividad sexual actual, 41,9% en mujeres y 58,1% en hombres. Además el 51,2% usan algún método anticonceptivo.¹⁸

Moreno J, Rangel D. (2010), realizaron un estudio descriptivo prospectivo transversal de “Conocimiento sobre métodos anticonceptivos en estudiantes de 9no grado de la U.E. Nuestra Señora de Lourdes”, en una muestra de 100 adolescentes, concluyeron que entre las edades de 13 - 14 años se evidenció un conocimiento excelente con 58,1%, mientras que el sexo femenino se observó un 62,7% que calificó excelente. En lo que respecta a la procedencia de la información el 45,0% del sexo femenino y el 44,8% del sexo masculino obtuvieron la información a través de los medios de comunicación; mientras que el 42,9% del sexo masculino y el 39,2% del sexo femenino prefieren recibir la información a través de la escuela. Hubo diferencias representativas en el uso de métodos anticonceptivos en cuanto al sexo, el 90,2% del sexo femenino no utilizan, en cambio el 46,9% del sexo masculino si utilizan métodos anticonceptivos.¹⁹

Chamorro L. (2012), desarrolló un estudio de tipo descriptivo de cohorte transversal, denominada: Conocimientos sobre métodos anticonceptivos y utilización del condón en la primera experiencia sexual de adolescentes varones y mujeres que son estudiantes de los quintos cursos del Colegio Nacional “José Julián Andrade” de la provincia del Carchi de enero a julio del 2012. Se aplicó una encuesta individual para la recolección de la información y se entrevistó a 133 adolescentes. Al finalizar el trabajo investigativo se concluyó que los estudiantes tienen poco conocimiento de los métodos anticonceptivos por lo tanto no están informados de la correcta utilización del condón.

^{18.} Fétis G, Bustos L, Lanás F, Baeza B, Contreras J, Hebel E, et al. Factores asociados al uso de anticonceptivos en estudiantes de enseñanza media de la comuna de Temuco. *Rev.chil.obstet.ginecol.* [En línea] 73(6):362-369 Disponible: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262008000600002&script=sci_arttext

^{19.} Moreno J, Rangel D. Conocimiento sobre métodos anticonceptivos en estudiantes de 9no año de la U.E. “Nuestra Señora de Lourdes”, Puerto Ordaz- Estado Bolívar, Venezuela, 2010. Citado el 20 de julio 2013, disponible en: <http://ri.biblioteca.udo.edu.ve/handle/123456789/2226>

El motivo por el que los estudiantes de este Colegio han iniciado su primera experiencia sexual se debe a la influencia de los factores sociodemográficos, socioculturales y psicológicos.²⁰

Ibacache G, Sanhueza T, Concha M. (2010), llevaron a cabo un estudio descriptivo transversal, no experimental en su Tesis titulada: Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva vinculadas con el embarazo adolescente, en estudiantes de 3 ° y 4 ° medio de los liceos de Río Negro de Chile. Octubre 2009 - Enero 2010. La selección de la muestra fue mediante muestreo aleatorio simple y al finalizar su investigación en relación a los conocimientos en salud sexual y reproductiva, más del 90% de los adolescentes de ambos sexos conoce al menos un método anticonceptivo, siendo los más conocidos la píldora (59,6%) y el condón (72,5%). En cuanto a las ITS, destaca el alto nivel de conocimiento de ellas en ambos sexos; las más mencionadas el VIH, gonorrea y sífilis. Se concluye que ambos liceos estudiados presentan diferencias significativas respecto a los conocimientos en algunos aspectos de la salud sexual y reproductiva que han sido estudiados, lo cual influye en las prácticas sexuales de ambos sexos.²¹

Antecedentes Nacionales:

Wanda R, Quispe A, Quispe G. (2003), realizaron una investigación titulada “Conocimientos, actitudes y practicas sobre sexualidad en la población Adolescente” en una muestra de 108 adolescentes, concluyeron que; 47% son varones y 53% son mujeres.

La edad media fue 16.5 años. El 16,7% desconoce los métodos anticonceptivos, el 19,4% conoce y utiliza estos métodos.

20. Chamorro L. Conocimientos sobre métodos anticonceptivos y utilización del condón en la primera experiencia sexual de adolescentes varones y mujeres que son estudiantes de los quintos cursos del Colegio Nacional “José Julián Andrade” de la provincia del Carchi de enero a julio del 2012. Artículo Científico. Universidad Técnica del Norte Facultad Ciencias de la Salud Escuela de Enfermería. Ecuador.

21. Ibacache G, Sanhueza T, Concha M. Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva vinculadas con el embarazo adolescente, en estudiantes de 3 ° y 4 ° medio de los liceos de Río Negro de Chile. Octubre 2009 –enero 2010. Tesis para obtener Grado de Licenciada/o en Obstetricia y Puericultura. Universidad Austral de Chile. Facultad de Medicina Escuela de Obstetricia y Puericultura. 2010.

El 56,5% demuestran buen nivel de conocimientos de sexualidad, el 35,2% demuestran regular nivel de conocimientos, 8,3% demuestra desconocimiento. Respecto a la actitud el 44,4% de los adolescentes demostraron buena actitud, 54,6% demostró regular actitud y 0,9% demostró una actitud negativa.²²

Bazán V. (2004), señala que el primer factor a considerar es el conocimiento sobre métodos anticonceptivos. Los resultados señalan el conocimiento general en adolescentes con embarazo no planificado inadecuado en 73.7% ($p < 0.05$; OR: 4.9), mientras que en las adultas es de 36.4%. En las entrevistas se evidenció que las adolescentes, en su mayoría, reconocían los métodos anticonceptivos (46.2%), pero desconocían totalmente su forma de uso; también desconocían sus efectos secundarios 69.3% y los lugares donde adquirir los métodos, así como sus proveedores 84.6%.

En cuanto a los obstáculos que se presentan para tener acceso a servicios de salud, la presencia de barreras reales fue de 42.3% en los casos y 38.5% en los controles. Las cifras obtenidas son similares en ambos grupos. Esto indica que el problema se origina en los servicios de salud y su cobertura en planificación familiar, ya que la alta demanda genera larga espera y el horario de funcionamiento es limitado. Las barreras percibidas se presentan en el 100% de los casos y en el 57.7% de los controles, impidiéndose así que las adolescentes acudan a los servicios de planificación familiar.²³

Soto V. (2006). En "Factores asociados al no uso del condón", Chiclayo, 2006, encontró en 171 adolescentes, según estado civil, que eran solteros un 68,7%; convivientes, un 19,6% y casados, 11,7%. En la edad del primer coito se encontró una mediana de 15,5 años y media de 16,3 años en los varones, edades más precoces que en las mujeres, cuya mediana fue 16,5 años y la media 17,2 años.

²². Wanda R, Quispe A, Quispe G. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad en la población Adolescente del distrito de Mollepata-Cuzco [trabajo para optar el título en medicina]. Cusco :Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco

²³. Bazán V. Relación entre uso de métodos anticonceptivos y el embarazo no planificado en adolescentes. Instituto Especializado Materno Perinatal 2004 – 2005, sisbib

Los varones informaron, en su mayoría, que la primera relación sexual fue de común acuerdo (48,7%), mientras que las mujeres lo consideraron por presión o insistencia de la pareja (63,8%), dando a entender que ellas no hubieran deseado esa relación; los varones indicaron que por presión de ellos fue sólo en 26,9% de los casos. El uso del condón no fue considerado en la primera relación sexual en 56% de los encuestados; fue mayor en las mujeres (70,4%) que en los varones (42%). La práctica del coito anal fue informada como ocasional por la tercera parte de todos los encuestados.²⁴

Araujo V, Luna D, Echazu C, et al. (2008), realizaron un estudio descriptivo transversal, en diez instituciones educativas nacionales del distrito El Agustino (Lima), aplicándose una encuesta a adolescentes hombres y mujeres (n=1109), indagando acerca de conocimientos de planificación familiar, métodos anticonceptivos, ITS, inicio de actividad sexual y comunicación familiar con los padres acerca de sexualidad. Se reveló, conocimientos sobre sexualidad calificados como malos en 50% (n=632) y muy malo 15.5% (n=172). El inicio de la vida sexual activa fue 17.9% (n=199), con una edad promedio de 14.5 años, los cuales el 83% (n=165) habían tenido relaciones sexuales de riesgo (sin protección de preservativo). La comunicación familiar entre padres y adolescentes fue 19.4% (n=215) mala y 76% (n=843) muy mala. La comunicación familiar entre padres y adolescentes en conocimientos sobre sexualidad, demostró que adolescentes con regular y mala comunicación familiar (95.4% n=1058), tienen conocimiento malo y muy malo (70.1% n=778); la comunicación familiar entre padres y adolescentes sobre relaciones sexuales de riesgo, evidenció que adolescentes con regular y mala comunicación familiar (95.9% n=1064), tienen mayor frecuencia de inicio de actividad sexuales (16.5% n=182), y más frecuencia de relaciones sexuales sin protección (13.9%; n=154).

²⁴. Soto V. Factores asociados al no uso del condón: estudio en adolescentes adultos y jóvenes de Chiclayo .An. Fac.med 2006,67,(2).152-159.

El grado de conocimientos sobre sexualidad versus relaciones sexuales de riesgo reveló adolescentes con grado de conocimiento malo y muy malo (72.5% n=804); tienen mayor frecuencia al inicio de actividad sexuales 9.1% n=100 y sin protección 7.8% n=86.²⁵

Vanegas L. (2012), realizó una investigación de tipo descriptivo, correlacional y de corte transversal, sobre “Factores sociodemográficos y su relación con los conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes de la Institución Educativa Mariscal Cáceres”, tomando como muestra 239 adolescentes, que presentaron un nivel de conocimiento alto (39,7%) y mostraron una actitud favorable (51%); además los factores sociodemográficos estudiados tales como: la edad, grupo juvenil y persona que hablo sobre sexualidad al adolescente se relaciona con los conocimientos y actitudes en la sexualidad siendo ($P < 0,05$).²⁶

Delgado E. (2014), realizo un trabajo de investigación para determinar el grado de asociación entre el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos con los factores sociodemográficos en estudiantes adolescentes del 5to año de secundaria de la Institución Educativa Nacional Nicolás La Torre. La investigación fue de Tipo descriptivo, de corte transversal. La población estuvo representada por 181 adolescentes de 5to año de educación secundaria de la Institución Educativa “Nicolás La Torre”, y la muestra de la investigación con la que se trabajó fue de 125 adolescentes. En cuanto a los resultados se encontró que en el 48%, el método 100% eficaz para prevenir el embarazo es el preservativo; el 92%, el preservativo en la relación sexual previene el embarazo, las enfermedades de transmisión sexual y el Sida.

25. Araujo V, Luna D, Echazu C, Salazar A, Santa María A, Solano I, et al. Conocimientos de sexualidad, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar en adolescentes de instituciones educativas nacionales del distrito El Agustino. Lima-Perú. Rev. Horizonte. Médico. [serie en internet]. 2008 [citada 2009 diciembre 02]; 7(2): 79. Disponible desde: www.medicina.usmp.edu.pe/horizonte/2007-

26. Vanegas L. “Factores Sociodemográficos y su Relación con los Conocimientos y Actitudes Sexuales de los Adolescentes de la Institución Educativa Mariscal Cáceres”, Tacna 2012. Citado el 20 de julio 2013, disponible en: <http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/handle/unjbg/167>

El 96% está de acuerdo en el uso de los métodos anticonceptivos. Se concluye que el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en estudiantes adolescentes del 5to año de secundaria de la Institución Educativa Nacional Nicolás La Torre de Chiclayo es relativamente alto. Los factores sociodemográficos en estudiantes adolescentes del 5to año que se relacionan con el conocimiento sobre métodos anticonceptivos, son: la edad, la religión y el tipo de familia.²⁷

Antecedentes Locales.

Cersso K. (2016), realizó un estudio con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento sobre el método anticonceptivo Implanon en los estudiantes del VII y VIII Ciclo de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas de Ica en el año 2016. Estudio descriptivo, no experimental de corte transversal, cuanti-cualitativos. La muestra estuvo conformada por 40 estudiantes. Como técnica se utilizó la entrevista y como instrumento un cuestionario con 5 preguntas sociodemográficas y 20 preguntas que analizan el nivel de conocimiento del método anticonceptivo en estudio. La escala de valoración del conocimiento fue: Excelente: 18-20, bueno 15-17, regular: 11-14 y malo: 0-10. Reportando los siguientes resultados: Edad entre los 22 y 28 años: $X = 25$, sexo 95% femenino y 5% masculino, estado civil 72.5% solteros, 15% casados y 12.5% convivientes; lugar de procedencia 77.5% urbano y 22.5% rural. Con respecto al conocimiento sobre el método anticonceptivo limpiaron: Globalmente 65% tiene un regular conocimiento, 15% un buen conocimiento y 20% posee un mal conocimiento. Por dimensiones: Generalidades sobre el método: el 67% tiene un buen conocimiento y el 33% un mal conocimiento; Aplicación del método: 63.93% tiene un buen conocimiento y 36.07% un mal conocimiento; cuidados generales del método: 55% tiene un buen conocimiento y 45% un mal conocimiento. Concluyo que el conocimiento que tienen los estudiantes del VII y VIII Ciclo sobre el método anticonceptivo Implanon es regular.

²⁷. Delgado E. Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y factores sociodemográficos en adolescentes del Colegio Nacional Nicolás La Torre. (Tesis de pregrado). Lima-Perú, Universidad San Martín de Porres.2014.

Se recomienda fortalecer a las autoridades fortalecer los programas y actividades educacionales para mejorar dicho conocimiento, de gran importancia en el campo de la Planificación familiar de la población.²⁸

Aquije P. (2013), realizó un estudio descriptivo en 200 alumnas de la escuela profesional de obstetricia a fin de determinar el nivel de conocimiento sobre anticoncepción oral de emergencia y uso que tienen las alumnas de obstetricia de la Universidad Alas Peruanas filial Ica en setiembre del 2013, llegándose a las siguientes conclusiones que el 16% de las encuestadas tienen un nivel alto sobre el conocimiento del mecanismo de acción de la anticoncepción oral de emergencia, 37% el nivel es medio y 47% tienen nivel bajo. El 35% de las encuestadas tienen un nivel alto de conocimiento sobre el modo de empleo correcto de la anticoncepción oral de emergencia, 40% el nivel es medio y 25% tienen nivel bajo. Las náuseas es el síntoma más conocido que se presenta como efecto secundario de la anticoncepción oral de emergencia, seguido de sangrado vaginal irregular, dolor de mamas, cefalea, adelanto de la menstruación, sangrado vaginal exagerado, dolor abdominal, y finalmente otros relacionados con vómitos, dolor en las pantorrilla y nerviosismo, no manifestando síntomas extraños a lo referido en la literatura. El 61% de las sexualmente activas la usó en un intervalo de 1 a 4 veces durante un año. 25% entre 5 a 8 veces y 14% entre 9 a 12 veces. El 25.5% de las entrevistadas tienen un nivel de conocimiento alto sobre la anticoncepción oral de emergencia, mientras que el 38.5% tienen conocimientos medios y el 36% tienen nivel bajo de conocimiento sobre la anticoncepción oral de emergencia.²⁹

28. CERSSO K, "Conocimiento sobre el Método Anticonceptivo Implanon en los estudiantes del VII Y VIII ciclo de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas, Ica 2016." (Tesis de Pre grado). Ica-Perú. Universidad "Alas Peruanas" - Filial Ica, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Obstetricia, 2016.

