



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN
LA POBLACIÓN SEXUALMENTE ACTIVA DE 15 A 24 AÑOS DE EDAD DE
LA CIUDAD DE PISCO SETIEMBRE 2017”**

**TESIS PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

**PRESENTADO POR LA BACHILLER:
FUENTES CABEZUDO, WENDY NATHALY**

**ASESORA:
Mg. GALLARDO LOPEZ, LIZ VANESSA**

**ICA – PERU
2017**

DEDICATORIA:

A Dios, por haberme dado la fortaleza para llegar a la meta propuesta hace cinco años y por darme la mano cada vez que me sentía caer en el transcurso de mi preparación profesional.

A mis padres Inés y Pedro, las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y aconsejarme.

A una persona muy especial por su paciencia y bondad, gracias por tu apoyo y por estar siempre a mi lado.

AGRADECIMIENTO:

A esta prestigiosa Universidad Alas Peruanas – Sede Pisco, la cual abrió sus puertas a jóvenes como nosotros, preparándonos para un futuro competitivo y formándonos como personas de bien.

Al Vicerrector Ps. Edgar Núñez Román.

A la señorita Directora de la Facultad de Obstetricia Lic. María Arias Chacaliaza

A mis docentes a quienes les debo gran parte de mis conocimientos, gracias a su paciencia y enseñanza.

De igual manera a mi asesora Mg. Liz Vanessa Gallardo López, quien me ha orientado en todo momento en la realización de esta investigación y cuyas aportaciones ayudarán a convertirme en una gran persona y profesional.

ÍNDICE

Pàg

DEDICATORIA -----	ii
AGRADECIMIENTO -----	iii
ÍNDICE -----	iv
RESUMEN -----	vi
ABSTRACT -----	vii
INTRODUCCIÓN -----	viii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA -----	9
1.1.DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA -----	9
1.2.DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN -----	10
1.3.FORMULACIÓN DEL PROBLEMA -----	10
1.3.1.PROBLEMA PRINCIPAL -----	10
1.3.2.PROBLEMAS SECUNDARIOS -----	10
1.4.OBJETIVOS -----	12
1.4.1.OBJETIVO GENERAL -----	12
1.4.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS -----	12
1.5.JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN -----	13
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO -----	15
2.1.ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN -----	15
2.2.BASES TEÓRICAS -----	22
2.3.DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS -----	42
2.4.HIPÓTESIS -----	44
2.5.VARIABLES -----	43
2.6.OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES -----	46
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN -----	47
3.1.DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN -----	47
3.1.1.TIPO DE INVESTIGACIÓN -----	47
3.1.2.NIVEL DE INVESTIGACIÓN -----	47

3.1.3.MÉTODO-----	47
3.2.POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN-----	47
3.2.1.POBLACIÓN -----	47
3.2.2.MUESTRA -----	48
3.3.TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS -----	48
3.3.1.TÉCNICAS -----	48
3.3.2.INSTRUMENTOS -----	48
3.4. PROCESAMIENTO DE DATOS -----	48

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1.RESULTADOS -----	49
----------------------	----

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

5.1.DISCUSIÓN -----	58
---------------------	----

CONCLUSIONES-----	62
-------------------	----

RECOMENDACIONES-----	64
----------------------	----

FUENTES DE INFORMACIÓN -----	66
------------------------------	----

ANEXOS -----	70
--------------	----

-MATRIZ DE CONSISTENCIA -----	71
-------------------------------	----

-MODELO DE FICHA DE EPIDEMIOLOGICA-----	73
---	----

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en la población sexualmente activa de 15 a 24 años de edad de la ciudad de pisco setiembre 2017. **Material y métodos:** Estudio no experimental, descriptiva, prospectiva y transversal. Población 1980 personas de 15 a 24 años que son ciudadanos de la ciudad de Pisco, de donde se obtuvo la muestra de 218 donde se realizó el estudio. **Resultados:** La población sexualmente activa de la ciudad de Pisco de entre 15 a 24 años, el 67.9% usan algún método anticonceptivo, y el 32.1% no usa ningún método anticonceptivo. El 22.5% tienen nivel de conocimientos inadecuado, el 36.7% tiene regular y el 40.8% tiene nivel adecuado sobre métodos anticonceptivos. El sexo masculino tiene más porcentaje de conocimientos inadecuados 34.7% en comparación con las mujeres 13%. Los de 15 a 19 años tiene más porcentaje de conocimientos inadecuados 32% en comparación con las de 20 a 24 años 14.4%. Los de más porcentaje de uso de métodos anticonceptivos es el sexo femenino 71.5% en comparación con el sexo masculino 63.2%. Los de 15 a 19 años tiene menos porcentaje de uso de métodos anticonceptivos 64% en comparación con los de 20 a 24 años 71.2%. El método anticonceptivo de mayor uso en el sexo masculino es el condón 100%, mientras que en el femenino es la píldora anticonceptiva 58.5%. Los de grado de instrucción superior tiene más porcentaje de uso de métodos anticonceptivos 92.5% en comparación con los de secundaria y primaria 60.3% y 45.7% respectivamente. **Conclusiones:** El 67.9% usan algún método anticonceptivo, el 22.5% tienen nivel de conocimientos inadecuado, el 36.7% tiene regular y el 40.8% tiene nivel adecuado sobre métodos anticonceptivos.

Palabras Clave: Conocimientos, Uso, Métodos Anticonceptivos.

ABSTRACT

Objective: To determine the level of knowledge and use of contraceptive methods in the sexually active population aged 15 to 24 years of age in the city of Pisco, September 2017. Material and methods: Non-experimental, descriptive, prospective and cross-sectional study. Population 1980 people aged 15 to 24 years who are citizens of the city of Pisco, from where we obtained the 218 sample where the study was performed. Results: The sexually active population of the city of Pisco aged between 15 to 24 years, 67.9% use some method of contraception, and 32.1% do not use any contraceptive method. 22.5% have inadequate level of knowledge, 36.7% are regular and 40.8% have adequate levels of contraceptive methods. Males have a higher percentage of inadequate knowledge 34.7% compared to females 13%. Those aged 15 to 19 years have a higher percentage of inadequate knowledge 32% compared to 20 to 24 years 14.4%. The highest percentage of contraceptive use is the female sex 71.5% compared to the male sex 63.2%. The 15 to 19 year olds have a lower percentage of contraceptive use compared to 64% compared to 20-24 year olds, 71.2%. The contraceptive method of greatest use in the male sex is the condom 100%, while in the female condom is the contraceptive 58.5%. Higher education graduates have a higher percentage of contraceptive use 92.5% compared to secondary and primary education 60.3% and 45.7%, respectively. Conclusions: 67.9% use contraceptive methods, 22.5% have inadequate knowledge, 36.7% are regular and 40.8% have adequate levels of contraceptive methods.

Palabras Clave: Knowledge, Use, Contraceptive Methods.

INTRODUCCIÓN

La planificación familiar se definió por la Organización Mundial de la Salud como: “una manera de pensar y de vivir, adoptada voluntariamente por los individuos y las parejas, que se basa en conocimientos, actitudes y decisiones tomadas con sentido de responsabilidad, a fin de promover la salud, el bienestar de la familia y la comunidad”.

Se debe tomar en cuenta la planificación familiar desde el inicio de relaciones sexuales saber que métodos anticonceptivos son los adecuados para cubrir cada una de las necesidades el fin de los métodos anticonceptivos no son únicamente para prevenir embarazos no deseados si no también son utilizados para prevenir enfermedades de transmisión sexual es el caso de los métodos de barrera. Como en muchos países de Latinoamérica se hace cada día más evidente la ignorancia de la población en general sobre salud sexual y reproductiva así como el nivel de desinformación sobre métodos anticonceptivos, alrededor de 14 millones de niñas y mujeres menores de 20 años de edad quedan embarazadas cada año a nivel mundial.¹

Se debe de tener en cuenta que los métodos anticonceptivos son un factor clave para el progreso social, económico y político de una región. El embarazo no programado es una de las principales consecuencias asociadas a la práctica desprotegida de la sexualidad; siendo un problema de salud pública en la actualidad. Así la anticoncepción es una importante estrategia de regulación de la fertilidad, prevención del embarazo no programado y del subsiguiente aborto en condiciones de riesgo.

Es por ello que se realizará esta investigación para tener un parámetro de nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en la población sexualmente activa de 15 a 24 años de la ciudad de Pisco, que es la edad de mayor riesgo de tener embarazos no planificados.

Se diseña la investigación en cinco capítulos según la estructura de la Universidad Alas Peruanas que aborda el problema en forma completa.

LA AUTORA

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

En la provincia de Pisco existe mayor accesibilidad y oportunidad de adquirir un método de planificación familiar debido a la presencia de un Hospital de nivel II-1 y por ende a varios Establecimientos, donde el usuario puede acceder a un método Hormonal, Barrera y/o quirúrgico, el cual muchas veces no lo adquiere por desconocimiento, idiosincrasia, factor social y otros factores que se puedan asociar a dicha decisión, existiendo un porcentaje que si acceden en forma voluntaria; además se hace presente la sexualidad en forma precoz, donde muchas veces el adolescente no adquiere el método por temor a los padres produciéndose alta tasa de embarazos en adolescentes y/o embarazos no deseados.

Mundial.- En Estados Unidos las mujeres adolescentes sexualmente activas que desean evitar el embarazo tienen menos posibilidades que las de otras edades para el uso de anticonceptivos. Así, un 18 % de las adolescentes entre 15 y 19 años no utilizan métodos anticonceptivos, frente a 10,7 % de mujeres de 15 a 44 años.¹

Latinoamericano.- Uno de los países de América Latina y el Caribe que presenta mayor porcentaje de adolescentes embarazadas es Nicaragua, con una tasa de embarazos de 24% según la Organización Panamericana de la Salud, (OPS), del año 2001 la tasa de fecundidad de las adolescentes es de 152 nacimientos para cada 1000 mujeres.²

Perú.- Es un país que presenta indicadores que evidencian la falta de acceso y conocimiento de programas de planificación familiar, métodos anticonceptivos y riesgos reproductivos. Los mayores niveles de la Tasa Global de Fecundidad se presentan en Loreto (3,8), Amazonas (3,6), Ucayali (3,5), Ayacucho y Madre de Dios (3,2 cada uno) y Piura (3,0) cuatro de ellos localizados en la región Selva. En los departamentos costeros se presentaron los menores niveles de fecundidad, resaltando Tacna, y Lima y Callao (1,9 hijas e hijos por mujer, cada uno), Moquegua (2,0) y Arequipa (2,1). Esto ocurre por tener información desfigurada, subjetiva o poco clara respecto a la planificación familiar que los lleva a tener pocos conocimientos fidedignos obtenidos a través de diferentes medios de comunicación, amigos, instituciones o familia.³

En las adolescentes más del 80 % de los embarazos no son deseados. Y más de la mitad de los embarazos no deseados se producen en mujeres que no usan anticonceptivos y la mayor parte del resto de embarazos no deseados se deben al uso incorrecto de los anticonceptivos.³

El control voluntario de la fecundidad es aún más importante en la sociedad moderna. Dado que se espera que cada mujer tenga solo uno o dos hijos, la mayor parte de sus años de vida reproductiva la pasa tratando de evitar el embarazo. El control eficaz de la reproducción es esencial para la capacidad de la mujer de lograr sus metas individuales. A su ritmo actual, la población del mundo se duplicara en 47 años, y la de muchos de los países más pobres e duplicara en poco más de 20 años.⁴

Tanto para el individuo como para el planeta, la salud reproductiva requiere uso cuidadoso de medios eficaces para prevenir tanto el embarazo como enfermedades de transmisión sexual.