29. Aquije P, "Conocimiento y Usos de la Anticoncepción Oral de Emergencia en las alumnas de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas – Filial Ica Setiembre 2013". (Tesis de Pre grado). Ica-Perú. Universidad "Alas Peruanas" - Filial Ica, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Obstetricia, 2013.

Muñante D. (2013), realizó el trabajo de investigación “Anticonceptivos de Progesterona sola y Efecto sobre el Peso de las Usuaris Hospital Santa María del Socorro de Ica, marzo - julio 2013, La muestra estuvo conformada por 121 usuarias, seleccionándolas de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión descritos en el trabajo.

Al realizar la recolección de datos se utilizó la técnica de muestreo aleatorio simple recolectando la información de una ficha epidemiológica pre establecido obteniendo los datos de las Historias Clínicas de las pacientes realizando una revisión exhaustiva los cuales fueron procesados utilizando el chi - cuadrado.

De las 121 pacientes que tuvieron aumento de peso se encontró que en el procesamiento con Chi cuadrado el valor calculado es 93.2 siendo mayor que el X^2 de tabla (3.84), por lo que se rechaza la H_0 y se acepta H_1 . La presente investigación concluye que existe una relación directa y significativa entre la anticoncepción de progesterona sola y el aumento de peso de las usuarias en el Hospital Santa María del Socorro de Ica de marzo - julio 2013.³⁰

Ballero F. (2013), realizo un trabajo de investigación con el objetivo de Determinar el nivel de conocimiento y aceptación del condón femenino en la población femenina del centro de salud La Palma Grande Julio - Diciembre 2013. Estudio observacional, descriptivo y prospectivo en usuarias de planificación familiar del Centro de Salud de la Palma Grande entre Julio a Diciembre del 2013 para verificar el conocimiento y aceptación que tienen sobre el condón femenino. La muestra fue Censal, La recolección de datos fue mediante la realización de una encuesta a través de una ficha previamente elaborada donde se consignaron datos necesarios para nuestro estudio. La información fue analizada con tablas y gráficos de frecuencia simple y compuesta para su interpretación. Los resultados se presentan mediante tablas y gráficos realizados en Word y Excel 2007.

³⁰. Muñante N, “Anticonceptivos de Progesterona sola y efecto sobre el peso de las usuarias Hospital Santa María del Socorro de Ica, Marzo – Julio 2013”. (Tesis de Pre grado). Ica-Perú. Universidad “Alas Peruanas” - Filial Ica, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Obstetricia, 2014.

Reportando como resultados y conclusión de que las usuarias no conocen y no aceptan el condón femenino en un 89.2%, observando que las edades que no conocen este métodos se encuentran entre 19 a 30 años con 38% y las que conocen entre 31 a 40 años en un 7.4%, las amas de casa constituye el 46.6%; el grado de instrucción predominante es de secundaria con 44.6%, en relación a la paridad el 38.8% estuvo constituida por multíparas, el lugar donde se informaron fue en el centro de salud con el 53.8%, manifestando que no hay mucha información sobre este método anticonceptivo el 61.5%.³¹

2.2. BASES TEORICAS:

2.2.1. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Concepto

Un método anticonceptivo es aquel que impide o reduce la posibilidad de que ocurra la fecundación o el embarazo al mantener relaciones sexuales. Por lo general implica dispositivos o medicamentos en las que cada uno tiene su nivel de efectividad. La pareja es la que decide cuántos hijos tener al dejarlos de usar; la mayoría de métodos son reversibles salvo que sea quirúrgico; considera que los métodos anticonceptivos tienen hormonas que no producen ningún daño, pueden ser reversibles y temporales.

Según la OMS los métodos anticonceptivos reducen la mortalidad materna y mejora la salud de las mujeres ya que previenen los embarazos no deseados y los de alto riesgo, disminuyendo así la práctica de aborto realizado en condiciones de riesgo. Define que un método anticonceptivo es cualquier forma de impedir la fecundación o concepción tras un coito. También se llama contracepción o anticoncepción.³²

³¹. Ballero F, "Nivel de Conocimiento y Aceptación del Condón Femenino en Mujeres del Centro de Salud "La Palma Grande – Ica" Julio – Diciembre 2013" (Tesis de Pre grado). Ica-Perú. Universidad "Alas Peruanas" - Filial Ica, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Obstetricia, 2014.

³². OMS, Organización Mundial de la Salud. Mejorando el acceso a la calidad de atención en planificación familiar. Criterios de elegibilidad médica para el uso de anticonceptivos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1996.

Clasificación de los métodos anticonceptivos:

- REVERSIBLES
- IRREVERSIBLES

1. Reversibles

1.1 Naturales

Son métodos en que no se utiliza ningún anticonceptivo y están basados en la abstinencia periódica. Se limita a tener relaciones sexuales en los días no "peligrosos", los días en que no existe ningún riesgo de embarazarse. Para que este método sea más o menos seguro se deben conocer los días "peligrosos", para lo cual existen diversas formas. Los métodos se basan en lo siguiente: un óvulo vive durante un lapso de 24 - 48 horas. Solamente durante este periodo el óvulo puede ser fecundado por los espermatozoides. Los espermatozoides viven un periodo de aproximadamente 48 a 72 horas después que han sido liberados en la vagina.

Solamente en este periodo los espermatozoides pueden fecundar el óvulo. Es entonces durante 4-5 días de cada ciclo se puede desarrollar una concepción. En la práctica, sin embargo, los días "peligrosos" o fértiles son mayores por la irregularidad del tiempo de ovulación. Según MINSA, Es la abstinencia periódica, consiste en no tener relaciones sexuales los días cercano a la ovulación en los días fértiles.³³

1.1.1 Método del ritmo o regla

Es la abstinencia de contacto sexual los días fértiles, es aconsejable en mujeres que tienen menstruación regular. El método del ritmo se basa en no tener relaciones sexuales durante los días fértiles de la mujer. Es aconsejable para las mujeres que tienen sus reglas o menstruaciones regulares, de 27 a 30 días. La regla o menstruación es regular cuando vienen todos los meses siempre después de una misma cantidad de días. "La regla" es un instrumento que ayuda a ubicar con precisión los días fértiles para evitar las relaciones sexuales en esas fechas, y también los días infértiles. Para usarla correctamente se ubica en una de las caras de "la Regla" el mes en que empezó la regla. Luego se corre la reglilla interna hasta colocar el 1er día de la menstruación de la ventanilla circular.

aparecerá automáticamente en la ventana alargada los días de riesgo de embarazo. Todos los días y hasta que aparezca la próxima regla, se puede tener relaciones sexuales sin riesgo.³³

1.1.2 Calendario (Ogino-Knaus)

Estudio previo de por lo menos 12 ciclos.

- Se restan 19 días al ciclo más corto.
- Se restan 11 días al ciclo más largo.
- Los días peligrosos están entre los dos días resultantes.
- Efectividad: IP -18-27. Inocuidad: Total. Aceptabilidad: Cada vez menor.

1.1.3 Método del Moco Cervical-Billings.

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. Dependen 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, viajes, etc.). Permite la percepción y detección precoz de anomalías hormonales metabólicas, infecciosas y sus efectos secundarios sobre fertilidad y salud en general.³⁴

Cómo se utiliza.

Forma de identificar el período fértil de acuerdo al método del moco cervical. La mujer debe observar diariamente la presencia de la mucosidad en sus genitales externos, siendo lo más 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, si se desea puede tomar el moco y observar su elasticidad entre los dedos.

³³. Bonacho I, Díez-Anca MJ, De La Piñera R, Castiñeiras S, Costoya MC, Baamonde D. Aspectos sociales, psicosexuales y anticonceptivos de 319 jóvenes. Progr. Obstet. Ginecol. 31-11, 1988.

³⁴. Ríos-Reyes A. Métodos anticonceptivos. [en línea] 2007. Disponible: en: <<http://www.geocities.com/amirhali/fpclass/anticonceptivos.htm>> [citado el 11 de diciembre de 2014].

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 término 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 descensos 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.³⁴

Efectividad. Tiene una Efectividad 2 – 20 Embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso perfecto.

Ventajas.

- Es natural.
- No tiene efectos secundarios.
- La pareja aprende sobre el ciclo de fertilidad de la chica.

Desventaja.

- No protege contra infecciones transmitidas por el sexo.
- Hay que velar y registrar el estado del moco cervical todos los días.
- Necesitas monitorear el ciclo menstrual por 6 meses antes de usar el método.

1.1.4 Método de lactancia materna y amenorrea.

Método natural, basado en la infecundidad temporal de la mujer durante la lactancia, cuya mayor eficacia se encuentra en los seis primeros meses. Promueve la liberación de la hormona prolactina, la cual favorece la amenorrea y la anovulación y consecuentemente una infertilidad fisiológica. Durante el periodo de lactancia, está presente en el cuerpo una hormona llamada prolactina que impide la ovulación. La amenorrea (ausencia de menstruación) durante la lactancia no es igual en todas las mujeres. En la lactancia se puede dar el embarazo ya que no se sabe con exactitud cuándo empezará el ciclo ovulatorio.³⁴

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 posparto.

Efectividad.

De cada 100 mujeres 2 se embarazan, en los primeros seis meses posparto.

Ventajas.

- Fácil de usar, muy 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 posparto.

Desventajas.

- La madre VIH (+) puede infectar al neonato a través de la lactancia.
- No previene ITS (Infecciones de Transmisión Sexual).

1.1.5 Temperatura basal.

El método de la temperatura basal consiste en recoger en tablas la temperatura corporal a lo largo del ciclo menstrual. De este modo se advierte el pico de temperatura producido por la ovulación. El periodo fértil abarca unos días antes y después de dicha evaluación, por lo cual el resto podrían considerarse "días seguros" para mantener relaciones sexuales sin riesgo de embarazo.³⁵

³⁵. Balnearia. [clinicasabortos.com](http://www.clinicasabortos.com) [en línea]. Disponible en: <http://www.clinicasabortos.com/métodosanticonceptivosllsub28>.

1.1.6 Coito interrumpido.

Consiste en retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación. No es recomendable, porque al retirar el pene de la vagina puede quedar esperma y quedar embarazada la mujer.³⁵

Efectividad.

Tiene una Efectividad 75% - 80%.

Ventajas.

- No representa ningún costo.
- No tiene riesgos para la salud.
- Puede usarse junto con óvulos espermicidas para mayor efectividad.

Desventajas. No es tan seguro, ya que el líquido pre-eyaculatorio que sale del pene durante la excitación, puede contener espermatozoides aunque en menor cantidad.

En el momento de la eyaculación, puede salir un poco de semen antes de retirarlo de la vagina.

Exige un control absoluto del hombre durante la relación, lo que generalmente no es fácil de controlar.

- Interfiere con la respuesta sexual de ambos.
- Ocasiona tensión y ansiedad durante la relación.

1.2. Barrera

Son aquellos que aplicados sobre el aparato genital masculino o femenino bloquean temporalmente la entrada de los espermatozoides en el tracto genital o bien evitan su ascenso más allá del orificio externo del cérvix.³⁶

Entre los métodos de barreras tenemos:

- Químicos
- Físicos

1.2.1. Químicos

Inactivan o matan a los espermatozoides (pero no bloquean la entrada). Son los Espermicidas (cremas, supositorios, espumas, geles, films, etc.). Se utilizan unidos a métodos físicos, solos tienen muy poca eficacia.³⁶

³⁶ Roca A. Planificación Familiar. Anticoncepción. En Guía de Actuación en Atención Primaria, cap. 6, p. 309-19, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Segunda Edición 2002.

1.2.1.1. Espermicidas

Son agentes químicos que se insertan en la vagina antes del coito (no mucho antes, ya que si no perderían su acción) y que inactivan o matan los espermatozoides antes de que puedan alcanzar la parte alta del tracto vaginal. Pueden usarse solos (poco habitual) o conjuntamente con otro método físico de barrera (diafragmas, preservativo masculino, capuchones, etc.), se suelen utilizar con otro método de barrera porque son más efectivos, ya que sólo tiene un alto índice de fallo (15-20%).

Agentes activos: **Nonoxynol-9 (el más usado)**, Octoxynol-9, Menfegol y cloruro de Benzalconio.

Los espermicidas son poco utilizados en nuestro medio: Según la encuesta Schering sobre anticoncepción (2003) sólo un 0.1% de las mujeres en edad fértil (15-49 años) utilizan este método. Las más jóvenes (15-19 años) prácticamente no lo usan nunca, algunas incluso ni lo conocían.³⁶

Tienen una ligera acción bactericida y viricida, pero en ningún caso protegen frente a las ITS.

Efectividad

Presentan una tasa de fallas del 15-25%.

Ventajas

- Son económicos.
- De fácil aplicación.
- No requieren receta médica.
- No suelen producir molestias.
- También se utilizan como lubricante vaginal para las parejas que requieren una lubricación adicional.
- Pueden utilizarse como contraceptivos suplementarios durante el periodo de la ovulación. Por ejemplo, se puede utilizar un condón más un espermicida simultáneamente durante los días más fértiles

Desventaja

- El periodo de espera que requieren los óvulos resulta incómodo para muchas parejas.
- La sensación de calor que generan los óvulos puede resultar molesta.

- Las parejas aficionadas al contacto buco genital o sexo oral, pueden considerar desagradable el gusto de los espermicidas.
- El espermicida puede provocar alguna reacción alérgica local (rara vez) en la mujer o en su pareja.

1.2.2. Físicos

Impiden el acceso de los espermatozoides al cérvix uterino, mediante métodos físico

1.2.2.1. Preservativo

Mujer

Es una bolsa suave y holgada de **poliuretano** (pudiendo usarlo por tanto los alergias al látex), pre lubricada, de unos 15 cm. de largo y 7 cm. de ancho, que recubre toda la vagina. Lleva en los dos extremos dos anillos, uno externo que forma parte del borde inferior y permanece fuera del introito vaginal, cubriendo la vulva y otro interno localizado en la vagina, movable, destinado a facilitar la inserción y fijación del dispositivo. Es desechable, se puede usar hasta 6 veces, aunque la tasa de falla es mayor que la del preservativo masculino.³⁶

Efectividad:

Tasa de fallo entre un 15-22%.

Ventajas:

- Puede ser colocado antes del contacto sexual.
- Útil para mujeres que tienen riesgo de ITS (VIH) y sus parejas no quieren usar condones, ya que al tapar el anillo externo parte de los genitales externos (vulva) la protección es mayor ante condilomas acuminados, chancro y herpes genital.
- El poliuretano permite la transferencia del calor corporal y el uso de diferentes lubricantes sin riesgo de roturas.
- Puede usarlo cualquier mujer suficientemente motivada sin tener en cuenta su edad o paridad.