1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Delimitación Espacial.- El estudio se desarrolló en la ciudad de Pisco – Perú.

Delimitación Temporal.- El estudio se realizó en el mes de setiembre del 2017

Delimitación Social.- Se estudió en personas de ambos sexos de entre 15 a 24 años de edad sexualmente activos, de la ciudad de Pisco.

Delimitación Conceptual.- Se determinó el nivel de conocimiento que tiene este grupo etáreo de riesgo sobre los diferentes métodos anticonceptivos y su grado de uso.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuál es el nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en la población sexualmente activa de 15 a 24 años de edad de la ciudad de pisco setiembre 2017?

1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS

P.S.1 ¿Cuál es el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos en la población sexualmente activa de 15 a 24 años de edad de la ciudad de Pisco setiembre 2017 según sexo?

P.S.2 ¿Cuál es el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos en la población sexualmente activa de 15 a 24 años de edad de la ciudad de Pisco setiembre 2017 según edad?

P.S.3 ¿Cuál es el grado de uso de métodos anticonceptivos en la población sexualmente activa de 15 a 24 años de edad de la ciudad de Pisco setiembre 2017 según sexo?

P.S.4 ¿Cuál es el grado de uso de métodos anticonceptivos en la población sexualmente activa de 15 a 24 años de edad de la ciudad de Pisco setiembre 2017 según edad?

P.S.5 ¿Cuál es el método anticonceptivo de mayor uso en la población sexualmente activa de 15 a 24 años de edad de la ciudad de Pisco setiembre 2017 según sexo?

P.S.6 ¿Cuál es el grado de uso de métodos anticonceptivos en la población sexualmente activa de 15 a 24 años de edad de la ciudad de Pisco setiembre 2017 según grado de instrucción?

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en la población sexualmente activa de 15 a 24 años de edad de la ciudad de pisco setiembre 2017

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

O.E.1 Precisar el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos en la población sexualmente activa de 15 a 24 años de edad de la ciudad de Pisco setiembre 2017 según sexo

O.E.2 Determinar el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos en la población sexualmente activa de 15 a 24 años de edad de la ciudad de Pisco setiembre 2017 según edad

O.E.3 Evaluar el grado de uso de métodos anticonceptivos en la población sexualmente activa de 15 a 24 años de edad de la ciudad de Pisco setiembre 2017 según sexo

O.E.4 Indicar el grado de uso de métodos anticonceptivos en la población sexualmente activa de 15 a 24 años de edad de la ciudad de Pisco setiembre 2017 según edad

O.E.5 Conocer el método anticonceptivo de mayor uso en la población sexualmente activa de 15 a 24 años de edad de la ciudad de Pisco setiembre 2017 según sexo

O.E.6 Indicar el grado de uso de métodos anticonceptivos en la población sexualmente activa de 15 a 24 años de edad de la ciudad de Pisco setiembre 2017 según grado de instrucción

1.5. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Justificación

Actualmente cada vez más adolescentes y jóvenes resultan embarazadas precozmente, lo que se debe entre otros factores a que dichos adolescentes cuentan con información errónea.

Hay muchos adolescentes que todavía creen que la primera vez no pasa nada o que el aborto constituye la solución al problema. Incluso se dan casos en los que los adolescentes no quieren utilizar el preservativo porque consideran que es menos romántico o que es un obstáculo para su pareja. Hay personas que creen que a ellos nunca les va a pasar nada extraño, constituyéndose en un problema la falta de conocimientos sobre los métodos anticonceptivos que conlleva a la maternidad precoz y esto a su vez reduce las oportunidades de los jóvenes para seguir estudiando.

Por lo que conocer la realidad de la información que disponen este grupo etáreo de 15 a 24 años que son jóvenes en riesgo por ser los que se encuentran sexualmente activos y expuestos a drogas menores y mayores es que contribuirá a mejorar la información sobre la base de los resultados obtenidos.

Importancia de la investigación

Conocer el nivel de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos ayudará tomar medidas sobre la problemática, los más vulnerables y sobre los temas de menor conocimiento reforzando los ya conocidos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN INTERNACIONALES

Carrillo Cardona A. (2013). Conocimiento sobre los métodos anticonceptivos en estudiantes de último año de la carrera de medicina en el Hospital Roosevelt. Guatemala. Objetivos: Determinar los conocimientos sobre métodos anticonceptivos que tienen los estudiantes de último año de medicina
Diseño: Estudio observacional descriptivo transversal. Lugar: Hospital Roosevelt de Guatemala, Julio-agosto de 2013. Materiales y Métodos: Se evaluaron 70 estudiantes de las diferentes universidades de Guatemala por medio de un cuestionario de 25 preguntas abiertas que evaluaba los diferentes métodos anticonceptivos
Resultados: Únicamente 47% tienen un adecuado conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, el método que más conocen es el natural en un 81% y solamente 26% conocen el método inyectado de depósito siendo el que menos conocen. No hubo diferencias de conocimiento en ambos sexos. Entre las tres universidades los estudiantes de la URL conocen estos métodos en un 73% seguido por los estudiantes de la UFM en

un 48% y los de la USAC en un 35%. Un estudiante de la Universidad estatal tiene 3.7 veces más probabilidad de tener mal conocimiento con respecto a un estudiante de una universidad privada. Los conocimientos que tienen en general con respecto a los efectos adversos es de 48%, complicaciones 46% y contraindicaciones 50% de los diferentes métodos anticonceptivos. Conclusiones: El porcentaje de estudiantes de medicina, sin importar la universidad, que posee un buen conocimiento se encuentra entre un 35% y un 59%.⁵

Atehortua Puerta W. (2011). Conocimiento métodos anticonceptivos en estudiantes de pregrado. Colombia. Objetivo: determinar los conocimientos de los métodos anticonceptivos en los estudiantes de un programa de salud en pregrado. Método: Estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal, el colectivo en estudio correspondió a 72 estudiantes de enfermería del primer al octavo semestre del primer periodo académico del año en curso, de ambos sexos y en edades comprendidas desde los 16 años hasta 30 años de edad. Los resultados obtenidos correspondieron a un 58% de conocimientos que tienen los estudiantes en formación sobre métodos naturales, 42% métodos hormonales, 65,30% métodos de barrera, 40,30% métodos quirúrgicos, con predominio de nociones en el octavo semestre. Conclusiones: se determina que los métodos anticonceptivos del cual tienen más conocimientos los estudiantes resultaron ser: los preservativos, coito interrumpido y los anticonceptivos hormonales y el dispositivo intrauterino.⁶

Zambrano Pantón M. (2015). Conocimientos de métodos anticonceptivos y determinar el número de adolescentes embarazadas en la unidad educativa "Mariana de Jesús" del Cantón macará en el año lectivo 2014-2015. Ecuador. Objetivo: Conocer el nivel de conocimientos de métodos anticonceptivos y determinar el número de adolescentes embarazadas en la unidad educativa "Mariana de Jesús" del Cantón macará en el año lectivo 2014-2015. Método:

La investigación es de tipo descriptivo, prospectivo, transversal y la recolección de datos se realizó por medio de una encuesta y la observación directa en una población de 145 estudiantes que están dentro de las edades de 14 a 19 años. Resultados: El estudio indica que el 86% de los adolescentes tienen conocimiento sobre anticoncepción, el 52% tiene un nivel regular de conocimientos, el 32% recibieron información por medio de campañas de salud, el 56% tiene conocimiento sobre el método de protección contra ITS, un 60.6% utilizaron anticoncepción en su primera relación sexual, el método anticonceptivo más utilizado es el preservativo con el 36.3%, el 3.85% refieren haber utilizado la Píldora anticonceptiva de emergencia, y el porcentaje de adolescentes embarazadas es de 1.9 %. Conclusión: Se concluye que la mayoría tiene nivel regular sobre conocimientos de los métodos anticonceptivos, y el 1.9% se encuentran embarazadas ⁷

Sánchez Reyes L, (2015), Factores que impiden el uso de métodos anticonceptivos para la prevención del embarazo en pacientes adolescentes atendidas en el Hospital General docente Ambato durante el período septiembre 2014 enero 2015. Objetivo identificar los principales factores que impiden el uso de anticonceptivos para la prevención del embarazo en las adolescentes atendidas en el H. Provincial Docente Ambato. Resultados: el 87,4%, refieren conocer sobre los métodos anticonceptivos y su utilidad. Además, refieren como principales fuentes de información a los establecimientos educativos con el 70,08%, seguido de los establecimientos de salud y el internet. En cuanto a la relación entre la edad y el uso de anticonceptivos, el 100% de las menores de 14 años afirman no haber usado alguno, entre las de 14 y 16 años el 68,75% dicen no haber usado, y finalmente el grupo de mayor edad comprendido por pacientes entre 17 a 19 años muestra una mayor tendencia al uso de anticonceptivos con un 65,79%.; se corroboró que existe una relación estadísticamente significativa entre la edad y el uso de anticonceptivos, postulando que mientras mayor es la edad

hay mayor uso de anticonceptivos y viceversa. Las que no refieren tener fuentes confiables de información, el 86,61% no ha usado algún anticonceptivo, en cambio las que sí han usado el 57,27% manifiesta haber recibido información de fuentes confiables. Las pacientes que refieren conocer sobre anticonceptivos, el 42,34% refiere no haber usado algún anticonceptivo mientras que un 57,66% refiere que sí, además de las pacientes que no conocen los anticonceptivos el 93,75% refiere no haber usado anticonceptivos. Conclusión principal: se postuló que entre los factores más relevantes que influyen en el uso de anticonceptivos se encuentran los intrapersonales, pues varios de ellos al ser analizados resultan ser estadísticamente significativos.⁸

Sánchez-Meneses M., et al. (2014). Relación entre el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en las pacientes púerperas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – enero 2015. Método: estudio observacional, descriptivo y transversal; que tuvo como objetivo identificar el nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un Centro de Salud en México en el año 2014. La muestra fue de 120 adolescentes de 15 a 19 años con vida sexual activa que asistieron a un centro de salud. Sus resultados fueron que el 15% de los adolescentes tienen el nivel de conocimiento alto, el 60% medio y un 23% bajo. Al analizar los resultados de conocimiento, no se obtuvo significancia con el sexo, solo se presentó diferencia con los grupos de edad, pues los mayores obtuvieron mejores resultados. El 97.5% había recibido información de cómo utilizar los métodos anticonceptivos y las fuentes de información más frecuentes fueron los maestros (37.5%), seguido del personal de salud (31.7%). En el momento del estudio el 55 % de los adolescentes usaban algún método anticonceptivo; el método más utilizado fue el condón masculino (65.2%), seguido de los hormonales orales (13.6%). Conclusiones: El nivel de conocimiento que se encuentra en mayor proporción es el “Deficiente”. Aproximadamente el 90% de las encuestadas eligió un método anticonceptivo en la etapa de puerperio.

El nivel de conocimientos no influye significativamente en la decisión de uso de un método anticonceptivo en la etapa puerperal.⁹

NACIONALES

Del Pino Duymovich D. (2016). Nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en madres adolescentes del “Centro de Salud Chorrillos I Gustavo Lanatta Luján” febrero – abril 2015 Lima Perú. Objetivo: determinar el nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en madres adolescentes del “Centro de Salud Chorrillos I Gustavo Lanatta Luján” febrero – abril 2015 Lima Perú. Método: Estudio de tipo observacional, con diseño descriptivo- correlacional, prospectivo y de corte transversal, en el que participaron 47 madres adolescentes del “Centro de Salud Chorrillos I Gustavo Lanatta Lujan” que fueron encuestadas entre los meses de febrero a abril del 2015. Resultados: Las madres adolescentes tenían una edad promedio de 18 años, eran convivientes (53.2%), con grado de instrucción secundaria (74.5%) y primíparas (93.6%). El nivel de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos fue “Medio” en el 43% de las madres adolescentes, “Bajo” en el 32% y “Alto” en el 25%. El 63.8% de madres adolescentes usan métodos anticonceptivos, mientras que el 36.2% no usan. La mayoría de las madres adolescentes recibió información acerca de los métodos anticonceptivos (93.6%) del Centro de Salud (53.2%) y utilizó el inyectable trimestral (31.9%). Existe relación entre el nivel de conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos ($p=0.011$). Conclusión: El nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos se relaciona de manera significativa con su uso en madres adolescentes del “Centro de Salud Chorrillos I Gustavo Lanatta Lujan” durante febrero-abril del 2015 ($p= 0.011$).¹⁰

Mallma Yataco K. (2017). Conocimiento y Uso de Métodos Anticonceptivos en adolescentes de 4to. -5to. De secundaria del Colegio Andrés A. Cáceres.