Desventaja

- En algunas posturas puede moverse o salirse.
- Origina ruidos durante el coito.

- Estéticamente es poco atractivo.

Hombre

Es una funda cilíndrica de látex + aditivos estabilizadores (que le van a otorgar cierta capacidad espermicida), con un reservorio en la parte superior para recoger la eyaculación y que en su parte inferior esta bordeado por un anillo más grueso que lo ajusta a la base del pene para evitar su desplazamiento durante el coito.

Según la encuesta Schering sobre anticoncepción (1997) el preservativo masculino lo utilizan un 42,5% de los varones comprendidos entre 15-49 años. Aconsejable en inicio de relaciones, relaciones esporádicas, y riesgo de ITS/VIH. Es eficaz frente al VPH y previene por tanto el cáncer de cuello de útero.³⁶

Además, se puede utilizar como elemento terapéutico en la eyaculación precoz masculina.

Efectividad

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

Falla de uso o uso típico 21 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.³⁷

Ventajas

- Protege de la ITS/VIH/VPH.
- Sólo hay que usarlo cuando se tienen relaciones.
- No requiere control médico.
- Se puede adquirir sin receta médica.
- Son de bajo costo y en centros de salud son gratuitos.

Desventaja

- Puede interferir en la espontaneidad del coito.
- Hay que usarlo en todos y cada uno de los coitos.
- Puede romperse y/o deslizarse.
- Puede producir alergia.
- Hay que preocuparse de tenerlos a mano.

³⁷. Norma Técnica de Planificación Familiar Lima, Ministerio de Salud, 2005. [90] p.; tab; ilus. <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/.../9.Norma%20Técnica%20de%20Planificación%20Familiar>.

- Puede afectar a la erección masculina.

1.2.2.2. Diafragma

Es un dispositivo de látex en forma de cúpula que en su borde exterior tiene un aro de metal firme pero flexible, que se adapta entre la pared posterior de la vagina (fondo de saco posterior) y la hendidura situada detrás del arco púbico, cubriendo el cuello uterino y la pared anterior de la vagina. Según la encuesta Schering sobre anticoncepción 2003 el diafragma solo lo usa un 0,1% de las mujeres. Requiere una experiencia para colocarlo, que hace que nuestro uso sea menor.³⁶

Modo de uso:

- El ginecólogo debe tomar medidas del cuello uterino para dar con la talla adecuada. Después del parto o de variaciones importantes de peso debe hacerse una nueva medida (ya que el cuello uterino puede cambiar de tamaño).
- Echar siempre crema espermicida en el interior del diafragma de forma que cubra abundantemente toda la cara interna y el borde del aro. Incluso se puede echar espermicida por su cara exterior.
- Se puede colocar una hora antes del coito.
- No retirar antes de 6 horas y no dejarlo más de 24 horas (por riesgo de infección).

Contraindican su uso:

- Prolapso uterino.
- Cistocele o rectocele.
- Alto riesgo de transmisión de VIH.
- Historia de shock séptico tras el uso de tampones.
- Menos de 6 semanas posparto.
- Infecciones urinarias de repetición.
- Alergia al látex o espermicida.

Efectividad:

Tasa de falla del 3%, esto en caso de que la mujer lo use correctamente, con espermicidas y lo coloque bien; en la práctica, da una tasa de error de hasta un 20%.

Ventajas

- Es un método que controla la mujer.
- No interfiere durante el coito.
- Se puede reutilizar muchas veces, lavándolo bien.
- Su colocación es sencilla.

Desventajas

- Se necesita entrenamiento y motivación para aprender a usarlo.
- Es necesario un conocimiento y manipulación de las estructuras vaginales.
- Hay que conservarlo en condiciones adecuadas, en cuyo caso puede durar entre 6 meses y un año.
- El empleo de crema espermicida puede resultar incómodo.

1.3. Hormonales

El anticonceptivo hormonal es el método más eficaz para controlar la fertilidad y evitar el embarazo. Los efectos de los anticonceptivos hormonales son totalmente reversibles una vez detenido el tratamiento. El anticonceptivo hormonal más popular se conoce comúnmente como la píldora. Otros métodos incluyen parches, inyecciones, implantes, sistema intrauterino (IUS) y la píldora de progestágeno (también llamada mini píldora).

Los anticonceptivos hormonales contienen versiones artificiales (sintéticas) de las hormonas. Ellas mimetizan el efecto del estrógeno y la progesterona en su organismo. Cuando se toman adecuadamente, interfieren con su ciclo mensual regular y evitan el embarazo.³⁴

Los anticonceptivos hormonales actúan de tres maneras:

- Impidiendo que sus ovarios liberen el óvulo.
- Espesando la mucosidad en su cerviz (cuello uterino), lo que dificulta más a los espermatozoides entrar a su útero y fertilizar al óvulo.
- Haciendo que el recubrimiento del útero sea demasiado delgado para permitir que un óvulo fertilizado se implante.

- Para utilizar cualquiera de estos métodos es importante la prescripción médica y saber que NO evitan las Infecciones de Transmisión sexual (ITS) incluido el VIH/SIDA.

1.3.1. Orales

- La **píldora anticonceptiva oral combinada**, que contiene estrógeno y un progestágeno, tomada una vez al día.
- La **minipíldora**, que contiene solamente un progestágeno, tomado también una vez al día.

Píldora oral combinada (COC).

Como su nombre indica en su composición se encuentran ambos componentes hormonales; estrógenos y progestágenos.

En términos generales la composición de estos preparados ha evolucionado a especialidades con bajas dosis de Etinilestradiol y progestágenos de segunda o tercera generación, manteniéndose la eficacia y reduciéndose considerablemente sus efectos adversos.

Hay algunos tipos de anticonceptivos orales combinados.³⁴

Forma clásica o combinada monofásica.

Todos los comprimidos tienen la misma cantidad de EE y progestágenos. Se tomará un comprimido diario durante 21 días consecutivos, cada envase posterior se empezará después de un intervalo de 7 días libre de toma de comprimidos.

Los ACO con dosis de 15mcg de EE; Mínesse® y Melodene® se han de tomar durante 24 días consecutivos y el intervalo libre de toma es de 4 días, durante el cual suele producirse una hemorragia por privación. Encontramos en el mercado dos grandes grupos: los preparados con dosis altas de estrógenos (EE: 0.05 mg) y un gestágeno de segunda generación y, los preparados con dosis bajas de estrógenos y un gestágeno de segunda o tercera generación; existe también un preparado con acetato de ciproterona.³⁸

³⁸. Navarro I, Morera J. Los anticonceptivos orales: criterios de selección, utilización y manejo.

- **Bifásicos.**

Los comprimidos tienen distinta dosis hormonal en los primeros comprimidos que en los últimos, ajustándose más a las fluctuaciones hormonales del ciclo menstrual. Los 7 primeros comprimidos tienen una determinada cantidad de EE y gestágeno para aumentar la dosis de gestágeno y disminuir la de EE en los 15 comprimidos siguientes. Se tomará 1 comprimido al día durante 22 días consecutivos. Los envases sucesivos se inician inmediatamente después de dejar un intervalo libre de toma de 6 días.³⁸

- **Trifásicos.**

Los comprimidos presentan distintas dosis de ambos componentes, dependiendo de la fase del ciclo menstrual, ajustándose más al ciclo fisiológico de la mujer. Así, se parte de una determinada dosis de estrógeno y progestágeno en los 6 primeros días, que aumenta en los 5 comprimidos siguientes, para finalizar, en los 10 últimos disminuyendo la dosis de estrógeno y aumentando la del gestágeno. Todos los preparados de este grupo presentan dosis bajas de EE y un gestágeno de segunda o tercera generación. La seguridad de estos preparados es similar a los monofásicos. El tratamiento consiste en ciclos de 21 días de toma diaria de un comprimido recubierto, separados por intervalos de 7 días de descanso.³⁸

Efectividad: muy seguro.

Ventajas.

- Fácil de usar.
- Disminuye los dolores menstruales.
- Regulariza el ciclo.
- Beneficios no contraceptivos de la píldora.

Desventajas.

- No se puede olvidar ninguna toma.
- La eficacia puede disminuir en caso de vómitos y/o diarrea.
- Tu médico te informará en caso de que tengas intolerancia o contraindicaciones uso de hormonas anticonceptivas.

Mini píldora.

Su efecto anticonceptivo se basa en la administración de dosis bajas de un progestágeno de tercera generación (75mcg Desogestrel) durante 28 días

consecutivos. Por lo que no existen periodos de descanso entre los ciclos.
(Navarro Gótiiez)

Debido a que poseen menor eficacia que los AH combinados (Índice de Pearl=2), su uso se limita a:

- En mujeres con fertilidad disminuida.
- En caso de existir contraindicaciones para la toma de estrógenos.
- Puede estar indicado en la lactancia, ya que no la afecta.

Normas de uso:

- El primer comprimido se tomará el primer día de la menstruación (también puede comenzar entre los días 2 y 5, en cuyo caso se aconseja un método anticonceptivo de barrera durante los 7 primeros días de tratamiento).
- Posteriormente, se toma 1 comprimido al día de forma continua, independientemente de que se puedan producir sangrados.
- Los comprimidos deben tomarse cada día aproximadamente a la misma hora de forma que el intervalo entre dos comprimidos sea siempre de 24 horas.
- Se empezará directamente un nuevo envase el día siguiente del anterior.

Ventajas:

- La toma diaria, sin descansos, favorece la adherencia al tratamiento.
- Puede ser utilizado en mujeres con limitaciones para la toma de estrógenos

Desventajas:

No se puede olvidar tomar ninguna píldora.

- Patrón de sangrado variable e impredecible (tendencia a disminuir frecuencia y número de días de sangrado)
- Tu médico te informará en caso de que tengas intolerancia o contraindicaciones al uso de hormonas anticonceptivas.
- Limitado por la posible aparición de patología gastrointestinal.

Píldora anticonceptiva de emergencia (PAE).

Las PAE están indicadas para prevenir el embarazo en las 72 horas posteriores a un acto coital sin protección, cuando no se ha utilizado un método anticonceptivo.³⁹

- Ha ocurrido un accidente en el anticonceptivo o se ha usado mal:
- Ruptura o mal uso del condón.
- Desplazamiento, ruptura o rasgadura del diafragma o su retiro antes de tiempo.
- Hay mal cálculo del método de abstinencia periódica.
- Hay expulsión del DIU.
- Ha ocurrido un caso de violencia coital.

Es fundamental saber que la pastilla del día después tampoco es una pastilla abortiva.

Efectividad. La eficacia de la pastilla del día después es casi del 100% cuando se toma en las 24 horas posteriores al coito de riesgo.

La ingesta de la pastilla del día siguiente no tiene efecto sobre posibles embarazos futuros, ya que la fertilidad de la mujer regresa de manera inmediata en el siguiente periodo.

Ventajas.

- Se vende en las farmacias sin necesidad de receta médica.
- No afecta a la fertilidad a largo plazo.
- No imposibilita la continuidad del uso diario de la pastilla anticonceptiva.
- En el caso de estar ya embarazada y no saberlo, si se toma la pastilla del día después no van a aumentar los riesgos de que el feto tenga defectos de nacimiento, tampoco en el caso de no estarlo y quedar embarazada aun tomando la píldora del día después.

Desventajas.

- Tras la toma se pueden sentir náuseas, dolor de cabeza.
- Sangrado irregular similar a la menstruación.
- Retención de líquidos.

³⁹. Melero A, Nadal G. Contracepción. En: Guía Práctica en Ginecología y Obstetricia. Lombardía Prieto J y Fernández Pérez M.a L. Cap. 17, Janssen- Cilag. p. 133-43.

- Puede que la menstruación siguiente llegue normalmente o se adelante algunos días. Sin embargo, si se retrasa algo hay que realizar un análisis de embarazo, pues es posible que se haya producido éste.
- No protege frente a enfermedades de transmisión sexual.

1.3.2. Inyectables.

Son hormonas contenidas en sustancias líquidas que se aplican intramuscularmente en el glúteo, por medio de una jeringa.⁴⁰

No todas las mujeres pueden utilizar las inyecciones anticonceptivas, como es el caso de:

- Mujeres con enfermedades del hígado, cardiovasculares, etc.
- Mujeres que padezcan diabetes, migrañas, depresión, etc.
- Aquellas mujeres que tengan 35 años o más.

Una vez que el anticonceptivo es inyectado, actúa a través de tres mecanismos de acción:

- Actúa adelgazando o atrofiando el endometrio.
- Engrosa el moco del cuello del útero.
- Actúa inhibiendo la ovulación.

Existen inyectables de dos tipos:

- **Combinados** (estrógeno y progestina), se inyectan de manera mensual contiene las dos hormonas.
- **Con una sola hormona** (progestina), se inyecta de manera bimestral o trimestral.

Efectividad. Las inyecciones anticonceptivas tienen una efectividad del 99.7% con el uso correcto, es una efectividad muy alta.

Ventajas.

- Con muy baja probabilidad de olvido.
- Reduce en la mujer el riesgo de que se le formen quistes en los ovarios.
- Puede dar protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria.

- Las inyecciones anticonceptivas protegen del embarazo en tan solo 24 horas, por lo que su efectividad es muy rápida.
- Reduce el sangrado menstrual.
- Las inyecciones trimestrales, por liberar solo progestágeno puede utilizarse durante la lactancia.
- Las inyecciones anticonceptivas pueden reducir los cólicos menstruales.
- Permiten espontaneidad en las relaciones sexuales, porque no interfieren en la misma.

Desventaja.

- Pueden influir en la menstruación de diferentes maneras, incrementándola, haciendo que disminuya o incluso que desaparezca.
- No protege contra las enfermedades de transmisión sexual.
- No se puede retrasar por más de tres días la inyección siguiente.
- La fertilidad no retorna de manera inmediata, una vez interrumpida su aplicación se deben esperar unos meses para poder quedarte embarazada, y en caso de las trimestrales puede demorarse hasta por un año después de haber suspendido las inyecciones.
- No es un anticonceptivo que se recomiende para mujeres que tienen enfermedades de la sangre y varices.
- Pueden producir migrañas o dolor de cabeza, vómitos, pérdida de sangrado menstrual, etc.

Inyectables combinados

Contiene los mismos tipos de hormonas de las pastillas anticonceptivas combinadas, pero su presentación es inyectable. Este medicamento es conocido como la inyección mensual, y muchas pacientes se refieren a él con el nombre comercial. Aunque hay varias inyecciones mensuales, Mesigyna es probablemente la más conocida. También se utiliza Yectames y Topasel, que son medicamentos similares pero con diferentes componentes. Esta inyección ejerce su efecto en tres niveles. Por un lado, impiden la ovulación; por otra parte, vuelven más espesas e impermeables las secreciones del cuello de la matriz, con lo cual se impide el paso de los

espermatozoides y, algunos creen que además adelgazan la capa interna de la matriz.⁴⁰

Uso correcto.

- La primera aplicación de la inyección debe ser en cualquiera de los primeros cinco días después de iniciada la menstruación.
- Si se inicia después del quinto día de la regla, debe usarse simultáneamente un método de barrera (condón u óvulos) durante los primeros siete días después de la inyección.
- Las inyecciones siguientes se aplicarán cada 30 días (más o menos 3 días), se presente o no la menstruación.
- Debe suspenderse su uso 45 días antes de practicarse una cirugía mayor y reiniciar su uso dos semanas después.
- Debe suspenderse su uso durante la inmovilización prolongada de una extremidad y reiniciar dos semanas después.

Inyectables con una sola hormona.

El nombre científico es Acetato de Medroxiprogesterona (DMP). Sin embargo, popularmente se la llama inyección de los tres meses. También se la conoce con uno de sus nombres comerciales: Depoprovera.

La Depoprovera bloquea la ovulación, pero también tiene efectos sobre la capa interna de la matriz y las secreciones cervicales, ejerce su efecto anticonceptivo veinticuatro horas después de aplicada la primera dosis. No se requiere de ningún otro método transitorio, siempre y cuando se aplique en los primeros cinco días de la menstruación.⁴⁰

Uso correcto.

- Se aplica en los primeros cinco días menstruales y luego cada noventa días si se trata de inyectables trimestrales, Si se trata de inyectables bimestrales, sus aplicaciones subsecuentes son cada dos meses.
- En el posparto, cuando la mujer está lactando, la aplicación de los inyectables de una sola hormona debe hacerse después de la sexta semana de la terminación del embarazo.

⁴⁰. Alba L. Salud de la adolescencia en Colombia: bases para una medicina de prevención, Bogotá (Colombia), 51(1): p 29-43.

- En el postaborto, la aplicación puede efectuarse de manera inmediata.

1.3.3. Implante

El implante anticonceptivo es un anticonceptivo utilizado por la mujer que no busca un embarazo por un periodo prolongado. Son cánulas o varillas de tamaño pequeño que se inserta por el médico debajo de la piel de la mujer. Esta cánula lo que hace es liberar de manera continua al torrente sanguíneo un componente hormonal para impedir la ovulación. Contiene una hormona de progestágeno denominada etonogestrel y no contiene estrógeno.

La inserción del implante anticonceptivo se realiza durante los primeros días de la menstruación, protegiéndote frente al embarazo. Lo realiza el médico dentro de su consultorio utilizando anestesia local. El número de tubitos depende de la marca del implante. Se introduce dentro de la piel pero sin llegar al músculo. No es un proceso doloroso.

La función principal del implante anticonceptivo es evitar la ovulación, cambiar el moco uterino volviéndolo más espeso y modificar la capacidad que tiene el útero para hospedar al embrión.³⁹

Existen dos presentaciones:

- **Implanon** es pequeño tubo que se inserta con un dispositivo especial en la cara interna del brazo no dominante, que libera diariamente pequeñas cantidades de un progestágeno llamado etonogestrel, a diferencia de los otros sistemas de implantes que liberan Levonorgestrel Debido a que se trata de un solo implante la duración de uso se limita a 3 años.³⁶
- **Jadelle** Consta de 2 tubitos que se insertan mediante una cánula especial que acompaña a los dispositivos. Su colocación no es tan sencilla, ya que requiere dos inserciones a través de una pequeña incisión cutánea, liberando lentamente y durante un tiempo de 5 años la hormona levonorgestrel.³⁶

Efectividad.- La efectividad del implante anticonceptivo es de un 99%, éste disminuye si se excede el tiempo de vida o aumenta el peso corporal de la mujer.

Ventajas.

- Excelente opción cuando hay contraindicación para el uso de estrógenos.
- Excelente elección durante la lactancia.
- Es un anticonceptivo a largo plazo, tiene una duración de 3 a 5 años. Aunque si se desea puede ser extraído por el médico antes de finalizado su tiempo.
- Gratuitos en los diferentes centros de salud.
- Sin efecto acumulativo del medicamento: al retirar los implantes se elimina toda medicación en cuestión de pocos días (unas 100 horas, dependiendo de la vida media del componente hormonal).
- Rápido retorno a la fertilidad.
- Amenorrea (ausencia de la menstruación): previene o ayuda a corregir la anemia.
- Regularizan los ciclos menstruales y sirven para tratar las menstruaciones dolorosas.

Desventajas.

- Como todos los métodos hormonales puede tener efectos secundarios como aumento de peso o cambios de humor.
- No protegen de ITS.
- En mujeres obesas hay que retirarlo antes.
- Se depende de un médico para su inserción y retiro.
- Probabilidad de reglas irregulares o manchadas entre menstruaciones.
- No es adecuado en caso de trombosis agudas, embolismos o enfermedades hepáticas severas.
- Puede producir quistes ováricos.
- Puede provocar dolores de cabeza o migrañas.
- Puede producir complicaciones locales en el lugar donde se insertó el implante.

1.4. DIU

Es un método anticonceptivo para evitar el embarazo, es un pequeño dispositivo de plástico, en las mujeres reduce la capacidad de fecundación de los espermatozoides interfiriendo la implantación del óvulo, en su extremo inferior lleva dos finos hilos para facilitar su extracción. Es un pequeño aparato que puede tener distintas formas, aunque el modelo más común es en forma de T. Hay dos tipos: ⁴¹

- El DIU T de cobre.
- El DIU hormonal.

1.4.1 DIU T de cobre

Descripción

Son dispositivos que se insertan en la cavidad uterina y liberan cobre. T de Cobre 380-A, que tiene una duración de 10 años.

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.

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.³⁷

1.4.2. DIU hormonal

Descripción

El Dispositivo Intrauterino de Levonorgestrel (DIU-LNG) es un pequeño dispositivo de plástico que se coloca en el útero y que tiene forma de T para una mejor adaptación a la cavidad uterina. En su extremo inferior lleva dos finos hilos para facilitar su extracción.

Mecanismo de Acción

Este dispositivo libera de forma continuada cantidades muy pequeñas de una hormona, Levonorgestrel, de características similares a las hormonas naturales que produce el organismo femenino. ⁴¹

⁴¹. Alfonso M, Mercedes G, José D. Atención Primaria de Calidad. Guía de bueht práctica clínica en Anticoncepcion.2005.

Efectividad

Tiene una Efectividad del 96%.

Ventajas

Puede ser utilizado por varios años de 5 a 10 años.

- Interfiere en la implantación del óvulo fecundado en las paredes del útero.

Desventajas

- Se requiere intervención del personal de salud (médico).
- Algunas experimentan calambres uterinos, aumento del flujo menstrual, riesgo de infección pélvica alérgica al cobre y perforación del útero.
- Una complicación más grave es el embarazo ectópico.

2. Irreversibles

2.1. Métodos quirúrgicos

Los métodos anticonceptivos quirúrgicos son aquellos que requieren de una operación.

Es la mejor técnica si se desea no tener más hijos. Se trata de un método anticonceptivo seguro y carente casi de efectos secundario. Tampoco es preciso consumir hormonas o sustancia alguna.³⁵

2.1.1. Vasectomía

La vasectomía es una operación de cirugía menor que pone fin permanente a la fertilidad masculina, mediante la sección y ligadura de los conductos deferentes. El resultado es la ausencia de espermatozoides en la eyaculación, evitando el embarazo.

El procedimiento es sencillo: se aplica anestesia local y se realiza una pequeña incisión (o dos en los costados) del escroto. Se extraen de su interior los conductos deferentes, se cortan y se ligan. Luego se vuelven a introducir en el escroto.⁴²

⁴² Wooley R, Araujo D. Anticoncepción. Procedimiento Vasectomía. En: Saunders Manual de Práctica Médica, Vol. I, cap. 111, Magraw. Hill. Interamericana. p. 519-38.

Efectividad.

La efectividad de la **vasectomía** es del 99%, aunque no es efectiva de manera inmediata, ya que para que la operación de vasectomía sea efectiva necesita una serie de eyaculaciones para liberar todos los espermatozoides que sean potencialmente fértiles.

Durante unos meses el hombre tendrá que utilizar un anticonceptivo complementario para evitar dejar embarazada a la mujer.

Ventajas.

- Es una intervención sencilla que no provoca dolor, puede provocar molestias durante unos días nada más.
- Es el anticonceptivo más seguro para el hombre, si se tiene claro que no se quieren tener más hijos.
- No interfiere en la relación sexual, ni en la capacidad de erección, en la libido, etc. No afecta en la capacidad del hombre para alcanzar el orgasmo.
- Las relaciones sexuales se pueden retomar una semana después de la intervención si todo ha ido bien, pero se recomienda utilizar otro anticonceptivo de barrera como el condón durante los dos o tres meses siguientes a la vasectomía porque hay que asegurarse que en la eyaculación no existan espermatozoides que puedan dejar embarazada a la mujer.

Desventaja

- No protege frente a las enfermedades de transmisión sexual.
- Pueden aparecer infecciones.
- Requiere de una pequeña intervención quirúrgica.
- Es un método definitivo.
- Comienza a ser efectiva luego de un corto período de tiempo después de la intervención.

2.1.2. Ligadura de trompas

La ligadura de las trompas es una técnica de esterilización para las mujeres. Este procedimiento cierra las trompas de Falopio, e impide que el óvulo recorra desde el ovario hasta el útero. También impide que los espermias

lleguen a las trompas de Falopio para fertilizar el óvulo. Al realizarse una ligadura de las trompas, las trompas de Falopio se cortan, queman, o se bloquean con anillos, bandas o grapas.³⁹

Existen dos tipos de procedimientos:

- **Ligadura de trompas laparoscópica.** El médico inyecta un gas inofensivo en el abdomen para inflarlo y así poder observar mejor los órganos internos. Luego procede a hacer una incisión e inserta un instrumento que tiene un lente y un sistema de iluminación llamado Laparoscopia para poder visualizar mejor dentro de la cavidad abdominal. Después el médico hace una incisión debajo del vello púbico e introduce un instrumento para alcanzar las trompas de Falopio. Para cerrar las trompas puede hacer una ligadura, sellar el tejido de costras, retirar una pequeña pieza de la trompa, o aplicar bandas plásticas o pinzas con resortes; y por último se hacen puntos de sutura. La operación dura de 20 a 30 minutos, deja una cicatriz pequeña y te puedes ir a casa el mismo día. Puedes volver a tener relaciones sexuales cuando te sientas cómoda. De cada 1000 casos un promedio de cada 5 puede resultar en lesiones intestinales y sangrado interno que requieren una cirugía mayor.
- **Mini laparotomía** es el método más común y requiere una incisión abdominal de 5 cm. Se tiene acceso a las trompas de Falopio a través de esta pequeña incisión. Puede ser efectuada: **postparto**, poco después del parto vaginal: útero aumentado de tamaño, trompas fácilmente accesibles. Se realiza incisión subumbilical 3-4 cm.

Efectividad

La ligadura de trompas tiene una efectividad del 99,2%. Si una mujer quedara embarazada tras la operación, habría un riesgo muy alto de que el embarazo fuera ectópico o extrauterino.

Ventajas

- Control de la natalidad permanente.
- Efectivo inmediatamente.
- Permite la espontaneidad sexual.

- Más económico a largo plazo.
- La operación es sencilla y lo normal es que te vayas a casa el mismo día de la intervención, aunque hay mujeres que deben quedarse un día en el hospital para estar en observación y asegurarse que todo está bien.
- La ligadura de trompas no interviene en la producción de hormonas.
- No interfiere en la libido, ni en las relaciones sexuales y tampoco en el orgasmo.
- Las mujeres que se someten a esta operación tienen menos riesgo de que se les desarrolle un cáncer de ovario.

Desventajas

- No protege contra las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA.
- Requiere cirugía.
- Hay riesgos asociados con la cirugía.
- Es irreversible.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.

Adolescente: El Psiquiatra Jay Giedd, refiere que el termino adolescente no se puede limitar a una sola definición, ser adolescente es una realidad biológica pero a su vez una invención cultural, los cambios que ocurren en el cerebro entre los 12 y los 20 años son importantes pero aun así existen razones fisiológicas para el comportamiento juvenil. Por otro lado la biología sólo plantea posibilidades o tendencias que crea “modelos juveniles” de la misma manera que inventa “modelos de familia” o “sistemas sentimentales”⁴³. Siendo así para el presente trabajo, el término adolescente está bajo los términos de una etapa con múltiples característica de cambios físicos o psicológicos, que van ligados a una construcción social, a un patrón cultural o un proceso psico-social.

⁴³. Marina J. La adolescencia como producto diseñado por el mundo adulto. En: fundación de ayuda contra la drogadicción. Congreso ser adolescente hoy. Libro de ponencias. p. 103. Disponible en Internet en: http://www.fad.es/sala_lectura/CSAH_P.pdf

Así mismo se establece relación con la definición dada por la Organización Mundial de la Salud

(OMS): "La adolescencia está comprendida entre los 10 y los 19 años de edad. Aunque esta 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" ⁴⁴

Conocimiento sobre métodos anticonceptivos: Conjunto de información que tienen los adolescentes sobre los métodos anticonceptivos.⁴⁵

Centro de salud: Es una unidad, un establecimiento de atención primaria de salud.⁴⁵

Métodos Anticonceptivos: Los métodos anticonceptivos son: "Herramientas diversas, generalmente de aplicación en la mujer que impiden la fecundación"⁴⁵. Según Profamilia; "Los métodos anticonceptivos son elementos, productos o procedimientos que pueden usar hombres o mujeres para regular la fecundidad y tener relaciones sexuales libres de riesgo"⁴⁶. Debido a que los adolescentes buscan es evitar el embarazo más que planificar el número de hijos se tomara para esta investigación, la primera definición mencionada.

Usos de métodos anticonceptivos: A partir de la definición básica de "uso" como: Emplear algo con un fin determinado, servirse de un objeto para realizar una acción con él y establecer que el valor de uso de un bien está fijado por sus condiciones naturales y la aptitud que posee un objeto para satisfacer una necesidad⁴⁶. Se concluye que para esta investigación este término se aplica al empleo de elementos, productos o procedimientos que mediante su uso impide o reduce la posibilidad de que ocurra la fecundación al tener relaciones sexuales.

⁴⁴. Organización Mundial de la Salud -OMS-. Adolescencia. Consultado en Internet en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/definic.htm>

⁴⁵. Diccionario. Disponible en: <http://www.sexuar.com.ar/diccionario/diccionario.htm>

⁴⁶. PROFAMILIA. Métodos anticonceptivos. Folleto de planificación familiar. Disponible en: http://www.profamilia.org.co/004_servicios/publicaciones.php?publicacionesPage=2

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. HIPÓTESIS

Debido a que el diseño de la investigación realizado es descriptivo no fue necesaria la formulación de una hipótesis, ya que esta no se someterá a prueba alguna (verificación de hipótesis), como si sucedería en un estudio de carácter analítico.