Lima. Objetivo: Determinar el nivel de Conocimiento y Uso de Métodos Anticonceptivos en adolescentes de 4to y 5to de secundaria del Colegio “Andrés A. Cáceres” durante el periodo de Setiembre a noviembre 2015. Métodos: Estudio Observacional Transversal descriptivo. El tamaño de la muestra fue de 99 participantes. Se empleó una ficha de recolección de datos con una confiabilidad aceptable para el recojo de las variables planteadas para este estudio. Para el análisis estadístico de la relación de variables dependientes e independientes se utilizó el OR, con su Intervalo de confianza 95% y el Chi cuadrado. Resultados: De la muestra obtenida la mayoría cursaba el cuarto año de secundaria con 51.5%. La edad promedio fue 16 años. Mayor porcentaje sexo masculino con 50.5%. Religión predominante católica con 54.5%. Provenían de una familia nuclear 45.5%, Fuente de información sobre métodos anticonceptivos colegio con 56.6% y un 7.1% referían no haber recibido información. Predominó el nivel de conocimiento No Elevado, ninguno de los encuestados obtuvo nivel de conocimiento bajo. La mayoría de adolescentes no usan métodos anticonceptivos. De los que usan, la mayoría son de sexo masculino. El método anticonceptivo más usado es el condón. Conclusiones: El 63% de los adolescentes evaluados poseen un Nivel de Conocimiento Medio acerca de métodos anticonceptivos. El 20% de los adolescentes evaluados refiere usar métodos anticonceptivos. El ser de sexo masculino es un factor de riesgo para usar algún método anticonceptivo.¹¹

Díaz Delgado E. (2014), Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud. Método: estudio realizado en Perú de tipo descriptivo de corte transversal, tuvo como objetivo 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 en 2014. Se obtuvo como resultados: que del total de estudiantes el 58.4% tuvieron nivel de conocimiento elevado, el 32% nivel medio, y el 9.6% tuvo nivel bajo. En

cuanto a la relación de nivel de conocimiento y sexo, en el nivel elevado predominó el sexo femenino, y en el nivel bajo el sexo masculino. Según la religión, en el nivel elevado la mayoría era católico y en el nivel bajo predominó los de otras religiones. Además, en el nivel elevado predominó la familia de tipo nuclear. Con respecto a la fuente de información predominaron el colegio y amigo (a). Conclusiones: Existe asociación entre el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos y uso de los mismo según las variables sociodemográficas.¹²

Moras Rosado M., (2015), Relación entre el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en las pacientes puérperas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – enero 2015: Objetivo: Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos en las pacientes de puerperio del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en enero del 2015. Sus resultados fueron que el nivel de conocimiento en las adolescentes fue de 21.8% deficiente, seguido de 6.4% regular y 1.3% bueno. En cuanto a la relación entre el conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos y la elección y consiguiente uso de uno, se observó, que no hay una relación directa entre ambas variables, ya que de toda la población encuestada. Conclusiones: La mayoría presentaba un nivel de conocimiento “Deficiente”, a pesar de esto la mayoría de estas pacientes se decidieron por un método anticonceptivo, lo que suena contradictorio ya que los conocimientos son los que ayudan a tomar decisiones y a realizar elecciones.¹³

Fernández-Honorio I. (2015), Conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en adolescentes de centros educativos del distrito de San Juan de Lurigancho. Método: Estudio descriptivo, correlacional de corte transversal realizada en Perú en el 2015, cuyo objetivo fue Determinar la relación del nivel de conocimiento, el uso de los métodos anticonceptivos (MAC) y el anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes del distrito de

San Juan de Lurigancho. Sus resultados fueron que el 92.7 %, no conocen los métodos anticonceptivos. En relación al uso de los métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, si usaron en un 50 %, y en la última relación sexual usaron el 64%. El 58 % usa algún método de vez en cuando, seguido del 26 % que lo usa siempre y el 16 % nunca lo usa. El conocimiento en relación al uso de los métodos, los que tienen nivel medio usan en un 65,6%, seguido del nivel bajo con el 18,4 % y el nivel alto el 16,0 %. La mayoría del sexo femenino se encontró que tienen un conocimiento medio con un 35%, y en el sexo masculino la mayoría tienen un conocimiento medio con el 30%. El nivel de conocimiento según edad se encontró que, de los estudiantes de 14 a 16 años, el 50,8 % tiene un nivel de conocimiento medio, y el 13,7 % tiene un conocimiento bajo, y 8,1 un conocimiento alto. Y entre los 17 a 18 años, de ello el 13,7 % tiene un nivel de conocimiento medio, el 8,1 % un conocimiento bajo, y el 4,8 % un conocimiento alto. Conclusiones: El 0,8 % se ubica en más de 19 años, con un nivel de conocimiento medio.¹⁴

ANTECEDENTES LOCALES

No se encontraron

2.2. BASES TEÓRICAS

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Son aquellos que impiden o reducen significativamente las posibilidades de una fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales de carácter heterosexual. Los métodos que se administran después de mantener relaciones sexuales se denominan anticonceptivos de emergencia.

Elección del método anticonceptivo

Ningún método anticonceptivo puede considerarse mejor que otro ni es totalmente seguro. Cada método tiene sus indicaciones, por lo que los

diferentes usuarios necesitan analizar cuál sea más idóneo para cada circunstancia y permita una mejor salud sexual. La eficacia teórica de cada método aumenta considerablemente si se usa correctamente.¹⁵

Tipos de métodos anticonceptivos

Existe una gran variedad de métodos anticonceptivos para prevenir el embarazo. En general, se pueden clasificar en cinco clases:

1. Métodos hormonales y químicos
2. Métodos de barrera
3. Métodos Mecánicos (DIU)
4. Esterilización quirúrgica (ligadura de trompas y vasectomía)
5. Métodos Naturales

Métodos hormonales y químicos

Anticoncepción hormonal.- Son hormonas sexuales femeninas, estrógenos sintéticos y un progestágeno sintético, o sólo un progestágeno, se pueden administrar en forma de anticonceptivos orales, anillos vaginales, implantes subdérmicos y productos inyectables el anticonceptivo hormonal empleado con mayor amplitud es el combinado.

La anticoncepción hormonal se puede aplicar de diversas formas:

Anillo vaginal

Único de administración vaginal mensual. Es un anillo transparente, suave y flexible que se coloca por la misma usuaria por vía vaginal, liberando diariamente dosis bajas de hormonas. No tiene interferencias con antibióticos, ni a nivel digestivo; su eficacia no se ve alterada por vómitos o diarreas. Eficacia del 99,7%.

Píldora anticonceptiva

Cuando se emplean de manera sostenida, los combinados tienen tasas de embarazo de solo 2 a 3 por 1000 mujeres por año, los Anticonceptivos orales que tienen solo progestágenos son menos eficaces, estos pueden ser monofásicos, lo que quiere decir que se administra la misma dosis de estrógeno y progestágeno cada día, o multifásicos, se administran dosis variables de esteroides durante un ciclo de 21 días.

De manera típica, se administran durante 21 días a partir del domingo que sigue a un periodo menstrual, y a continuación se interrumpen durante siete días para permitir la hemorragia por supresión que imita al ciclo menstrual normal la versión de 28 días se caracteriza por administración de comprimidos de placebo durante por lo menos siete días del ciclo, de modo que la usuaria simplemente toma un comprimido al día se inicia una nueva caja tan pronto como haya terminado la anterior. Las formulaciones con sólo progestágeno no contienen estrógenos.¹⁶

Acción de las hormonas esteroides

Afinidad hacia receptores específicos de estrógenos, progesterona o andrógenos, lo mismo que por sus efectos biológicos sobre diferentes aparatos y sistemas los esteroides se absorben con rapidez en el intestino, pero pasan directamente hacia el hígado por la circulación portal, sitio en el que se metabolizan e inactivan también con rapidez. Por tanto, se requieren grandes dosis de esteroides cuando se administran por vía oral.

Progestágenos

Compuestos sintéticos que imitan el efecto de la progesterona natural, pero que difieren de la misma desde el punto de vista estructural en Estados Unidos solo se emplean compuestos del estrano en los anticonceptivos orales, pero el progestágeno principal inyectable es acetato de medroxiprogesterona (Provera), uno de los compuestos del pregnano. Los progestágenos difieren entre sí por sus afinidades hacia los receptores de estrógenos, andrógenos y

progesterona, su capacidad para inhibir la ovulación, y su capacidad para sustituir a la progesterona y antagonizar a los estrógenos.

Estrógenos

Contienen cualquiera de dos estrógenos: mestranol (ME) o etinilestradiol (EE), el mestranol es etinilestradiol con un grupo metilo extra. Requiere bioactivación del hígado, sitio en el que se segmenta el grupo metilo y se descarga el agente activo etinilestradiol. Los anticonceptivos orales con 35 m g de etinilestradiol producen las mismas concentraciones sanguíneas de hormona que los combinados contienen 50 m g de mestranol.

Anticonceptivos orales combinados

Se puede inhibir la ovulación mediante estrógenos orales o sólo progestágenos orales, pero en estos casos se requerirán grandes dosis. Se manifiesta sinergia farmacológica cuando se combinan ambos tipos de hormonas, y se suprime la ovulación a una dosis mucho más baja de cada agente. Los COC combinados suprimen las concentraciones de FSH y LH basales. Los anticonceptivos orales disminuyen la capacidad de la hipófisis para sintetizar gonadotropinas cuando la estimula la hormona hipotalámica liberadora de gonadotropina (GnRH). Los folículos ováricos no maduran, se produce poco estradiol, y no ocurre la descarga rápida de LH de la mitad del ciclo no sobreviene la ovulación, no se forma cuerpo lúteo y no se produce progesterona.¹⁷

Preparados con solo progestágeno

A concentraciones bajas del progestágeno en ocasiones ocurrirá la ovulación con la "mini píldora" de solo progestágeno, que brinda 0.3 mg de norelindrona al día

(Micronor), son ovulatorios 40% de los ciclos, 25% se caracterizan por función lútea inadecuada, a concentraciones sanguíneas moderadas del progestágeno

se observan concentraciones basales normales de FSH y LH, y puede ocurrir cierta maduración del folículo. Hay producción de estradiol y sobreviene la descarga del mismo que desencadenaría, a su vez, en condiciones normales, la descarga hipofisaria de hormona luteotrópica; no ocurre descarga correspondiente de LH, sin embargo, y por tanto no sobreviene la ovulación.

Efectos benéficos

1. Aumenta la densidad ósea
2. Reduce la hemorragia menstrual y la anemia
3. Reducen el riesgo de embarazo ectópico
4. Mejoran la dismenorrea por endometriosis
5. Menos molestias premenstruales
6. Reducen el riesgo de cáncer de ovario y endometrio
7. Inhiben el avance del hirsutismo
8. Previenen el acné
9. Mejoran la artritis reumatoide
10. Reducen la frecuencia y gravedad de la salpingitis aguda.