3.2. VARIABLES

3.2.1. VARIABLES INTERVINIENTES

Las variables de esta investigación son:

- a) Conocimientos sobre métodos anticonceptivos.
- b) Fuentes de información sobre métodos anticonceptivos.

3.2.2. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	ÍNDICADORES	VALOR FINAL	ESCALA
Conocimientos sobre métodos anticonceptivos	Píldora anticonceptiva	MALO REGULAR BUENO	Ordinal
	Condón	MALO REGULAR BUENO	
	Inyección de estrógenos	MALO REGULAR BUENO	
	Dispositivo intrauterino	MALO REGULAR BUENO	
	Método del ritmo	MALO REGULAR BUENO	
	Moco cervical	MALO REGULAR BUENO	
	Coito interrumpido	MALO REGULAR BUENO	
Fuentes de información de métodos anticonceptivos	Padres	Frecuencia porcentual	Razón
	Amigos		
	Profesores		
	Internet		
	Libros/revistas		
	Farmacias		
	Psicólogos		
	Establecimientos de salud		
	Otros. Especifique:		

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

TIPO DE INVESTIGACIÓN

- Según la manipulación de la variable: Es de tipo observacional - descriptivo
- Según la fuente de toma de datos: Es de tipo prospectivo
- Según el número de mediciones: Es de tipo transversal
- Según el número de variables o analizar: Es de tipo descriptivo

NIVEL DE INVESTIGACIÓN

De acuerdo al nivel se trata de una investigación descriptiva.

MÉTODO

Inductivo, pues se analizaron las variables en forma independiente y luego se emitió un juicio general.

4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

POBLACIÓN

La población del estudio está definida por la población de adolescentes asignada al Centro de Salud de Pachacutec, la cual es de 230 adolescentes.

MUESTRA

El tamaño de la muestra se obtuvo por criterios de inclusión , exclusión que es de 38 adolescentes.

Criterios de Selección

Criterios de inclusión:

- Adolescentes hombres y mujeres de 15 a 17 años cumplidos, que viven con permanencia por lo menos un año en el distrito Pachacutec.
- Adolescente que acuden a los diferentes servicios del C.S. de pachacutec.
- No interesa la condición civil.
- Puede o no tener hijos.
- Aceptación escrita de participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Adolescentes transeúntes.
- Adolescentes con capacidad disminuida para comunicarse.
- Adolescentes con problemas mentales.
- Edad menor a 14 años y mayor de 17 años.
- No desearon participar en el estudio.

4.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TÉCNICAS:

Teniendo en cuenta la naturaleza de la investigación se utilizó como técnica la ENCUESTA, en cuanto a la forma de aplicar la encuesta se utilizó el cuestionario escrito y auto administrado, porque tiene la ventaja de colocar a todos los sujetos encuestados en la misma situación psicológica, asegura comparabilidad de las respuestas, facilitando el examen y procesamiento.

INSTRUMENTOS:

El instrumento empleado fue un cuestionario modificado, **adaptado** por la investigadora, el mismo que fue elaborado por Alvarado A, et al. (2011)⁴⁷ que consta de: presentación e instrucciones, conocimientos y fuentes de información sobre métodos anticonceptivos; el

instrumentos fue sometidos a procedimientos de validación como juicio de expertos.

Validación del instrumento:

La **validez de contenido** se realizó en función a la revisión del conocimiento disponible sobre la temática propuesta.

Se realizó una **prueba piloto** para determinar que el instrumento de recolección de datos pudiera medir de forma adecuada lo que se espera.

Esta prueba se aplicó en una muestra de 5 adolescentes que acudieron al Centro de Salud de Pueblo Nuevo, con la finalidad de lograr los siguientes objetivos:

- Verificar si los ítems considerados en los instrumentos incluyen todas las variables necesarias para el estudio, además buscará tener información sobre si las alternativas son exhaustivas y excluyentes.
- Observar la pertinencia de los ítems (del instrumento) al entorno o a la especificidad del agente en estudio; la comprensión de los términos o palabras empleadas por los potenciales entrevistados.
- Verificar si el tiempo previsto es o no suficiente de acuerdo con la naturaleza del instrumento y la situación cultural de los entrevistados.
- Asimismo para verificar el aspecto de la receptividad de los reactivos de cada instrumento de los sujetos en estudio.
- La posibilidad de identificar potenciales sesgos en los resultados del instrumento.

⁴⁷. Alvarado A. "Conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención de embarazo en las estudiantes de la Escuela de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, Año 2010" (Tesis de pre grado). Cuenca-Ecuador. Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina ,2011

4.4. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

La base de datos fue sometido a un análisis estadístico, utilizando el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) para Windows versión 17.0 en Español.

La interpretación de los datos se hizo mediante el análisis estadístico de nivel descriptivo: Estimar frecuencias, porcentajes y promedios.

Se calcularon las distribuciones de frecuencias por variables y las tablas y gráficos se gestionaron en Excel 2010.

CAPÍTULO V

PRESENTACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

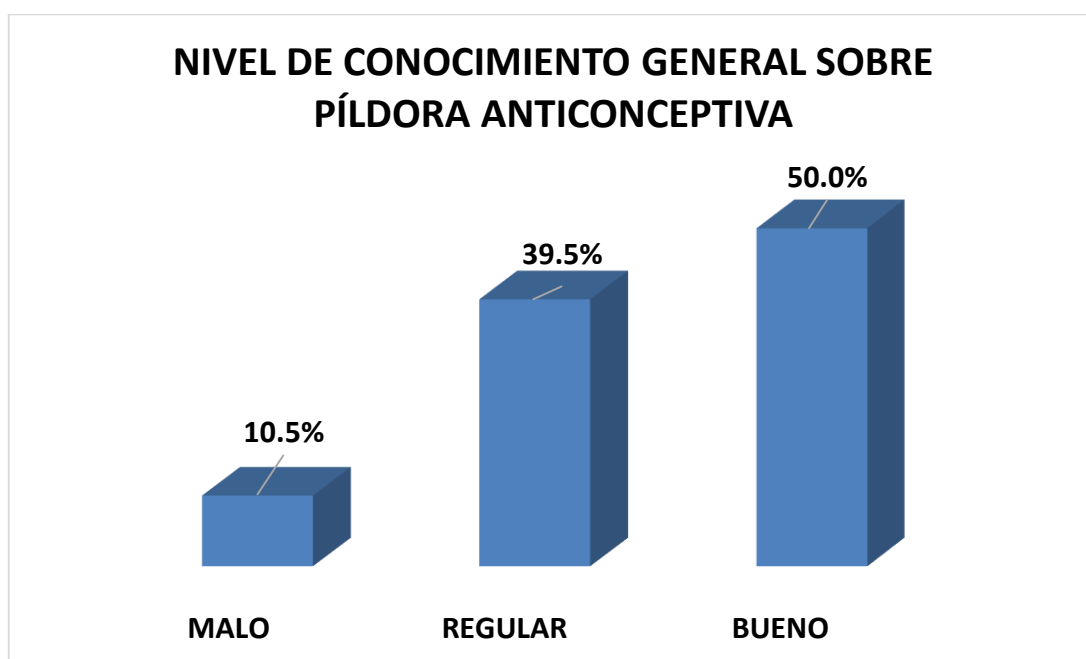
5.1. RESULTADOS

TABLA N° 01

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PÍLDORA ANTICONCEPTIVA

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
MALO	04	10.5%
REGULAR	15	39.5%
BUENO	19	50.0%
Total	38	100.0%

GRÁFICO N° 01



El gráfico muestra que en relación a conocimiento sobre píldora anticonceptiva el 10.5% (04) tienen conocimientos categorizados como malo, el 39.5% (15) están en la categoría regular y el 50.0% (19), en la categoría bueno.

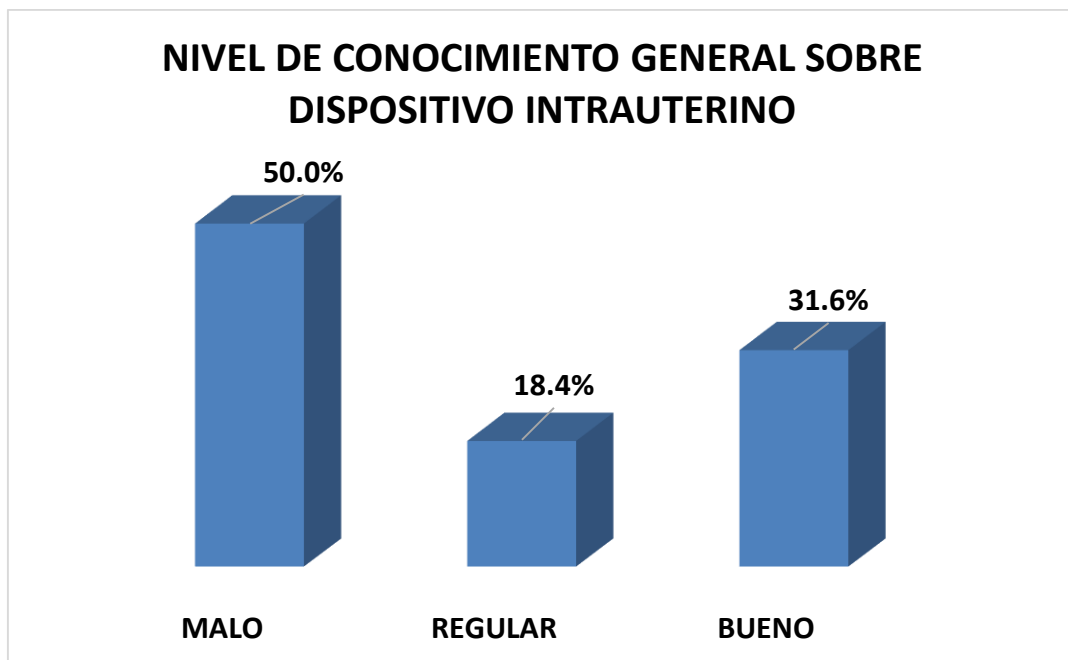
Se puede constatar que el nivel de conocimiento es bueno.

TABLA N° 02

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE DISPOSITIVO INTRAUTERINO

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
MALO	19	50.0%
REGULAR	07	18.4%
BUENO	12	31.6%
Total	38	100.0%

GRÁFICO N° 02



El gráfico muestra que en relación a conocimiento sobre el dispositivo intrauterino el 50.0% (19) tienen conocimientos categorizados como malo, el 18.4% (07) están en la categoría regular y el 31.6% (12), en la categoría bueno.

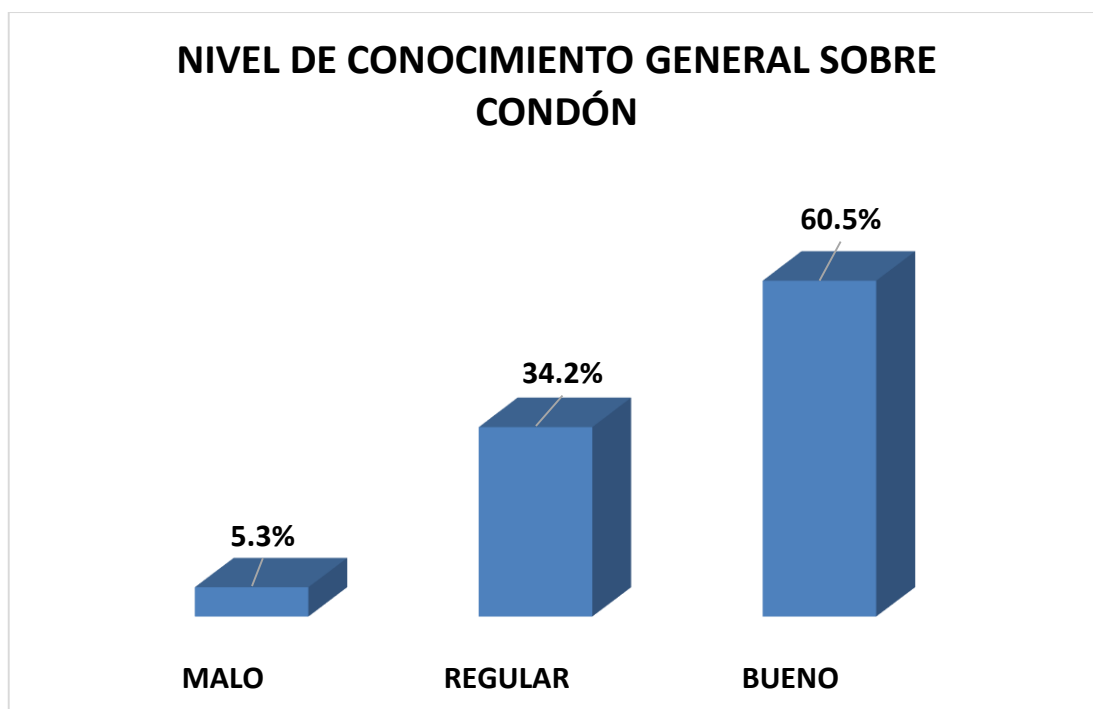
Se puede constatar que el nivel de conocimiento es malo.

TABLA N° 03

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CONDÓN

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
MALO	02	5.3%
REGULAR	13	34.2%
BUENO	23	60.5%
Total	38	100.0%

GRÁFICO N° 03



El gráfico muestra que en relación a conocimiento sobre el condón el 5.3% (02) tienen conocimientos categorizados como malo, el 34.2% (13) están en la categoría regular y el 60.5% (23), en la categoría bueno.

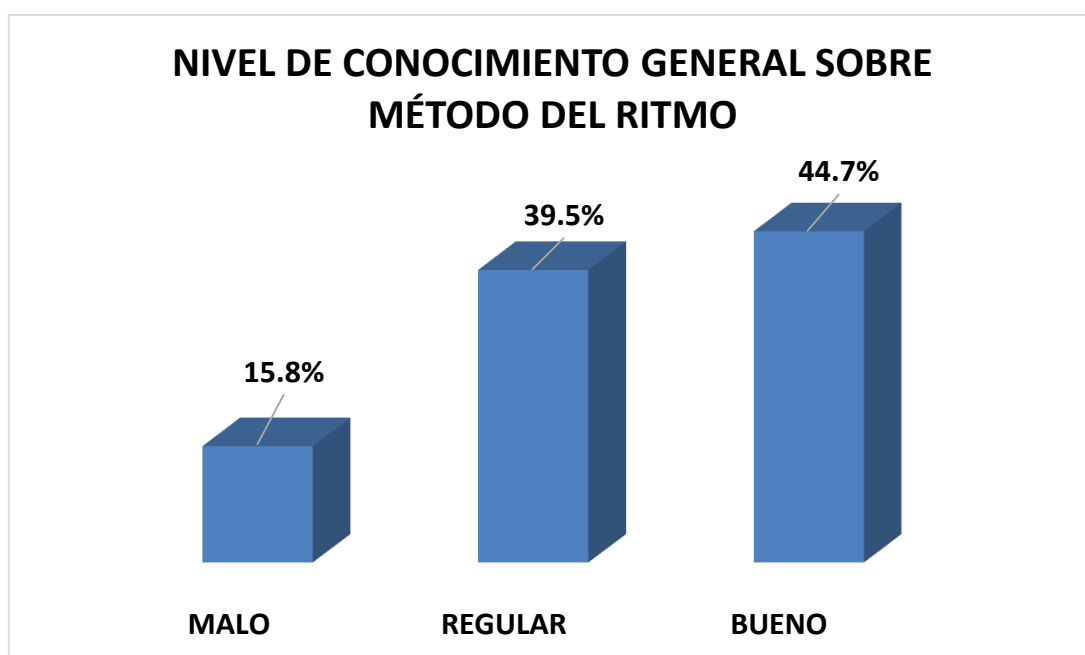
Se puede constatar que el nivel de conocimiento es bueno.

TABLA N° 04

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODO DEL RITMO

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
MALO	06	15.8%
REGULAR	15	39.5%
BUENO	17	44.7%
Total	38	100.0%

GRÁFICO N° 04



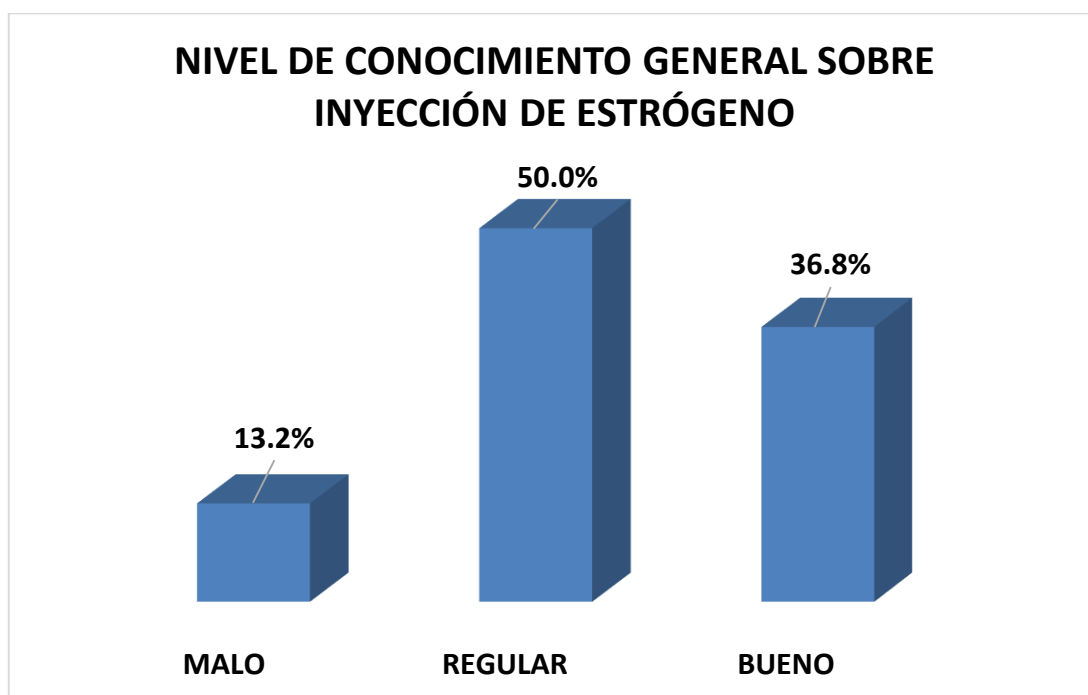
El gráfico muestra que en relación a conocimiento sobre el método del ritmo el 15.8% (6) tienen conocimientos categorizados como malo, el 39.5% (15) están en la categoría regular y el 44.7% (17), en la categoría bueno. Se puede constatar que el nivel de conocimiento es bueno.

TABLA N° 05

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE INYECCIÓN DE ESTRÓGENO

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
MALO	05	13.2%
REGULAR	19	50.0%
BUENO	14	36.8%
Total	38	100.0%

GRÁFICO N° 05



El gráfico muestra que en relación a conocimiento sobre inyección de estrógeno el 13.2% (05) tienen conocimientos categorizados como malo, el 50.0% (19) están en la categoría regular y el 36.8% (14), en la categoría bueno.

Se puede constatar que el nivel de conocimiento es regular.

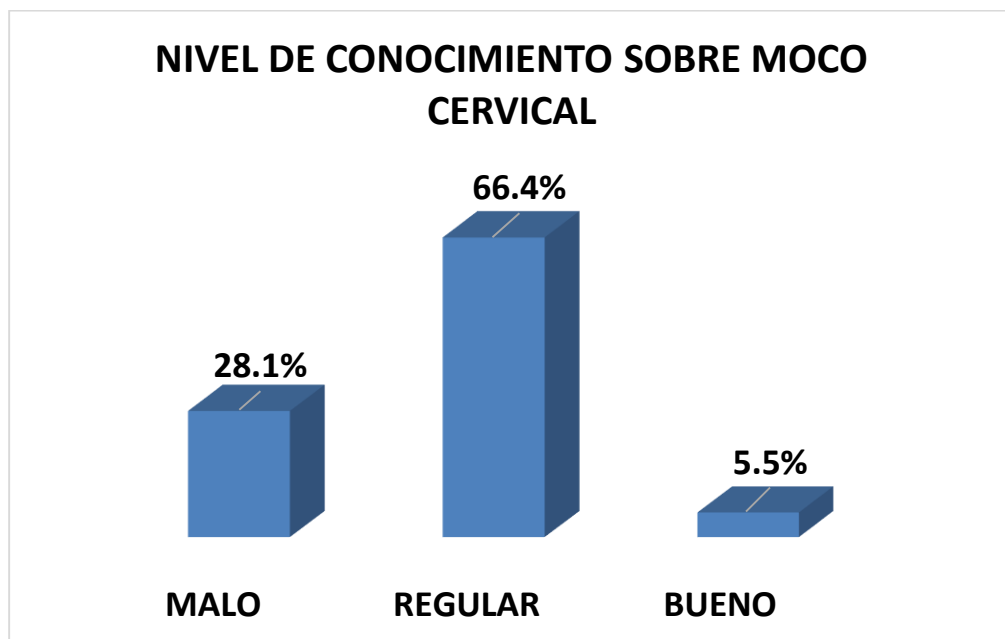
TABLA N° 06

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MOCO CERVICAL

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
-------	------------	------------

MALO	11	28.1%
REGULAR	25	66.4%
BUENO	02	5.5%
Total	38	100.0%

GRÁFICO N° 06



El gráfico muestra que en relación a conocimiento sobre moco cervical el 28.1% (11) tienen conocimientos categorizados como malo, el 66.4% (25) están en la categoría regular y el 5.5% (2), en la categoría bueno.

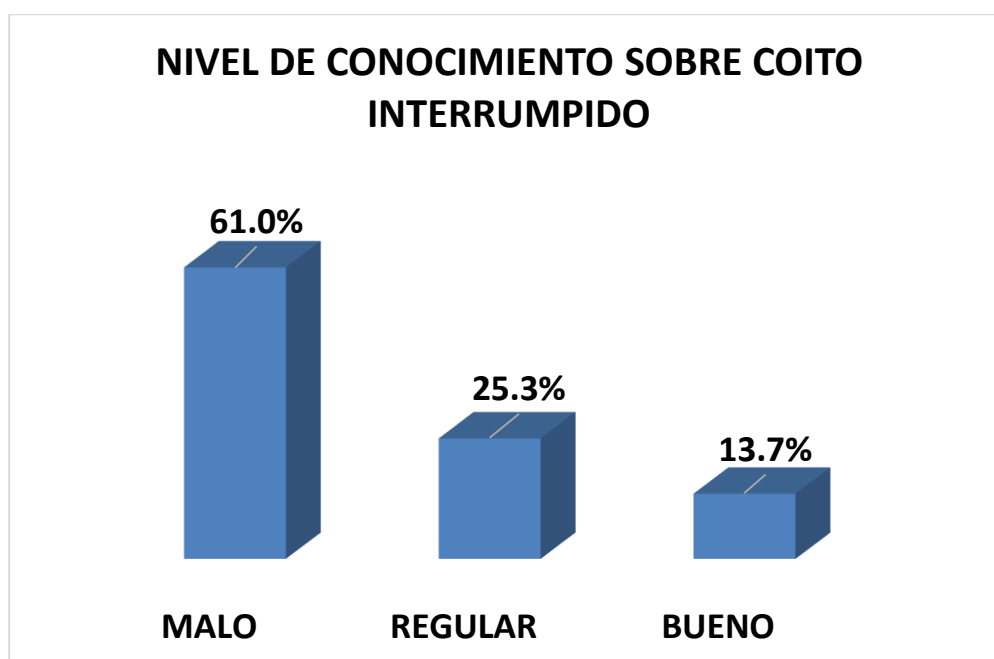
Se puede contar que el nivel de conocimiento es regular.

TABLA N° 07

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE COITO INTERRUPTIDO

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
MALO	23	61.0%
REGULAR	10	25.3%
BUENO	05	13.7%
Total	38	100.0%

GRÁFICO N° 07



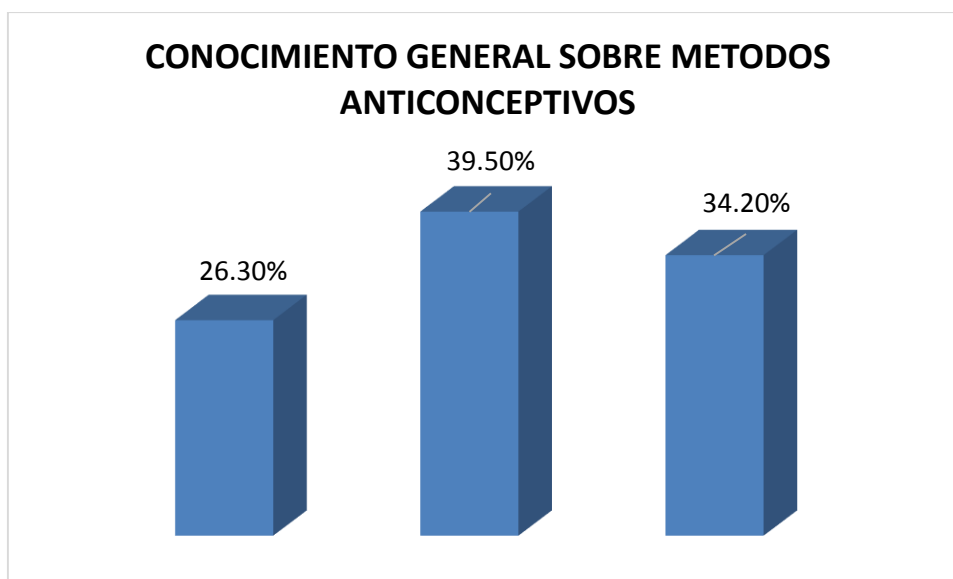
El gráfico muestra que en relación a conocimiento sobre coito interrumpido el 61.0% (23) tienen conocimientos categorizados como malo, el 25.3% (10) están en la categoría regular y el 13.7% (05), en la categoría bueno.

Se puede constatar que el nivel de conocimiento es malo.

TABLA N° 08
NIVEL DE CONOCIMIENTO GENERAL SOBRE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
MALO	10	26.3%
REGULAR	15	39.5%
BUENO	13	34.2%
Total	38	100.0%

GRÁFICO N° 08

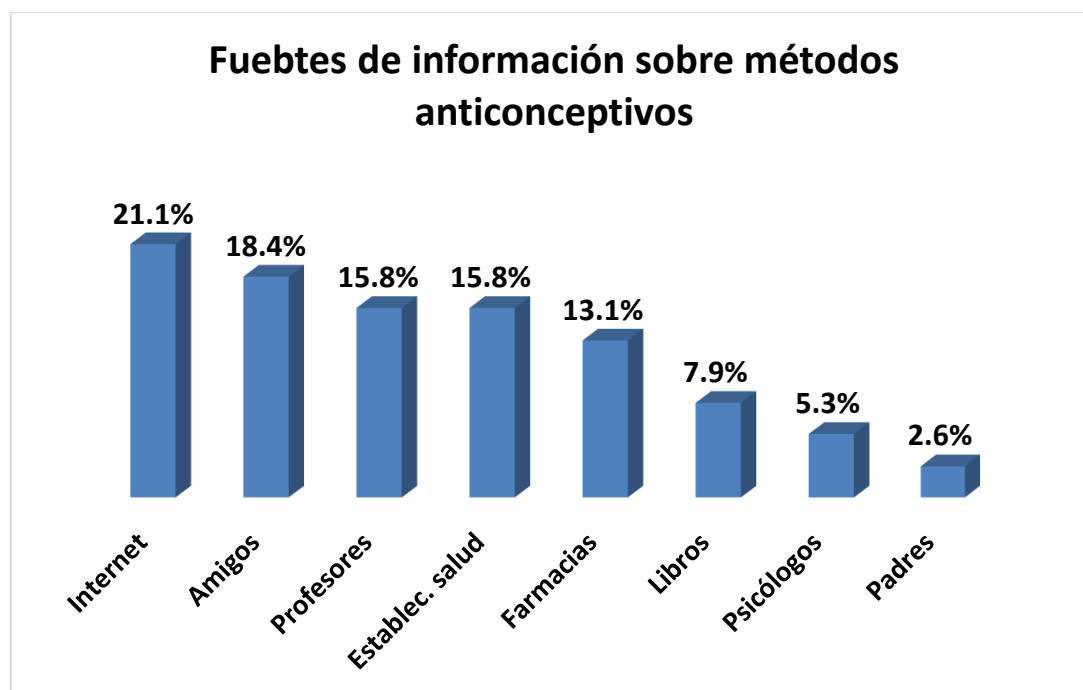


El gráfico muestra que en relación a conocimiento general sobre métodos anticonceptivos el 26.3% (10) tienen conocimientos categorizados como malo, el 39.5% (15) están en la categoría regular y el 34.2% (13), en la categoría bueno.

Se puede constatar que el nivel de conocimiento que predomina es el regular 39.5%.

TABLA N° 09**FUENTES DE INFORMACIÓN SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS**

Fuente	Frecuencia	Porcentaje
Internet	8	21.1%
Amigos	7	18.4%
Profesores	6	15.8%
Establec. salud	6	15.8%
Farmacias	5	13.1%
Libros	3	7.9%
Psicólogos	2	5.3%
Padres	1	2.6%
TOTAL	38	100%

GRÁFICO N° 09

En la tabla se observa que los adolescentes tienen como fuente de información en primer lugar a los internet 21.1% (8), seguido de los amigos 18.4% (7), profesores 15.8% (6), establecimientos de salud 15.8% (6), farmacias 13.1% (5), libros 7.9% (3), psicólogos 5.3% (2), y padres 2.6% (1).