Implante subdérmicos hormonal

Compuesto por una varilla del tamaño de una cerilla que se coloca bajo la piel del brazo de la mujer, ofreciendo protección anticonceptiva entre 3 y 5 años. Sin embargo, el médico puede retirarlo en cualquier momento y la mujer recuperará la fertilidad en un tiempo mínimo, Con el implante subdérmico que descarga levonorgestrel (Norplant) se producen cierta maduración folicular y cierta producción de estrógenos, pero las concentraciones máximas de LH son bajas y a menudo se inhibe la ovulación, se cree que, durante el primer año de empleo, ocurre la ovulación en cerca de 20% de los ciclos.

Método hormonal inyectable

El único anticonceptivo hormonal inyectable disponible en Estados Unidos es el acetato de depomedroxiprogesterona (DMPA), que es una suspensión de microcristales de un progestágeno sintético, se aprobó finalmente para la anticoncepción en 1992.

Una sola dosis intramuscular de 150 mg suprimirá la ovulación en la mayoría de las mujeres durante 14 semanas o más, el régimen de 150 mg cada tres meses es muy eficaz, y produce tasas de embarazo de cerca de 0.3 por 100 mujeres al año, las mujeres que reciben DMPA desarrollan amenorrea total; al proseguir la administración se desarrolla amenorrea en 50% de las mujeres en plazo de un año, y sucede así en 80% de ellas a los tres años, se pueden administrar estrógenos conjugados a la dosis de 1.25 mg por día durante 10 a 21 días a la vez.

El DMPA persiste en el cuerpo durante varios meses las mujeres que se lo han administrado para la anticoncepción a largo plazo, y en ellas puede retrasarse por tanto el retorno de la fecundidad; sin embargo, en un gran estudio 70% de las usuarias iniciales que desearon el embarazo habían concebido en plazo de 12 meses, y 90% lo habían hecho en plazo de 24 meses.¹⁸

Anticoncepción química

Espermicidas

Son una combinación del producto espermicida químico, con una base de crema, jalea, espuma de aerosol, comprimido espumante, película o supositorio. Los espermicidas son detergentes no iónicos con actividad superficial que inmovilizan a los espermatozoides. En un estudio las espumas de aerosol experimentaron dispersión rápida por toda la vagina y ofrecieron la mejor protección, las jaleas y los supositorios que se funden con el calor del cuerpo produjeron mala distribución. Por si solos, los espermicidas parecen

considerablemente menos eficaces que los condones o el diafragma con espermicida.

Métodos de barrera

Los métodos de barrera impiden la entrada de espermatozoides al útero y son productos sanitarios por lo que deben cumplir los requisitos sanitarios establecidos a estos productos en cada país o región. Según un estudio de la Universidad de México 2012 este método fue el más conocido en un 69.1% por los estudiantes de medicina de último año, es importante tener el conocimiento respecto a este método para poder promocionarlo de manera adecuada ya que es el único que previene enfermedades de transmisión sexual.

Preservativo o condón masculino

Los condones suelen ser de caucho de látex, aunque siguen vendiéndose los elaborados con intestino de animal y los prefieren algunas personas por considerar que ofrecen mejor sensación. El condón captura y conserva al líquido seminal, con lo que impide su depósito en la vagina. Hasta hace poco los condones que se vendían en Estados Unidos tenían una pared relativamente gruesa (0.065 a 0.085 mm) para prevenir que se rompieran. El riesgo de rotura del condón es de cerca de 3%, y se cree que se relaciona con la fricción. Los lubricantes con una base acuosa pueden reducir el riesgo de rotura, deben evitarse los productos con base de petrolato, como aceite mineral, porque reducen en grado notable la resistencia de los condones con solo una exposición breve.

Enfermedades de transmisión sexual

Los condones de látex y otros métodos de barrera reducen el riesgo de enfermedades de transmisión sexual. Cuando se emplean de manera

sostenida se reducen gonorrea, Infección por ureaplasma y enfermedad inflamatoria pélvica y sus secuelas (esterilidad tubaria).

Un estudio en el que se compararon las mujeres estériles con las mujeres expuestas puso de manifiesto una reducción de 40% de la fecundidad con el empleo de condones o diafragma. Se observó el máximo beneficio con una combinación del método de barrera y un espermicida.

En pruebas in vitro, Chlamydia trachomatis, herpes virus del tipo 2, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y virus de las hepatitis B no penetran las paredes de los condones de látex, pero si lo hacen a través de los condones elaborados con intestino de animales. Se logra protección adicional al añadir el espermicida nonoxinol-9. Los condones ofrecen también cierta protección contra las neoplasias cervicales.

En un estudio, el riesgo relativo de displasia grave entre mujeres usuarias de condones o diafragmas fue de 0.4 en un plazo de 5-9 años, y de 0.2 cuando se habían usado los métodos de barreras durante 10 años o más, lo cual equivale a una reducción de 60 a 80%.¹⁸

Condomes femeninos

En la actualidad se dispone de sacos vaginales elaborados de poliuretano las pruebas sobre su eficacia no han dado resultados semejantes a las pruebas históricas con otros métodos de barrera, las pruebas iniciales en Estados Unidos demostraron unas tasas de embarazo de 15% en seis meses, sin embargo, el análisis repetido sugiere que, con el empleo perfecto, la tasa de embarazos puede ser de 2.6% (14).

Barreras vaginales

A principios del siglo XX se empleaban en Europa cuatro tipos de barreras vaginales: diafragma vaginal, capuchón cervical, capuchón de bóveda y dispositivo Vimule como los condones, ofrecen el beneficio no anticonceptivo

de la protección relativa contra las ETS, la esterilidad tubaria y las neoplasias cervicales.

Diafragma

Es un resorte circular cubierto con caucho de látex delgado varios los tipos de diafragma, según el reborde de resorte: espiral, piano e arqueado, los diafragmas de resorte enrollado y resorte piano se convierten en un avalo piano cuando se comprimen para la inserción. Los diafragmas arqueados forman un arco o una media luna cuando se comprimen; son los más fáciles de insertar correctamente. El médico no solo debe ajustar el diafragma para la paciente; debe además instruir la sobre su inserción y verificar exploración física que lo puede insertar correctamente para cubrir el cuello uterino y la parte alta de la vagina, el diafragma debe emplearse en combinación con un espermicida.

En un estudio se sugiere que esto puede no ser esencial para la eficacia anticonceptiva del diafragma, las mujeres que emplean sus diafragmas de manera constante y lo remueven, lo lavan y lo reinsertan todos los días sin usar espermicida tienen tasas más bajas de embarazo que las mujeres que los emplean de la manera ordinaria, con espermicida y solo cuando lo necesitan.

Ajuste de los diafragmas:

1. Para ajustarlo de la manera apropiada deberá efectuarse exploración vaginal. Con los dedos índice y medio en el fondo de saco posterior, se coloca el pulgar de la mane exploradora contra el primer dedo para marcar en que sitio toca este último el hueso púbico. La distancia desde la punta del dedo medio hasta la punta del dedo pulgar es el diámetro del diafragma que debe probarse en primer lugar.
2. Se emplea un grupo de diafragmas de diversos tamaños, y el diafragma de prueba se inserta y verifica por palpación, el diafragma debe abrirse fácilmente en la vagina y llenar los fondos de saco sin presión. Debe seleccionarse el

más grande que se ajuste con comodidad. En la mayoría de mujeres se ajustará bien el diafragma de tamaños 65, 70 o 75.

3. La paciente debe practicar la inserción, y reexplorarse para confirmar la colocación apropiada del dispositivo. En la cavidad de la cúpula se coloca una cucharadita de jalea o crema espermicida hidrosoluble. El diafragma se inserta con la cúpula hacia abajo, de modo que el cuello uterino quede asentado contra el espermicida colocado en la cavidad.

4. Se puede insertar el diafragma varias horas antes del coito. Si se repite el coito, deberá instilarse jalea espermicida adicional en la vagina sin retirar el diafragma. Este debe dejarse colocado por lo menos durante seis horas después del coito para permitir la inmovilización de los espermatozoides. A continuación se retira, se lava con jabón y agua, se deja secar y se almacena en un lugar fresco. No debe espolvorearse talco, porque la exposición genital al talco puede predisponer al cáncer ovárico.

Riesgos

El empleo del diafragma, en particular el uso prolongado durante múltiples coitos, parece incrementar el riesgo de infecciones vesiculares. Se pueden emplear un diafragma de tamaño más pequeño y de sellado amplio o un capuchón cervical si la cistitis recurrente es un problema, aunque este se puede relacionar o solo con la obstrucción mecánica sino también con alteraciones de la flora vaginal producidas por el espermicida. En un estudio epidemiológico en el que se compararon casos de shock tóxico con mujeres testigo no se encontró un riesgo incrementado con el empleo del diafragma.¹⁹

Capuchón cervical

Este es más pequeño que el diafragma, no contiene un resorte en el reborde y cubre solo el cuello uterino se emplean con espermicida, pero no se conoce la contribución de este a su eficacia. Los estudios de la eficacia de los capuchones cervicales han revelado gran variedad de resultados, el capuchón Prentiff es uno de los que tiene los mejores resultados: tasas de embarazo de

8% en 100 mujeres por año con el capuchón que se deja colocado hasta durante cinco días cada vez. En otro estudio multicéntrico de 3,433 mujeres se observó una tasa de embarazos durante el primer año de 11.3% en 100 mujeres, las mujeres cuyo patrón de empleo se describió como "casi perfecto" tuvieron una tasa de embarazos durante el primer año de 6.1%, la mitad de la tasa global, la tasa de embarazos se incrementa cuando el capuchón se empleó durante más de 72 horas a la vez.

Se informó desalojamiento del capuchón durante el coito o en otros momentos en 27.5% de las usuarias después de tres meses de emplearlo: desalojamiento y embarazo accidental fueron las principales razones por las que las mujeres dejaron de emplear el capuchón, después de un año, 49% de las mujeres descartaron el empleo del capuchón o se perdieron de la vigilancia.

El capuchón cervical debe ajustarse como sigue:

1. Se estima el tamaño del cuello uterino por inspección y palpación. Las mujeres nulíparas suelen requerir el capuchón del número 22, en tanto que, en las mujeres multíparas, se ajusta por lo general el tamaño 25.
2. El capuchón se inserta mediante compresión del mismo entre los dedos índice y pulgar e introducción con la cúpula hacia fuera, se empuja con suavidad hacia arriba para que se ajuste sobre el cuello uterino. Se crea aspiración contra el cuello uterino.

La cúpula debe conservarse comprimida durante varios segundos, lo que indicará un buen ajuste, y la presión lateral suave sobre el reborde no debe desalojar al dispositivo. El capuchón de Prentiff, más pequeño (22 mm), es demasiado grande para muchas mujeres nulíparas y quizá no se logre un ajuste adecuado con el mismo en ellas

3. Antes de su empleo, el capuchón se llena hasta la tercera parte con jalea o crema espermicidas, se puede dejar colocado hasta 72 horas. Se instruye a la paciente para que verifique el desalojamiento del capuchón después del coito,

y que emplee un método anticonceptivo adicional como el condón hasta que esté claro que el capuchón no se desalojará.²⁰

Dispositivo intrauterino (DIU)

Los dispositivos intrauterinos (DIU) desempeñan una función menor para la anticoncepción en la población de Estados Unidos a causa de miedo a las infecciones que no tiene justificación, los DIU de cobre brindan una anticoncepción segura a largo plazo, con eficacia equivalente a la de la esterilización tubaria.

Los DIU que descargan hormonas necesitan cambiarse cada año. El dispositivo de cobre T380 se encuentra aprobado por la U.S. Food and Drug Administration (FDA) para el empleo hasta durante 10 años de manera continua. Este método es considerado el segundo método más utilizado a nivel mundial por su bajo costo y su efectividad de 99.9% a pesar de esto según un estudio de la universidad de México 2012 es el método menos conocido en un 0.7% por lo estudiantes de medicina de último año. Junto con otro estudio de la universidad de Bogotá Colombia en el 2006 donde únicamente 3.6% de estudiantes lo conocían.

Mecanismo de acción:

Producen formación de una "espuma biológica" dentro de la cavidad uterina que contiene bandas de fibrina, células fagocíticas y enzimas proteolíticas, los DIU de cobre descargan continuamente una pequeña cantidad del metal, con lo que se produce una reacción inflamatoria de mayor magnitud aún. Todos los DIU estimulan la formación de prostaglandinas dentro del útero, lo que es compatible tanto con la contracción del músculo liso como con la inflamación producida. Los estudios de microscopio electrónica de barrido en el endometrio de mujeres que emplean DIU ponen de manifiesto alteraciones de la morfología superficial de las células, en especial de las microvellosidades de las células ciliadas se producen alteraciones de primera importancia en la composición de las proteínas dentro de la cavidad uterina, y se encuentran

nuevas proteínas e inhibidores de la proteinasa en los lavados del útero. El ambiente intrauterino alterado interfiere con el paso de los espermatozoides a través de la cavidad de este órgano, con lo que se impide la fecundación del óvulo.

El DIU no es causante de aborto, su eficacia anticonceptiva no depende de la interferencia con la implantación, aunque este fenómeno también se produce y es la base del empleo de los DIU de cobre para la anticoncepción de urgencia. El DIU que descarga progesterona (Progestasert) contiene progesterona natural en el tallo dentro de una cápsula de polímero que permite la liberación sostenida lenta de la hormona, aprobado para emplearse durante un año. En Europa se dispone de un dispositivo en "T" que descarga el progestágeno más potente llamado norgestrel produce concentraciones locales elevadas del progestágeno en la cavidad uterina, y concentraciones sanguíneas de cerca de la mitad de las observadas con el implante de levonorgestrel, que son suficientes para inhibir la ovulación en algunas mujeres."

Eficacia:

Los dispositivos de cobre T380 y en T de levonorgestrel producen tasas notablemente bajas de embarazo, menores de 0.2 por 100 mujeres al año, en un estudio comparativo, los embarazos totales durante un periodo de siete años fueron solo de 1.1% en las usuarias de la T de levonorgestrel y de 1.4 en las que emplearon el dispositivo de cobre. El dispositivo Progestasert tiene una tasa más elevada de fracasos, cerca de 3 por 100 mujeres por año. En el estudio Women's Health se observó que el dispositivo escudo de Dalkon (ahora fuera del mercado) incrementa el riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) hasta en 8 veces cuando las mujeres hospitalizadas por EIP se compararon con las mujeres testigo hospitalizadas por otras enfermedades. En contraste, el riesgo de los otros DIU fue notablemente menor, el riesgo relativo de EIP fue 2.2 en las mujeres que empleaban Progestasert, de 1.9 para las usuarias del Copper de 1.3 para las del SafT-Coil y de 1.2 para las que empleaban el asa de Lippes.²¹

En un estudio prospectivo de la Organización Mundial de la Salud, de mayor tamaño aún, se reveló que se incrementaba la EIP solo durante los primeros 20 días después de la inserción, la tasa de diagnóstico de EIP fue de 1.6 casos por 1 000 mujeres por año, el mismo que el observado en la población general. Tratamiento de la enfermedad inflamatoria pélvica, cuando se sospecha EIP en una mujer usuaria de DIU este debe retirarse de inmediato, se efectuarán los cultivos apropiados y se iniciará la administración de antibioticoterapia a dosis elevadas la presencia de absceso pélvico debe sospecharse y descartarse mediante exploración ultrasónica. Si ocurre el embarazo en una usuaria de DIU, se hará ectópico en cerca de 5% de los casos, esto se debe a que las trompas de Falopio están menos protegidas contra el embarazo que el útero.²²

En comparación con las mujeres que no emplean anticoncepción, sin embargo, las que emplean el dispositivo Copper T380 o el T levonorgestrel experimentan una reducción de 80 a 90% del riesgo de embarazo ectópico, que es una reducción mucho mayor que la observada en las usuarias de los métodos de barrera las mujeres que toman anticonceptivos orales experimentan una reducción de 90% del riesgo en contraste, el dispositivo Progestasert incrementa un poco el riesgo , probablemente porque la progesterona afecta a la motilidad tubaria y no inhibe la ovulación.²²

Contraindicaciones

Embarazo, antecedentes de EIP, hemorragia genital no diagnosticada, anomalías uterinas, grandes tumores fibroides, alergia a este metal y enfermedad de Wilson.

Inserción del dispositivo intrauterino

Se aconseja con firmeza la pre medicación con inhibidores orales de la prostaglandina como ibuprofeno, y se presta consideración a la profilaxis antibiótica con una tetraciclina. Los DIU suelen insertarse durante la menstruación con objeto de asegurarse que la paciente no está embarazada, pero se pueden insertar en cualquier momento durante el ciclo, la inserción va

precedida por una prueba embarazo y exploración pélvica para determinar el tamaño y la posición del útero.

La técnica de inserción es la siguiente:

1. Se expone el cuello uterino con un espéculo, se limpian bóveda vaginal y cuello uterino con solución bactericida.
2. Medir la cavidad del útero con una sonda uterina la profundidad de la cavidad debe ser, por lo menos, de 6 cm a partir de la boca externa.
3. Se puede efectuar un bloqueo paracervical con 10 ml de lidocaína al 1% mezclada con atropina (0.5 mg) para evitar el síncope vasovagal y volver mínimo el malestar. En algunas mujeres pueden sobre venir arritmias cardiacas graves con la estimulación cervical, que se evitarán con dichas medidas.
4. El empleo de un tenáculo para la inserción es indispensable a fin de prevenir la perforación del útero se sujeta el cuello uterino con el tenáculo, y se tira del mismo con suavidad hacia abajo para enderezar el ángulo entre el conducto cervical y la cavidad uterina. A continuación se introduce con suavidad el DIU cargado previamente en su dispositivo de inserción a través del conducto cervical.
5. Con los dispositivos del tipo en "T", como ParaGard y Progestasert, se retira la funda externa del aplicador a corta distancia para descargar los brazos de la T y, a continuación, se empuja suavemente hacia dentro una vez más para elevar la T abierta en estos momentos contra el fondo uterino.
6. Se retiran vaina exterior y estilete interior del dispositivo de inserción, y se cortan los dos cabos del dispositivo para que se proyecten unos 2 cm desde la boca cervical externa.

Si se diagnostica embarazo intrauterino y son visibles los hilos del DIU, este debe retirarse tan pronto como se pueda para prevenir el aborto séptico ulterior, la rotura prematura de membranas y el parto prematuro.

Si se encuentra el DIU, serían tres las opciones:

1. Efectuar aborto terapéutico

2. Efectuar remoción intrauterina del DIU guiada por ultrasonido
3. Dejar que prosiga el embarazo con el dispositivo colocado²²

Esterilización quirúrgica (ligadura de trompas y vasectomía)

Es el método más frecuente para el control de la fecundidad entre las parejas, las técnicas laparoscópicas para mujeres y la vasectomía para varones son procedimientos seguros y de los que se dispone con facilidad, la edad de los varones en el momento de la esterilización es de 30 años edad menor.

Esterilización femenina

La histerectomía no se considera para la esterilización, porque la morbilidad y la mortalidad son demasiado elevadas en comparación con la esterilización tubaria.

Son frecuentes cuatro procedimientos:

1. Esterilización tubaria en el momento de laparotomía por operación cesárea u otra operación abdominal
2. Mini laparotomía posparto poco después del parto vaginal.
3. Minilaparotomía de intervalo.
4. Laparoscopia.

Técnica de Pomeroy

Se reseca un asa de la trompa después de ligar su base con material de sutura absorbible sencillo. Una modificación del procedimiento es la resección de la porción media de la trompa después de ligar el segmento con dos puntos separados de material absorbible este procedimiento modificado tiene diversos nombres: salpingectomía parcial, técnica de puntos separados y procedimiento de Pomeroy modificado.²³

Método de Irving

Se reseca la parte media de la trompa, y el muñón proximal de cada una de ellas se vuelve en sentido retrógrado y se sepulta en una pequeña herida por transfixión de la pared uterina, sitio en el que se sutura, con lo que se produce un asa ciega.

Método de Uchida

Se inyecta una solución salina de adrenalina (1 :1000) por debajo de la mucosa de la porción media de la trompa, lo que separa a la mucosa de la trompa subyacente, la mucosa se abre a lo largo del borde antimesentérico de la trompa, y se reseca el segmento tubario bajo tracción de modo que el muñón proximal ligado se retraiga por debajo de la mucosa al soltarlo. A continuación la mucosa se cierra con puntos, y se sepulta el muñón proximal separándolo del distal. No ha ocurrido un solo embarazo en la serie personal de Uchida de más de 70 000 casos.²³

Laparoscopia

La técnica estándar de laparoscopia consiste en insuflar el abdomen con un gas (dióxido de carbono u óxido nitroso) a través de una aguja especial insertada en el borde inferior del ombligo se inserta un trocar puntiagudo con su funda a través de la pared abdominal en la misma localización, se retira el trocar y se inserta el laparoscópio en la cavidad abdominal a través de la vaina del trocar para visualizar los órganos pélvicos se inserta un segundo trocar de menor tamaño en la región supra púbica para permitir la inserción de pinzas sujetadoras especiales.

Beneficios de la esterilización

Además de una anticoncepción diferente, la ligadura tubaria se acompaña de reducción del riesgo de cáncer ovárico que persiste hasta durante 20 años después de la operación, y que después disminuye más.

Esterilización del varón

La vasectomía, que es la resección de una parte del conducto deferente, se efectúa con facilidad bajo anestesia local en el consultorio. No disminuye el rendimiento sexual la técnica básica consiste en palpar el conducto deferente a través del escroto, sujetarlo con los dedos o con pinzas traumáticas, efectuar una pequeña incisión sobre el mismo, y tirar de un asa del conducto hacia la incisión. Se reseca un pequeño segmento y a continuación se emplea el electrodo de aguja para coagular la luz de ambos extremos. Las técnicas mejoradas incluyen vasectomía "sin escarpelo", en la cual se emplea el extremo puntiagudo de unas pinzas para puncionar la piel sobre el conducto deferente.²⁴

Métodos naturales

Coito interrumpido

Se le llama así a la extracción del pene de la vagina antes de la eyaculación. Este método, junto con el aborto inducido y el matrimonio tardío, parecen constituir la mayor parte de la disminución de la fecundidad de la Europa preindustrial, el coito ¡interrumpido sigue siendo un método muy importante de control de la fecundidad en el tercer mundo.

Este método tiene ventajas manifiestas: disponibilidad inmediata y ningún costo en Oxford esto indica una tasa de fracasos de 6.7 por 100 mujeres año con este método.

El pene debe de estar totalmente afuera de la vagina a la vez que apartado de los genitales externos, puesto que ha habido embarazo por eyaculación sobre los genitales externos de la mujer sin penetración.

Amenorrea de la lactancia

La ovulación queda suprimida durante la lactancia. La succión del lactante sobre los pezones y la areolas maternas aumentan las concentraciones de prolactina y reduce –la secreción de hormona liberadora de gonadotropina

(GnRH) desde el hipotálamo, con lo que disminuye la secreción de hormona luteinizante (LH) y, como consecuencia, se inhibe la maduración folicular, la duración de esta supresión es variable, y se ve influida por la frecuencia y duración del amamantamiento, el tiempo transcurrido desde el último parto y, probablemente, el estado nutricional de la madre.