DISCUSIÓN

En esta investigación se obtuvo información sobre el nivel de conocimientos en los principales métodos anticonceptivos en los adolescentes de 15 a 17 años que acuden al Centro de Salud de Pachacutec, los resultados son los siguientes:

En relación al conocimiento sobre la píldora anticonceptiva se obtuvo que el 50.0% de los adolescentes encuestados tuvieron buen conocimiento, mientras que regular fue el 39.5% y malo el 10.5% indicando que este método necesita reforzar pues la mitad no cuenta un conocimiento adecuado del método. Ibacache G. en Chile encuentra que más del 90% de los adolescentes de ambos sexos conoce al menos un método anticonceptivo, siendo los más conocidos la píldora (59,6%) y el condón (72,5%), similar a nuestro estudio.

En el caso del dispositivo intrauterino solo el 31.6% presentaron conocimientos buenos, mientras que regular lo tuvieron el 18.4% y malo el 50.0%, revelando que se necesita una mayor divulgación de éste método anticonceptivo. Prácticamente el nivel de conocimiento sobre este método es inadecuado.

En relación a conocimiento sobre el condón el 5.3% tienen conocimientos categorizados como malo, el 34.2% están en la categoría regular y el 60.5%, en la categoría bueno, Ello se debería al uso más frecuente de este método anticonceptivo, así mismo a su lata divulgación en la sociedad. Si bien es cierto que goza de una buena información, este método debe mantener su divulgación, así como su uso pues es que protege de embarazo y de enfermedades de transmisión sexual. Resultado similar lo obtuvo Cleto M. en República Dominicana que el método anticonceptivo más conocido fue el preservativo con un 55,3% seguido por las pastillas anticonceptivas con un 24%, resultados similares al encontrado en nuestra investigación. Mientras que resultados diferentes al nuestro encontró Chamorro L. que los estudiantes tienen poco conocimiento de los métodos anticonceptivos por lo tanto no están informados de la correcta utilización del condón. Delgado E. encuentra que el 92% de los encuestados en Lima manifiesta que, el

preservativo en la relación sexual previene el embarazo, las enfermedades de transmisión sexual y el Sida.

El método del ritmo tiene un bajo nivel de conocimiento en general, pues solo el 44.7% tiene conocimientos de nivel bueno, el 39.5% regular y malo el 15.8%. Por lo que se considera nivel de conocimiento inadecuado por el alto porcentaje que necesita ser mejorado.

En relación al método anticonceptivo inyectable hormonal este presentó solo el 36.8% de conocimientos de nivel bueno, quedando un 50.0% regular y el 13.2% nivel malo, por lo que este método siendo su uso favorable en 36.8% de los adolescentes se debe mejorar la información al respecto. Por lo tanto, el nivel de conocimientos es inadecuado.

El moco cervical es el que presentó menor nivel de conocimiento pues solo el 5.5% de los encuestados son catalogados con nivel de conocimiento bueno, el 66.4% es regular y el 28.1% es malo. Por lo que siendo un método complementario a los demás métodos debe dársele la importancia respectiva. Por lo que el nivel de conocimiento es inadecuado.

El coito interrumpido en adolescentes es poco conocido pues solo el 13.7% respondió adecuadamente, mientras que el 25.3% regular y el 61.0% prácticamente lo desconoce por lo tanto siendo un método que complementa en muchos casos a los demás métodos se debe informar adecuadamente a fin de que en su debido momento se ponga en práctica. El nivel de conocimiento es inadecuado.

En general el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos en los adolescentes que acuden al Centro de salud de Pachacutec es bueno en el 34.2% de los encuestados, el 39.5% es regular y en el 26.3% es malo. Por lo que su difusión debe ser mejorado teniendo en cuenta que muchos de ellos serán los propios usuarios. Sin embargo, Wanda R. encuentra que el 16,7% desconoce los métodos anticonceptivos, resultados muy distantes al nuestro. Cersso K. en la Universidad Alas Peruanas encuentra resultados discordantes al estudio así, Globalmente 65% tiene un regular conocimiento, 15% un buen conocimiento y 20% posee un mal conocimiento. También Aquije P. en las alumnas de obstetricia de la Universidad Alas Peruanas filial en 2013 el 25.5% de las entrevistadas tienen un nivel de conocimiento alto sobre la anticoncepción oral de emergencia, mientras que el 38.5% tienen

conocimientos medios y el 36% tienen nivel bajo de conocimiento sobre la anticoncepción oral de emergencia.

En la investigación se determinó que la mayoría de los adolescentes se informan sobre los métodos anticonceptivos a través del internet, seguido de los amigos y en última fuente la tienen a los padres lo que revela la poca comunicación y acercamiento que tiene los adolescentes con sus padres por lo que tienen acudir a otras fuentes de información como son el internet, los libros, las farmacias o psicólogos, profesores.

Por lo que se debe tener mayor presencia en los adolescentes de parte de los establecimientos de salud. Al respecto García F, Alfaro A. en España consideran que las fuentes principales de información sobre los métodos un 62,4% obtenida por su cuenta fue poca y el 21,55% muy poca. En mismo España Sánchez M. encuentra que la principal fuente de información fueron los medios de comunicación con un 50%. Resultado similar obtuvo en España Brasa A. cuya fuente principal de información de la contracepción de emergencia fueron los medios de comunicación con el 45,3%. Mientras que Varona N. en Cuba encuentra que el mayor porcentaje de adolescentes recibieron información previa sobre el uso de métodos anticonceptivos a través de la radio y la televisión, con 30,5%, seguidos por padres con 20,7 % y el 1,3 % refirieron no haber recibido información. Sin embargo, en Argentina Coronel C. determina que la principal fuente fue la familiar, seguido de los amigos, la escuela y luego por los profesionales de salud. Molina I, encuentra que las principales fuentes de información fueron los amigos con un 75,2%. Ballero F. advierte en su estudio en Ica que no hay mucha información sobre método anticonceptivo el 61.5%.

CONCLUSIONES

El nivel de conocimiento general sobre métodos anticonceptivos es: el 26.3% tienen conocimientos categorizados como malo, el 39.5% están en la categoría regular y el 34.2%, en la categoría bueno.

El nivel de conocimiento sobre píldora anticonceptiva es: el 10.5% tienen conocimientos categorizados como malo, el 39.5% están en la categoría regular y el 50.0%, en la categoría bueno.

El nivel de conocimiento sobre el dispositivo intrauterino es: el 50.0% tienen conocimientos categorizados como malo, el 18.4% están en la categoría regular y el 31.6%, en la categoría bueno.

El nivel de conocimiento sobre el condón es: el 5.3% tienen conocimientos categorizados como malo, el 34.2% están en la categoría regular y el 60.5%, en la categoría bueno.

El nivel de conocimiento sobre el método del ritmo es: el 15.8% tienen conocimientos categorizados como malo, el 39.5% están en la categoría regular y el 44.7%, en la categoría bueno.

El nivel de conocimiento sobre inyección de estrógeno es: el 13.2% tienen conocimientos categorizados como malo, el 50.0% están en la categoría regular y el 36.8%, en la categoría bueno.

El nivel de conocimiento sobre moco cervical es: el 28.1% tienen conocimientos categorizados como malo, el 66.4% están en la categoría regular y el 5.5%, en la categoría bueno.

El nivel de conocimiento sobre coito interrumpido es: el 61.0% tienen conocimientos categorizados como malo, el 25.3% están en la categoría regular y el 13.7%, en la categoría bueno.

Las principales fuentes de información sobre métodos anticonceptivos de los adolescentes de 15 a 17 años son el internet 21.1%, amigos 18.4%, profesores o establecimiento de salud 15.8%, entre otros.

5.4. RECOMENDACIONES

1. Promover la difusión y socialización de las normas técnicas sobre Planificación Familiar del Ministerio de Salud en el personal de los establecimientos de salud de la Red de salud Ica.
2. El Jefe y personal de salud del Centro de Salud de Pachacutec, deben adoptar estrategias que permitan la sostenibilidad de los buenos conocimientos sobre métodos anticonceptivos reportados en este trabajo de investigación.
3. El Centro de Salud de Pachacutec debe seguir mejorando la calidad de las intervenciones preventivas promocionales sobre planificación familiar en las Instituciones Educativas.
4. Potenciar el desarrollo de sesiones educativas y consejerías personalizadas a los adolescentes en la Institución de Salud.
5. Realizar proyectos de mejora continua de la calidad, teniendo como línea de base los resultados encontrados, sobre todo aquellos aspectos negativos que podrían influir y/o afectar los resultados favorables encontrados.
6. Replicar la investigación en otros establecimientos de salud y/o continuar con la línea de investigación, para tal efecto se sugiere realizar investigaciones de nivel relacional.
7. Difusión en las instituciones educativas temas relacionados con la paternidad responsable y la planificación familiar que ayuden a los adolescentes a iniciar su vida sexual con responsabilidad.
8. Difundir la entrega de folletos, trípticos sobre planificación familiar para aclarar las dudas de los adolescentes.
9. Se recomienda realizar investigaciones de las prácticas, experiencias y vivencias de los adolescentes de acuerdo con la realidad actual de este grupo poblacional.
10. Proponer profesionales obstetras para brindar una atención integral y consejerías sobre salud sexual y reproductiva, planificación familiar entre otros temas en las instituciones educativas.

FUENTES DE INFORMACIÓN.

1. Cleland J, Bernstein S, Ezeh A, Faundes A, Glasier A, Innis J. Family planning: the unfinished agenda. *Lancet* 2006; 368(9549):1810-1827.
2. Population Reference Bureau. Family planning saves lives. 2ª edición, Washington, DC: PRB, 1991.
3. Organización Mundial de la Salud. Comunicación sobre planificación familiar en el marco de la salud reproductiva. Ginebra: OMS, 1997.
4. Trussell J, Vaughan B. Contraceptive use projections: 1990 to 2010. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 167: 1160-1 164.
5. Tyrer LB. Obstacles to use of hormonal contraception. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170: 1495-1498.
6. Nafo F, Wollast E, Serniclaes W, Vekemans M. Ignorances et préjugés dans l'utilisation de méthodes contraceptives. *Rev Med Brux* 1993; 14: 216 220.
7. Juárez F, Valencia J. Las usuarias de métodos anticonceptivos y sus necesidades insatisfechas de anticoncepción. En: Chávez A, Menkes C (ed.). Procesos y tendencias poblacionales en el México contemporáneo. Una mirada desde la ENADID 2006, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de Salud, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. México: UNAM, 2006:201-235.
8. Eggleston E. Causas determinantes de embarazos no planeados en el Ecuador. *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, número especial de 1999. The Alan Guttmacher Institute. Disponible en: <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/25spa00299.html>
9. González-Labrador I, Miyar-Pieiga E. Consideraciones sobre planificación familiar: métodos anticonceptivos. *Rev Cubana Med Gen Integr* [revista en la Internet]. 2001 Ago [citado 2009 Dic 11]; 17(4): 367-378. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864

10. García F, Alfaro A. Sexualidad y anticoncepción en jóvenes universitarios de Albacete. Rev. Iberoa. De fertilidad. [Serie en línea] 14(1): 3-8.
11. Sánchez M, Ruiz P, Reyes C, Noci L. Adolescentes y métodos anticonceptivos. [En línea] Disponible: <http://www.uco.es/organiza/centros/educacion/revistabru/brújula/articulos/noci3.pdf>.
12. Brasa A, Pérez C, Estepa J, Menéndez M. Contracepción de emergencia. Una perspectiva desde la adolescencia. Rev. Index enferm. [Serie en línea] 16 (56): 1132-1296. Disponible: <http://www.Scielo.isciii.es/scielo.ohp?pid=s1132-12902007006100005&scrip=sci-arttext>.
13. Cleto M, Mota C, Peguero I, Peguero M, Placencio M. Conocimientos sobre métodos anticonceptivos en una población de estudiantes. Rev. Med. Dom. [Serie en línea] 63 (1): 17-18. Disponible: <http://www.bsvdo.intec.edu.do:8080/revistas/rmd/2002/63/01/RMD-2002-63-01-017-018.pdf>.
14. Varona N. 2004. Adolescencia, sexualidad y anticoncepción. [En línea] Disponible: <http://www.cbioetica.net/revista/51/510306.pdf>.
15. Coronel C, Matach N, Gandini I. Estrategias de información sobre cuidados de la salud sexual y reproductiva para la prevención del embarazo en la adolescencia. [En línea] Disponible: <http://www.editorial.unca.edu.ar/investigacion%20cientifica/salud/coronel%20cristina.pdf>
16. Martínez Y, Vargas Y, Badia A. Intervención promocional sobre anticoncepción en adolescentes del Instituto Básico del Puerto San José. [En línea] Disponible: <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEZPZEOFPaweIzfug.php>.
17. Molina I, Maure J, Reyes Y, Galván M. Nivel de conocimientos sobre los métodos anticonceptivos en adolescentes del politécnico "Oswaldo Herrera". [En línea] Disponible: <http://www.uvfajardo.sld.Cu/Members/imolina/nivel-de-conocimientos-sobre-los-métodos-anticonceptivo-en-adolescentes-del-p-129k>.

18. Fétis G, Bustos L, Lanas F, Baeza B, Contreras J, Hebel E, et al. Factores asociados al uso de anticonceptivos en estudiantes de enseñanza media de la comuna de Temuco. Rev.chil.obstet.ginecol. [En línea] 73(6):362-369 Disponible: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-75262008000600002&script=sci_arttext
19. Moreno J, Rangel D. Conocimiento sobre métodos anticonceptivos en estudiantes de 9no año de la U.E. “Nuestra Señora de Lourdes”, Puerto Ordaz- Estado Bolívar, Venezuela, 2010. Citado el 20 de julio 2013, disponible en: <http://ri.biblioteca.udo.edu.ve/handle/123456789/2226>
20. Chamorro L. Conocimientos sobre métodos anticonceptivos y utilización del condón en la primera experiencia sexual de adolescentes varones y mujeres que son estudiantes de los quintos cursos del Colegio Nacional “José Julián Andrade” de la provincia del Carchi de enero a julio del 2012. Artículo Científico. Universidad Técnica del Norte Facultad Ciencias de la Salud Escuela de Enfermería. Ecuador.
21. Ibacache G, Sanhueza T, Concha M. Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva vinculadas con el embarazo adolescente, en estudiantes de 3 ° y 4 ° medio de los liceos de Río Negro de Chile. Octubre 2009 –enero 2010. Tesis para obtener Grado de Licenciada/o en Obstetricia y Puericultura. Universidad Austral de Chile. Facultad de Medicina Escuela de Obstetricia y Puericultura. 2010.
22. Wanda R, Quispe A, Quispe G. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad en la población Adolescente del distrito de Mollepata-Cuzco [trabajo para optar el título en medicina]. Cusco :Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco
23. Bazán V. Relación entre uso de métodos anticonceptivos y el embarazo no planificado en adolescentes. Instituto Especializado Materno Perinatal 2004 – 2005, sisbib
24. Soto V. Factores asociados al no uso del condón: estudio en adolescentes adultos y jóvenes de Chiclayo .An. Fac.med 2006,67,(2).152-159.