Incluso con el amamantamiento continuado, la ovulación reaparece pero es poco probable antes de los seis primeros meses, sobre todo si la mujer es amenorreica, esta amamantando por completo a su hijo y este último no recibe alimentos complementarios. Si se quiere retrasar el embarazo, debe utilizarse otro método anticonceptivo a partir del sexto mes después del parto, momento en el que aparece la menstruación, o tan pronto como se inicia la administración de alimentos complementarios. El riesgo de cáncer mamario se puede reducir en las mujeres que se han amamantado a sus hijos, pero no es claro si este beneficio obvio existe de manera independiente del primer embarazo.

Casi nunca se aconsejan los anticonceptivos orales combinados durante la lactancia, porque reducen la cantidad de leche producida por algunas mujeres, aunque pueden usarse una vez que se establece la producción de leche. Se pueden usar métodos hormonales sin estrógenos. Entre ellos están anticonceptivos orales solo por un progestágeno, implantes y productos inyectables, ninguno de los cuales disminuye la producción de leche. Los métodos de barrera, los espermicidas y los dispositivos intrauterinos son también buenas opciones por las madres que amamantan a sus hijos.

Abstinencia periódica

Con los métodos de abstinencia periódica las parejas intentan evitar el coito durante el periodo de fecundidad, alrededor del tiempo de ovulación.

Método del ritmo según calendario

La ovulación casi siempre ocurre unos 14 días antes del comienzo del siguiente periodo menstrual un método poco fiable.

Método del ritmo según la temperatura

Presencia de cambios discretos (un incremento sostenido de -17.5° en la temperatura basal matutina justo antes de la ovulación), este método tiene mayor probabilidad de éxito siempre y cuando se evite el coito durante cada ciclo menstrual hasta que pasa por completo la elevación de la temperatura por la ovulación. Para que este método sea efectivo la mujer debe abstenerse de tener relaciones sexuales desde el primer día de la menstruación hasta el tercer día después de que se eleve su temperatura el índice de embarazos indeseados es de 2% en el primer año.²⁵

Método de Billings o del moco cervical

Se basa en la resequedad y humedad vaginal, las cuales son consecuencias de los cambios de los cambios que sufre la cantidad y calidad del moco cervical en los diversos periodos del ciclo menstrual. Es necesario que haya abstinencia desde el comienzo de la menstruación hasta cuatro días después de identificar el moco filante, aunque este método no es muy popular, si se utiliza con precisión el índice de fracasos en el primer años es de aproximadamente 3 %.

Eficacia

La Organización mundial de la salud valoro el método de la ovulación en un estudio de cinco países. Las mujeres que terminaron con buenos resultados tres ciclos mensuales de enseñanza ingresaron en un estudio de eficacia de 13 ciclos. Trussell y Grummer-Strawn calcularon una probabilidad de 3.1% de embarazo en un año para la pequeña proporción de parejas que usaron el método perfectamente y una probabilidad de 86.4% de embarazo para las restantes. Como los espermatozoides pueden sobrevivir varios días en las vías genitales femeninas, incluso la abstinencia de una semana alrededor del

tiempo de la ovulación real no ofrece garantía alguna contra el embarazo. También puede haber ovulación incluso en ausencia de menstruación. Ha habido embarazos después de un solo acto sexual siete días antes de la ovulación manifiesta a juzgar por la temperatura corporal basal. Las infecciones vaginales incrementan la secreción vaginal, lo que complica la aplicación del método.

La predicción adelantada precisa del momento de la ovulación facilitaría, en gran medida, tanto el uso como la eficacia de la abstinencia periódica. Se están explorando dispositivos en los que se combinan un termómetro electrónico y computadoras pequeñas en un esfuerzo por mejorar la precisión de la temperatura corporal basal como factor de predicción de la fase fecunda. La vigilancia de los estrógenos en el hogar brinda cuatro o más días de advertencia antes de la ovulación y permite que se readapté el coito uno a tres días después de ella. Otro criterio es la identificación de micro cristales en la saliva como indicación de que se aproxima la ovulación.

Riesgos

Las concepciones resultantes del coito remoto en relación con el momento de la evolución culminan más a menudo en aborto espontáneo que las concepciones producidas por el coito durante la mitad del ciclo. Sin embargo, no son más frecuentes las malformaciones.²⁶

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

MÉTODO ANTICONCEPTIVO: impide o reduce significativamente la posibilidad de una fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales de carácter heterosexual que incluyen coito vaginal.

MÉTODO DE BARRERA: método anticonceptivo que impiden la unión del óvulo con el espermatozoide, ej. Preservativo o condón, diafragma, capuchón cervical, etc.

Dispositivo Intrauterino (DIU): dispositivo plástico con elementos metálicos (ej. cobre), que se coloca dentro del útero para impedir la fecundación.

HORMONA: Sustancias que son mensajeros químicos del cuerpo, controlan numerosas funciones y circulan a través de la sangre hasta los órganos y tejidos.

PROGESTÁGENOS: son un grupo de hormonas en el que se incluye la progesterona los progestágenos son uno de las cinco clases principales de hormonas esteroides, además de los estrógenos, andrógenos, mineralocorticoides, y glucocorticoides.

LEVONORGESTREL: Es el principio activo de algunos métodos anticonceptivos hormonales como los implantes subcutáneos, los anticonceptivos de emergencia.

LIGADURA DE TROMPAS: Consiste en ligar las trompas de Falopio con grapas a fin de impedir que el óvulo se implante en el útero o que los espermatozoides se encuentren con él.

VASECTOMÍA: Operación quirúrgica para seccionar los conductos deferentes que transportan a los espermatozoides de los testículos al exterior cuando se eyacula.

EMBARAZO ECTÓPICO: es una complicación del embarazo en la que el óvulo fertilizado se desarrolla en los tejidos distintos de la pared uterina ya sea en la trompa de Falopio o canal cervical.

ESPERMICIDA: Sustancias químicas que alteran la movilidad o matan los espermatozoides.

COITO: Consiste en la introducción del pene en la vagina en el caso de parejas heterosexuales fértiles, también pueden estar presentes fines reproductivos.

PATERNIDAD RESPONSABLE: Capacidad de la pareja de decidir libre responsablemente el procedimiento que utilizaran para tener el número de hijos que puedan alimentar, vestir, educar y amar dignamente.

SALUD : La OMS define la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades.

SALUD REPRODUCTIVA: Una situación en la que el proceso reproductivo se lleva a cabo en un estado de completo bienestar físico, mental y social y no es solamente la ausencia de afecciones o enfermedades del proceso reproductivo.

RIESGO REPRODUCTIVO : Se conoce como riesgo preconcepcional a la probabilidad que tiene una mujer no gestante de sufrir daño(ella o su producto) durante el proceso de la reproducción, el riesgo puede ser de carácter biológico, psicológico y social.

2.4. HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.4.1 HIPÓTESIS GENERAL

El nivel de Conocimiento se determinará mediante el uso de métodos anticonceptivos en la población sexualmente activa de 15 a 24 años en la ciudad de Pisco

2.4.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICA

El nivel de Conocimiento no se determinará mediante el uso de métodos anticonceptivos en la población sexualmente activa de 15 a 24 años en la ciudad de Pisco

2.5. VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

Conocimiento sobre MAC

Uso de MAC

VARIABLE INDEPENDIENTE

Edad

Sexo

Grado de Instrucción

Definición conceptual de las variables

Conocimiento sobre MAC.- Información de que se dispone sobre MAC.

Uso de MAC.- Acción de utilizar un MAC

Sexo.- Características genotípicas y fenotípicas del sujeto en relación al género.

Grupos etáreos.- Edad clasificada en grupos

Grado de Instrucción.- Grado o año escolar más alto aprobado dentro de los niveles que se imparten en escuelas y universidades públicas y privadas del país.

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	Tipo	Escala	Indicador	Instrumento	Fuente
Sexo	Independiente	Nominal	Masculino Femenino	Ficha de datos	Persona de 15 a 24 años
Grupos etáreos	Independiente	Intervalo	15 a 19 años 20 a 24 años	Ficha de datos	Persona de 15 a 24 años
Grado de instrucción	Independiente	Ordinal	Analfabeto Primaria Secundaria Superior	Ficha de datos	Persona de 15 a 24 años
Conocimiento sobre MAC	Dependiente	Nominal	Adecuado Regular Inadecuado	Cuestionario	Persona de 15 a 24 años
Uso de MAC	Dependiente	Nominal	Tipo	Cuestionario	Persona de 15 a 24 años

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

No experimental pues los datos se obtuvieron sin modificarlos, descriptiva pues se describe las características del fenómeno en estudio, transversal pues se midió la variable en un solo tiempo, prospectiva pues se tomaron los datos a propósito de la investigación.

3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo

3.1.3. MÉTODO

Deductivo pues el análisis se inicia con el problema general y luego se analiza sus características

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

3.2.1. POBLACIÓN

El estudio es en las personas de 15 a 24 años que son pobladores de la ciudad de Pisco y que se encuentren sexualmente activos, que son aproximadamente 1980 entre ambos sexos.

3.2.2. MUESTRA

Se aplicará la fórmula de una proporción con población conocida

$$n = \frac{N * z^2 * P * Q}{d^2 * (N-1) + z^2 * P * q}$$

$$N = 1980$$

$$p = 0.2$$

$$q = 1 - 0.2 = 0.8$$

$$Z = 1.96$$

$$d = 5\% = 0.05$$

$$n = \frac{1980 (1.96)^2 (0.2) (0.8)}{(0.05)^2 (1980 - 1) + (1.96)^2 (0.2) (0.8)}$$

$$n = 218$$

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1. TÉCNICAS

Encuesta pues se aplicará un cuestionario a fin de obtener los datos.

3.3.2. INSTRUMENTOS

Ficha de recolección de datos donde se consignan los datos necesarios para la realización de la investigación.

Cuestionario.- Donde se consignan las preguntas correspondientes para obtener el nivel de conocimientos sobre los métodos anticonceptivos.

3.4. PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos obtenidos fueron tabulados en el programa SPSS v23 de donde se obtuvieron las estadísticas descriptivas y analizados para ser presentados en forma de tablas y gráficos.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

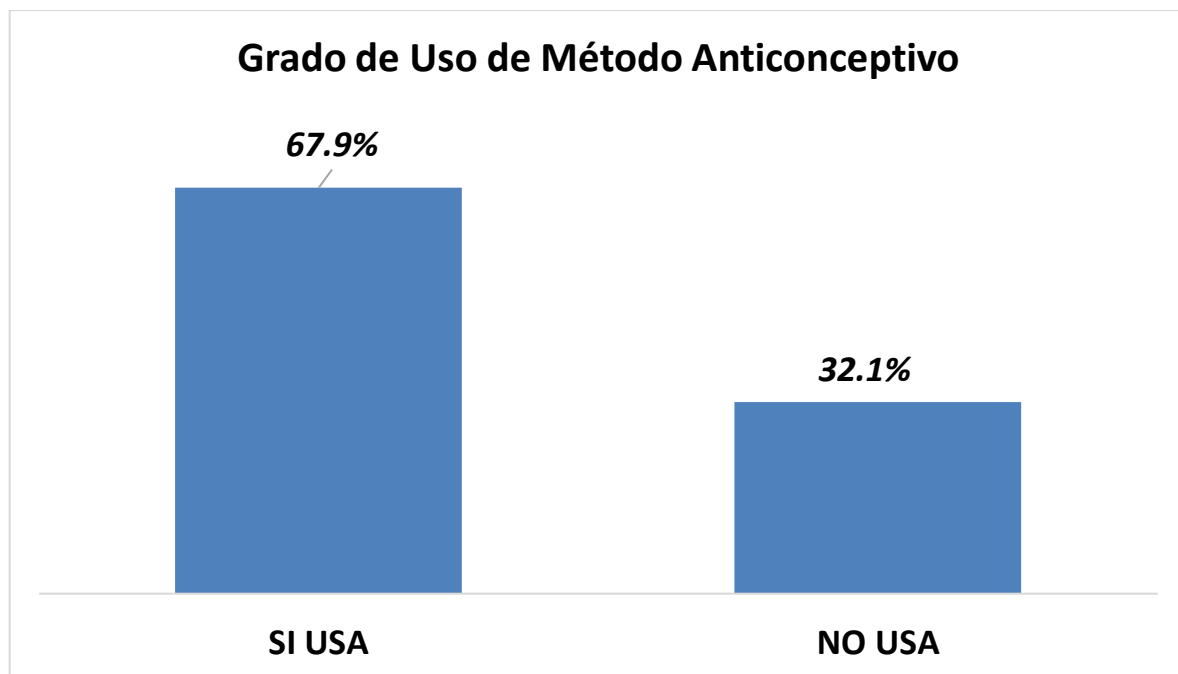
Tabla N° 01
GRADO DE USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA POBLACIÓN
SEXUALMENTE ACTIVA DE 15 A 24 AÑOS DE EDAD DE LA CIUDAD DE
PISCO SETIEMBRE 2017

USO DE MAC	Frecuencia absoluta	Frecuencia porcentual
SI USA	148	67.9%
NO USA	70	32.1%
Total	218	100.0%

Fuente: Población sexualmente activa de 15 a 24 años

La tabla muestra que de la población sexualmente activa de 15 a 24 años, el 67.9% usan algún método anticonceptivo, y el 32.1% no usa ningún método anticonceptivo.

Gráfico N° 01



Fuente: Población sexualmente activa de 15 a 24 años

Tabla N° 02

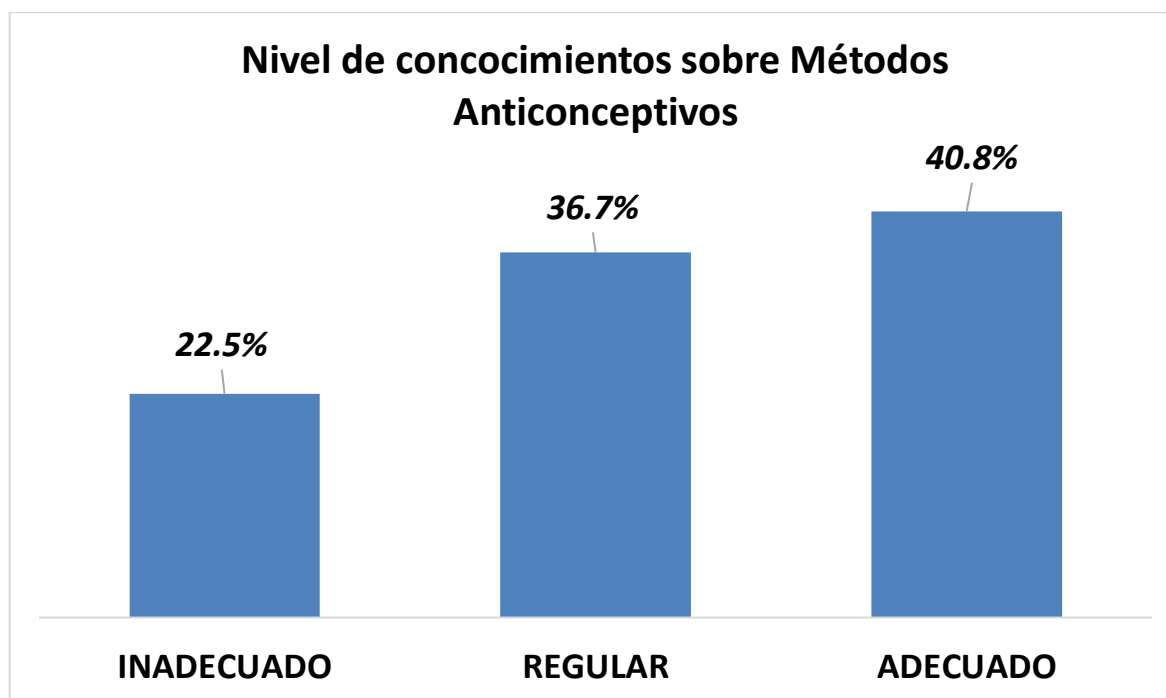
NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA POBLACIÓN SEXUALMENTE ACTIVA DE 15 A 24 AÑOS DE EDAD DE LA CIUDAD DE PISCO SETIEMBRE 2017

CONOCIMIENTOS SOBRE MAC	Frecuencia absoluta	Frecuencia porcentual
INADECUADO	49	22.5%
REGULAR	80	36.7%
ADECUADO	89	40.8%
Total	218	100.0%

Fuente: Población sexualmente activa de 15 a 24 años

La tabla muestra que de la población sexualmente activa de 15 a 24 años, el 22.5% tienen nivel de conocimientos inadecuado, el 36.7% tiene regular y el 40.8% tiene nivel adecuado.

Gráfico N° 02



Fuente: Población sexualmente activa de 15 a 24 años

Tabla N° 03

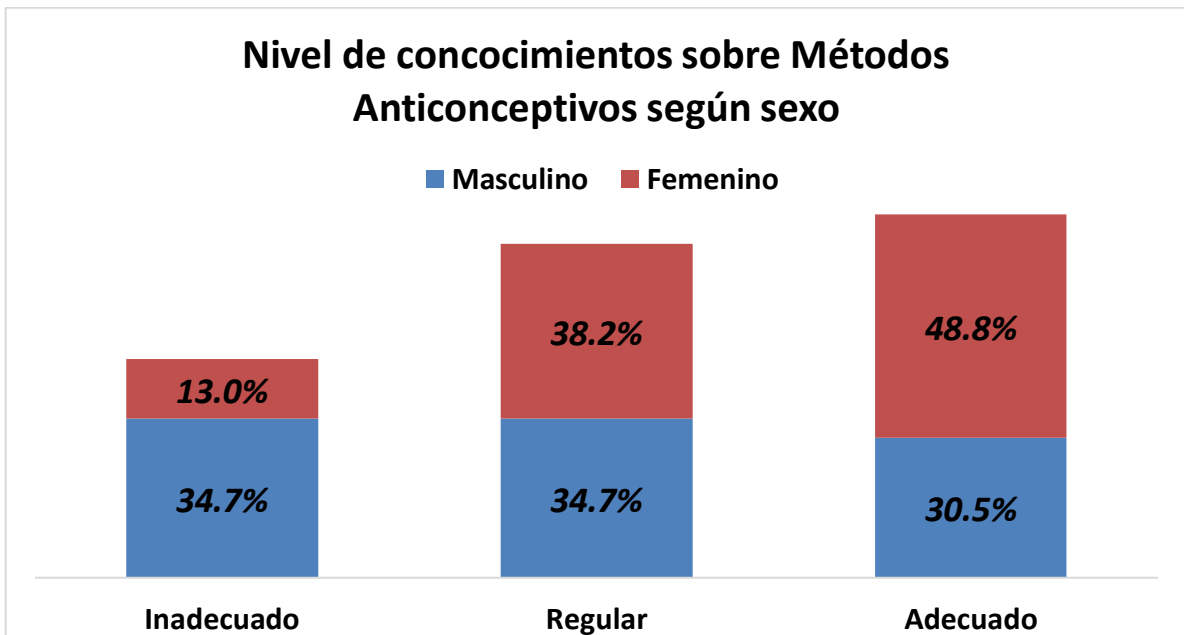
NIVEL DE CONOCIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA POBLACIÓN SEXUALMENTE ACTIVA DE 15 A 24 AÑOS DE EDAD DE LA CIUDAD DE PISCO SETIEMBRE 2017 SEGÚN SEXO

Conocimientos	SEXO		Total
	Masculino	Femenino	
Inadecuado	33	16	49
	34.7%	13.0%	22.5%
Regular	33	47	80
	34.7%	38.2%	36.7%
Adecuado	29	60	89
	30.5%	48.8%	40.8%
Total	95	123	218
	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Población sexualmente activa de 15 a 24 años

La tabla muestra que de la población sexualmente activa de 15 a 24 años, el sexo masculino tiene más porcentaje de conocimientos inadecuados 34.7% en comparación con las mujeres 13%, el nivel regular es similar en ambos sexos y el nivel adecuado es más frecuente en las mujeres 48.8% en comparación con los hombres 30.5%

Gráfico N° 03



Fuente: Población sexualmente activa de 15 a 24 años

Tabla N° 04

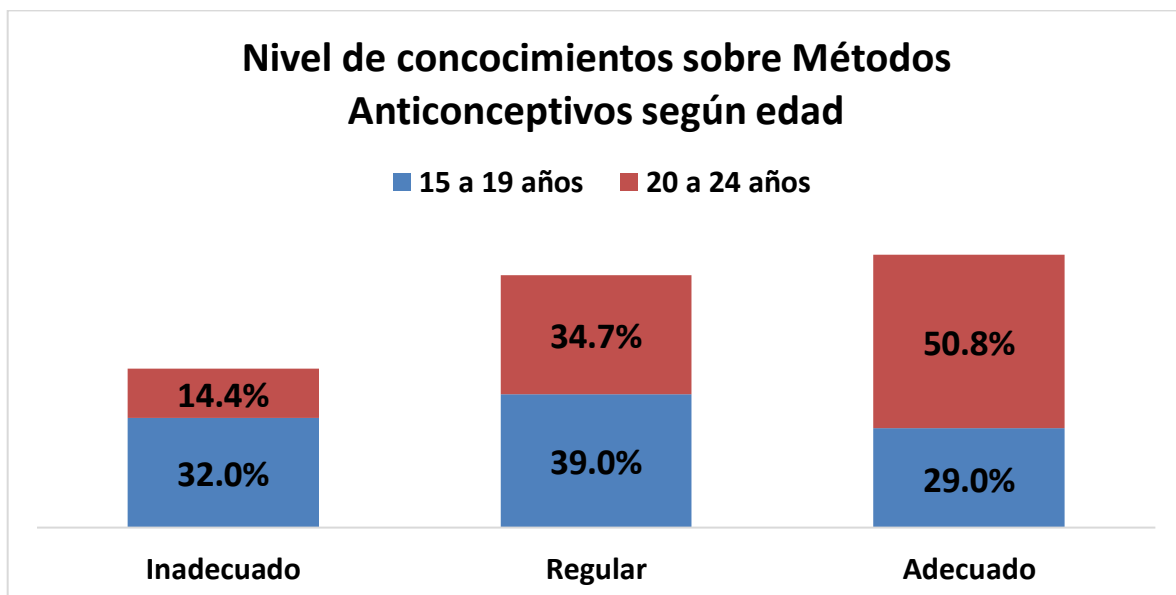
NIVEL DE CONOCIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA POBLACIÓN SEXUALMENTE ACTIVA DE 15 A 24 AÑOS DE EDAD DE LA CIUDAD DE PISCO SETIEMBRE 2017 SEGÚN EDAD

Conocimientos	EDAD		Total
	15 a 19 años	20 a 24 años	
Inadecuado	32	17	49
	32.0%	14.4%	22.5%
Regular	39	41	80
	39.0%	34.7%	36.7%
Adecuado	29	60	89
	29.0%	50.8%	40.8%
Total	100	118	218
	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Población sexualmente activa de 15 a 24 años

La tabla muestra que de la población sexualmente activa de 15 a 24 años, los de 15 a 19 años tiene más porcentaje de conocimientos inadecuados 32% en comparación con las de 20 a 24 años 14.4%, el nivel regular es más alto en el grupo de 15 a 19 años 39% y el nivel adecuado es más frecuente en los de 20 a 24 años 50.8% en comparación con los de 15 a 19 años 29%.