25. Araujo V, Luna D, Echazu C, Salazar A, Santa María A, Solano I, et al. Conocimientos de sexualidad, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar en adolescentes de instituciones educativas nacionales del distrito El Agustino. Lima-Perú. Rev. Horizonte Médico. [serie en internet]. 2008 [citada 2009 diciembre 02]; 7(2): 79. Disponible desde: www.medicina.usmp.edu.pe/horizonte/2007-
26. Vanegas L. “Factores Sociodemográficos y su Relación con los Conocimientos y Actitudes Sexuales de los Adolescentes de la Institución Educativa Mariscal Cáceres”, Tacna 2012. Citado el 20 de julio 2013, disponible en: <http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/handle/unjbg/167>
27. Delgado E. Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y factores sociodemográficos en adolescentes del Colegio Nacional Nicolás La Torre. (Tesis de pregrado). Lima-Perú, Universidad San Martín de Porres. 2014.
28. CERSSO K, “Conocimiento sobre el Método Anticonceptivo Implanon en los estudiantes del VII Y VIII ciclo de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas, Ica 2016.” (Tesis de Pre grado). Ica-Perú. Universidad “Alas Peruanas” - Filial Ica, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Obstetricia, 2016.
29. Aquije P, “Conocimiento y Usos de la Anticoncepción Oral de Emergencia en las alumnas de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas – Filial Ica Setiembre 2013”. (Tesis de Pre grado). Ica-Perú. Universidad “Alas Peruanas” - Filial Ica, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Obstetricia, 2013.
30. Muñante N, “Anticonceptivos de Progesterona sola y efecto sobre el peso de las usuarias Hospital Santa María del Socorro de Ica, Marzo – Julio 2013”. (Tesis de Pre grado). Ica-Perú. Universidad “Alas Peruanas” - Filial Ica, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Obstetricia, 2014.
31. Ballero F, “Nivel de Conocimiento y Aceptación del Condón Femenino en Mujeres del Centro de Salud “La Palma Grande – Ica” Julio – Diciembre 2013” (Tesis de Pre grado). Ica-Perú. Universidad “Alas

- Peruanas” - Filial Ica, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Obstetricia, 2014.
32. OMS, Organización Mundial de la Salud. Mejorando el acceso a la calidad de atención en planificación familiar. Criterios de elegibilidad médica para el uso de anticonceptivos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1996.
 33. Bonacho I, Diez-Anca MJ, De La Piñera R, Castiñeiras S, Costoya MC, Baamonde D. Aspectos sociales, psicosexuales y anticonceptivos de 319 jóvenes. Progr. Obstet. Ginecol. 31-11, 1988.
 34. Ríos-Reyes A. Métodos anticonceptivos. [en línea] 2007. Disponible en: <<http://www.geocities.com/amirhali/fpclass/anticonceptivos.htm>> [citado el 11 de diciembre de 2014].
 35. Balnearia. [clinicasabortos.com](http://www.clinicasabortos.com) [en línea]. Disponible en: <http://www.clinicasabortos.com/métodosanticonceptivosllsub28>.
 36. Roca A. Planificación Familiar. Anticoncepción. En Guía de Actuación en Atención Primaria, cap. 6, p. 309-19, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Segunda Edición 2002.
 37. Norma Técnica de Planificación Familiar Lima, Ministerio de Salud, 2005. [90] p.; tab; ilustr. <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/.../9.Norma%20Técnica%20de%20Planificación%20Familiar..>
 38. Navarro I, Morera J. Los anticonceptivos orales: criterios de selección, utilización y manejo.
 39. Melero A, Nadal G. Contracepción. En: Guía Práctica en Ginecología y Obstetricia. Lombardía Prieto J y Fernández Pérez M.a L. Cap. 17, Janssen- Cilag. p. 133-43.
 40. Alba L. Salud de la adolescencia en Colombia: bases para una medicina de prevención, Bogotá (Colombia), 51(1): p 29-43.
 41. Alfonso M, Mercedes G, José D. Atención Primaria de Calidad. Guía de bueht práctica clínica en Anticoncepcion.2005.
 42. Wooley R, Araujo D. Anticoncepción. Procedimiento Vasectomía. En: Saunders Manual de Práctica Médica, Vol. I, cap. 111, Magraw. Hill. Interamericana. p. 519-38.

43. Marina J. La adolescencia como producto diseñado por el mundo adulto. En: fundación de ayuda contra la drogadicción. Congreso ser adolescente hoy. Libro de ponencias. p. 103. Disponible en Internet en: http://www.fad.es/sala_lectura/CSAH_P.pdf
44. Organización Mundial de la Salud -OMS-. Adolescencia. Consultado en Internet en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/definic.htm>
45. Diccionario. Disponible en: <http://www.sexuar.com.ar/diccionario/diccionario.htm>
46. PROFAMILIA. Métodos anticonceptivos. Folleto de planificación familiar. Disponible en: http://www.profamilia.org.co/004_servicios/publicaciones.php?publicacionesPage=2
47. Alvarado A. “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención de embarazo en las estudiantes de la Escuela de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, Año 2010” (Tesis de pre grado). Cuenca-Ecuador. Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina ,2011.
48. Cáceres G, Echevarría M, et al. Nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos como futuros profesionales de la salud en estudiantes del último año de medicina. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. N° 192 – Abril 2009

ANEXOS

ANEXO N° 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: CONOCIMIENTOS Y FUENTES DE INFORMACION SOBRE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES DE 15 A 17 AÑOS, QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE PACHACUTEC, ICA- 2016.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	INSTRUMENTO
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Cuál será el nivel de conocimiento general y la principal fuente de información sobre métodos anticonceptivos, de los adolescentes que acuden al Centro de Salud de Pachacutec-Ica, durante el segundo trimestre del año 2016?</p> <p>PROBLEMAS ESPECIFICOS.</p> <p>Problema específico 01: ¿Cómo se presenta el nivel de conocimiento sobre: Píldora anticonceptiva, condón, inyección de estrógenos y/o progestágenos, dispositivo intrauterino, método del ritmo, moco cervical, coito interrumpido; que poseen los adolescentes que acuden al Centro de Salud de Pachacutec?.</p> <p>Problema específico 02: ¿Cuáles serán las principales fuentes de información sobre métodos anticonceptivos, reconocidas por los adolescentes que acuden al Centro de Salud de Pachacutec?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar el nivel de conocimiento y las fuentes de información sobre métodos anticonceptivos, de los adolescentes que acuden al Centro de Salud de Pachacutec-Ica, durante el segundo trimestre del año 2016.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <p>Objetivo específico 01: Identificar el nivel de conocimiento sobre: Píldora anticonceptiva, condón, inyección de estrógenos y/o progestágenos, dispositivo intrauterino, método del ritmo, moco cervical, coito interrumpido; que poseen los adolescentes que acuden al Centro de Salud de Pachacutec.</p> <p>Objetivo específico 02: Identificar las principales fuentes de información sobre métodos anticonceptivos, reconocidas por los adolescentes que acuden al Centro de Salud de Pachacutec.</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL</p> <p>Debido a que el diseño de la investigación realizado es descriptivo no fue necesaria la formulación de una hipótesis, ya que esta no se someterá a prueba alguna (verificación de hipótesis), como si sucedería en un estudio de carácter analítico.</p>	<p>Conocimientos y fuentes de información sobre métodos anticonceptivos.</p>	<p>Cuestionario</p>

ANEXO N° 02

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CUESTIONARIO

La información es confidencial y anónima por lo que se le solicita su apoyo y sinceridad en sus respuestas.

Señale con una X, la respuesta que mejor identifique su situación y si la pregunta no contiene respuestas impresas por favor llene el recuadro con el texto que considere.

I. CONOCIMIENTOS SOBRE METODOS ANTICONCEPTIVOS

Señale con una x lo que conoce sobre la “PILDORA ANTICONCEPTIVA” .	Si	No
- Se toma antes de cada relación sexual.		
- Se toma todos los días.		
- Se toma algunos días.		
- En un método seguro.		
- Impide la ovulación.		
- Elimina o mata los espermatozoides		

Señale con una x lo que conoce sobre el CONDON	Si	No
- Se puede usar varias veces el mismo.		
- Es seguro.		
- Se lo puede sacar de la envoltura con los dientes o las uñas.		
- Se coloca con el pene en erección.		
- Se coloca antes de la penetración.		
- Previene las enfermedades de transmisión sexual		

Señale con una x lo que conoce sobre la INYECCIÓN DE ESTRÓGENOS Y/O PROGESTÁGENO	Si	No
- Se usa antes de cada relación		
- Se inyecta cada mes o cada tres meses.		
- Se pone después de la relación sexual.		

Señale con una x lo que conoce sobre EL DIU O DISPOSITIVO INTRAUTERINO .	Si	No
- Es seguro		
- Es peligroso.		
- Se coloca más fácil con la menstruación.		

Señale con una x lo que conoce sobre el MÉTODO DEL RITMO	Si	No
- Se registra todos los días del mes.		
- Es seguro, no falla nunca.		
- Es poco confiable.		
- Se usa con menstruaciones regulares.		
- Le permite saber cuándo guardar abstinencia.		

Señale con una x lo que conoce sobre el MOCO CERVICAL	Si	No
- Su período fértil se presenta cuando la vagina está seca.		
- Su período fértil se presenta cuando el moco cervical es como clara de huevo.		
- Su período fértil se presenta cuando la vagina está húmeda		
- Le permite saber cuándo guardar abstinencia.		

Señale con una x lo que conoce sobre el COITO INTERRUMPIDO	Si	No
- Se usa todos los días del mes.		
- Se retira el pene de la vagina antes de la eyaculación.		
- Es seguro.		
- Es menos seguro que otros.		

II. FUENTES DE INFORMACION DE METODOS ANTICONCEPTIVOS

¿El conocimiento que usted tiene sobre métodos anticonceptivos los recibió de?, señale con una X:

<input type="checkbox"/>	Padres	<input type="checkbox"/>	Libros/revistas
<input type="checkbox"/>	Amigos	<input type="checkbox"/>	Farmacias
<input type="checkbox"/>	Profesores	<input type="checkbox"/>	Psicólogos
<input type="checkbox"/>	Internet	<input type="checkbox"/>	Establecimientos de salud
<input type="checkbox"/>	Otros. Especifique:		

ESCALA DE CALIFICACIÓN

“PILDORA ANTICONCEPTIVA”	
0 - 2 PREGUNATAS CORRECTAS	MALO
3 – 4 PREGUNATAS CORRECTAS	REGULAR
5 – 6 PREGUNATAS CORRECTAS	BUENO
CONDÓN	
0 - 2 PREGUNATAS CORRECTAS	MALO
3 – 4 PREGUNATAS CORRECTAS	REGULAR
5 – 6 PREGUNATAS CORRECTAS	BUENO
INYECCIÓN DE ESTRÓGENOS Y/O PROGESTÁGENO	
0 - 1 PREGUNATAS CORRECTAS	MALO
2 PREGUNATAS CORRECTAS	REGULAR
3 PREGUNATAS CORRECTAS	BUENO
EL DIU O DISPOSITIVO INTRAUTERINO.	
0 - 1 PREGUNATAS CORRECTAS	MALO
2 PREGUNATAS CORRECTAS	REGULAR
3 PREGUNATAS CORRECTAS	BUENO
MÉTODO DEL RITMO	
0 - 2 PREGUNATAS CORRECTAS	MALO
3 - 4 PREGUNATAS CORRECTAS	REGULAR
5 PREGUNATAS CORRECTAS	BUENO
MOCO CERVICAL	
0 - 1 PREGUNATAS CORRECTAS	MALO
2 - 3 PREGUNATAS CORRECTAS	REGULAR
4 PREGUNATAS CORRECTAS	BUENO
COITO INTERRUPTIDO	
0 - 1 PREGUNATAS CORRECTAS	MALO
2 - 3 PREGUNATAS CORRECTAS	REGULAR
4 PREGUNATAS CORRECTAS	BUENO

ANEXOS N° 03

FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Joven adolescente: Se le ha invitado a participar en el estudio de investigación

denominado: CONOCIMIENTOS Y FUENTES DE INFORMACION SOBRE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES DE 15 A 17 AÑOS, QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE PACHACUTEC, ICA- 2016. Este es un estudio que se realiza con el objetivo de identificar el nivel de conocimiento y las principales fuentes de información sobre métodos anticonceptivos del adolescente que acuden a este establecimiento de salud, por lo que se solicita a Ud. su participación en el presente proyecto de investigación.

La participación es voluntaria, antes de tomar una decisión, lea con atención lo siguiente:

1. Se realizará una encuesta anónima con sus datos generales elaboradas para lo cual se le pide veracidad y seriedad al momento de la encuesta.
2. Toda información obtenida en el presente estudio es confidencial y solo tendrá acceso a ella Ud. y el investigador.
3. En caso de no estar dispuesto a participar en el estudio, Ud. tendrá derecho a retirarse voluntariamente.

En vista de lo antes expuesto y en plena función de mis facultades físicas, mentales, accedo a participar en el presente estudio y me someto a todas las exigencias que éste supone y de las cuales he tenido conocimiento mediante el presente documento.

FECHA:

_____	_____
Nombre	Firma
_____	_____
Investigador	Firma

	Fecha



FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN
JUICIO DE EXPERTOS

I. DATOS PERSONALES:

- 1.1. APELLIDOS Y NOMBRES DEL INFORMANTE.....
- 1.2. GRADO ACADÉMICO.....
- 1.3. INSTITUCIÓN DONDE LABORA.....
- 1.4. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: CONOCIMIENTOS Y FUENTES DE INFORMACION SOBRE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES DE 15 A 17 AÑOS. CENTRO DE SALUD DE PACHACUTEC, ICA- 2016.
- 1.5. AUTOR DEL INSTRUMENTO: GLORIA TINEO ARANGO
- 1.6. LICENCIATURA
- 1.7. NOMBRE DEL INSTRUMENTO: CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

II. ASPECTOS A EVALUAR: (Calificación Cuantitativa)

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS CUALITATIVOS CUANTITATIVOS	Deficiente (01-09)	Regular (10-13)	Bueno (14-16)	Muy Bueno (17-18)	Excelente (19-20)
		01	02	03	04	05
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado					
2. OBJETIVIDAD	Está expresado con conductas observables					
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y calidad					
4. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica del Instrumento					
5. SUFICIENCIA	Valora los aspectos en cantidad y calidad					
6. INTENCIONALIDAD	Adecuado para cumplir con los objetivos					
7. CONSISTENCIA	Basado en el aspecto teórico científico del tema de estudios					
8. COHERENCIA	Entre las hipótesis, dimensiones e indicadores					
9. METODOLOGÍA	Las estrategias responden al propósito del estudio					
10. CONVENIENCIA	Genera nuevas pautas para la investigación y construcción de teorías					
Sub Total						
Total						

VALORACIÓN CUANTITATIVA (total x 0.4).....

Leyenda: 01-13 Improcedente

VALORACIÓN CUALITATIVA.....

14-16 Aceptable con recomendación

VALORACIÓN DE APLICABILIDAD.....

17-20 Aceptable

Lugar y Fecha..... Firma del Experto

DNI.....