Gráfico N° 04



Fuente: Población sexualmente activa de 15 a 24 años

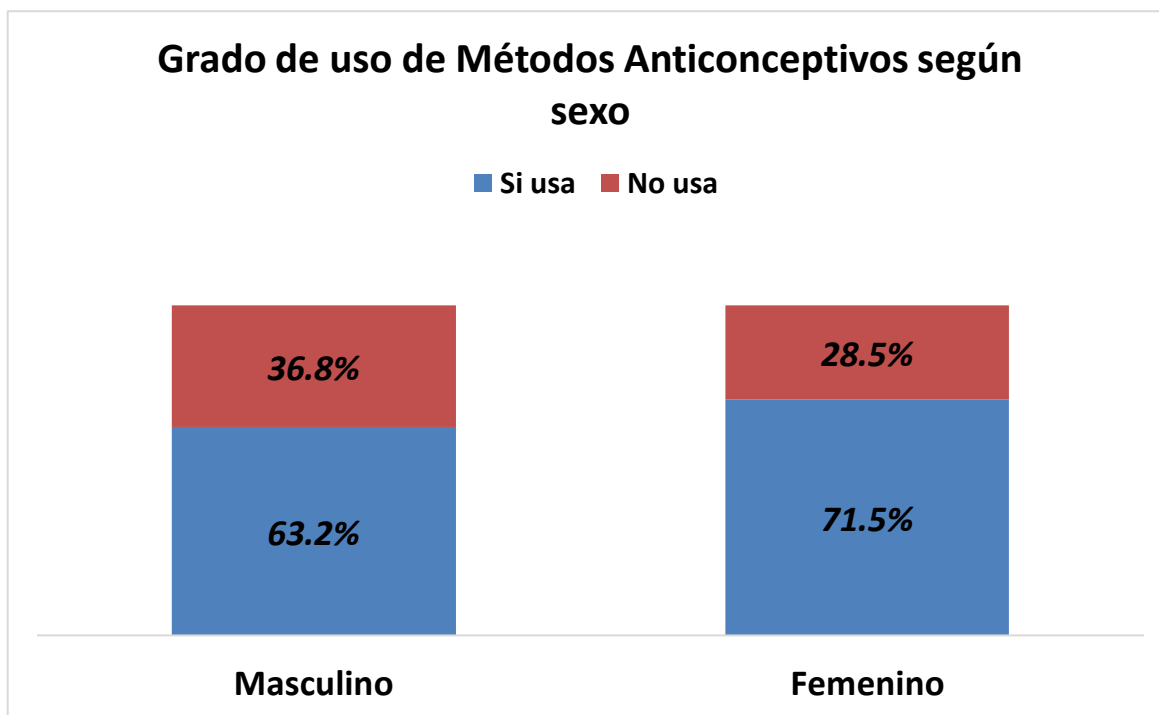
Tabla N° 05
GRADO DE USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA POBLACIÓN
SEXUALMENTE ACTIVA DE 15 A 24 AÑOS DE EDAD DE LA CIUDAD DE
PISCO SETIEMBRE 2017 SEGÚN SEXO

Uso de MAC	SEXO		Total
	Masculino	Femenino	
Si usa	60	88	148
	63.2%	71.5%	67.9%
No usa	35	35	70
	36.8%	28.5%	32.1%
Total	95	123	218
	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Población sexualmente activa de 15 a 24 años

La tabla muestra que de la población sexualmente activa de 15 a 24 años, los de más porcentaje de uso de métodos anticonceptivos es el sexo femenino 71.5% en comparación con el sexo masculino 63.2%.

Gráfico N° 05



Fuente: Población sexualmente activa de 15 a 24 años

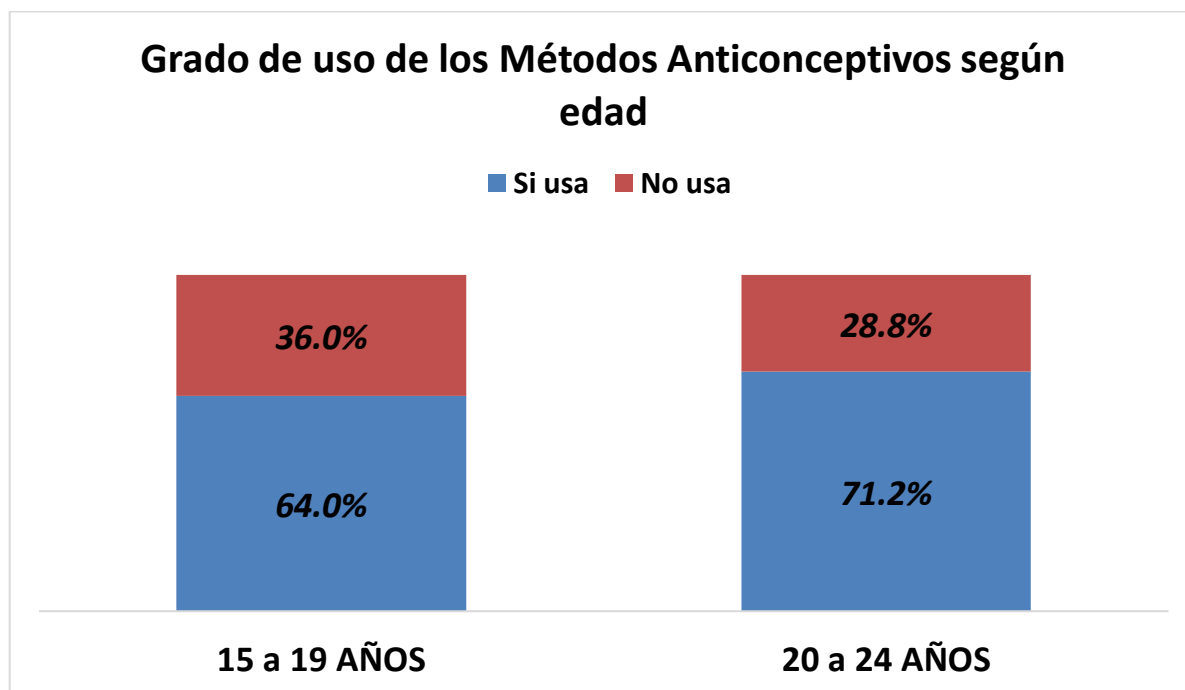
Tabla N° 06
GRADO DE USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA POBLACIÓN
SEXUALMENTE ACTIVA DE 15 A 24 AÑOS DE EDAD DE LA CIUDAD DE
PISCO SETIEMBRE 2017 SEGÚN EDAD

Uso de MAC	EDAD		Total
	15 a 19 AÑOS	20 a 24 AÑOS	
Si usa	64	84	148
	64.0%	71.2%	67.9%
No usa	36	34	70
	36.0%	28.8%	32.1%
Total	100	118	218
	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Población sexualmente activa de 15 a 24 años

La tabla muestra que de la población sexualmente activa de 15 a 24 años, los de 20 a 24 años tiene más porcentaje de uso de métodos anticonceptivos 71.2% en comparación con los de 15 a 19 años 64%.

Gráfico N° 06



Fuente: Población sexualmente activa de 15 a 24 años

Tabla N° 07

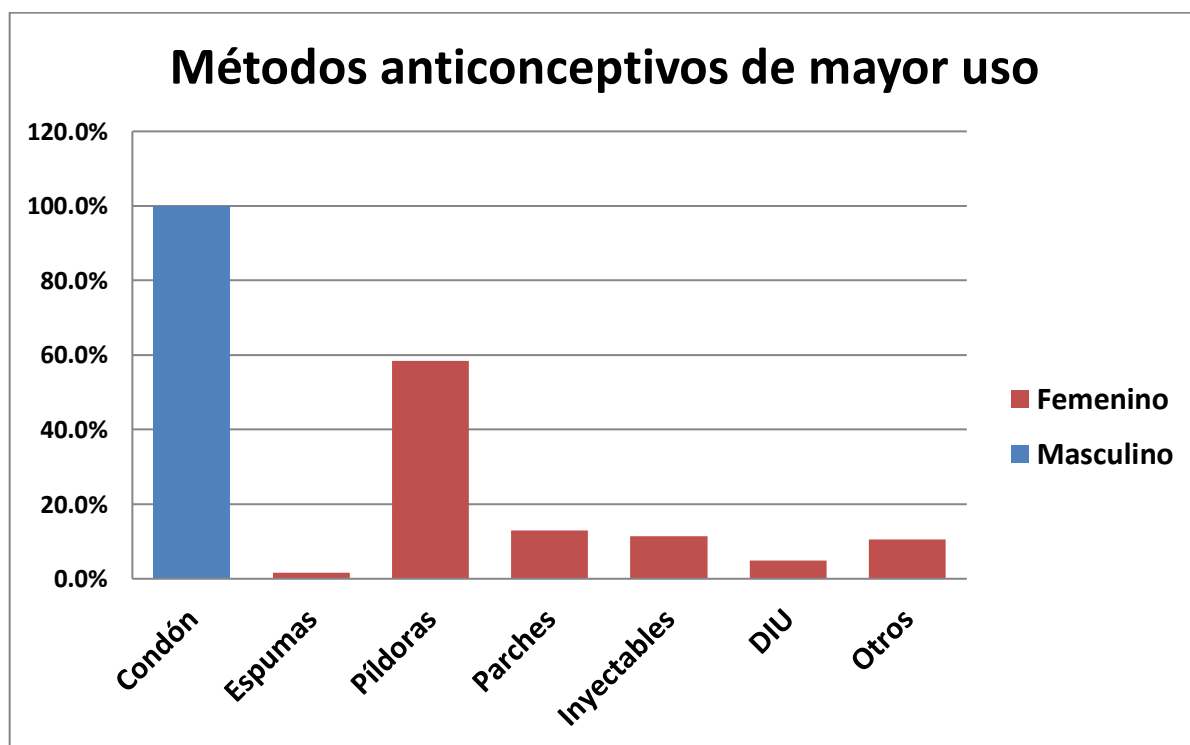
MÉTODO ANTICONCEPTIVO DE MAYOR USO EN LA POBLACIÓN SEXUALMENTE ACTIVA DE 15 A 24 AÑOS DE EDAD DE LA CIUDAD DE PISCO SETIEMBRE 2017 SEGÚN SEXO

MAC	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Condón	95	100%	0	0.0%	95	43.6%
Espumas	0	0.0%	2	1.6%	02	0.9%
Píldoras	0	0.0%	72	58.5%	72	33.0%
Parches	0	0.0%	16	13.0%	16	7.3%
Inyectables	0	0.0%	14	11.4%	14	6.4%
DIU	0	0.0%	6	4.9%	06	2.8%
Otros	0	0.0%	13	10.6%	13	6.0%
Total	95	100%	123	100%	218	100%

Fuente: Población sexualmente activa de 15 a 24 años

La tabla muestra que el método anticonceptivo de mayor uso en el sexo masculino es el condón 100%, mientras que en el femenino es la píldora anticonceptiva 58.5%.

Gráfico N° 07



Fuente: Población sexualmente activa de 15 a 24 años

Tabla N° 08

GRADO DE USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LA POBLACIÓN SEXUALMENTE ACTIVA DE 15 A 24 AÑOS DE EDAD DE LA CIUDAD DE PISCO SETIEMBRE 2017 SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN

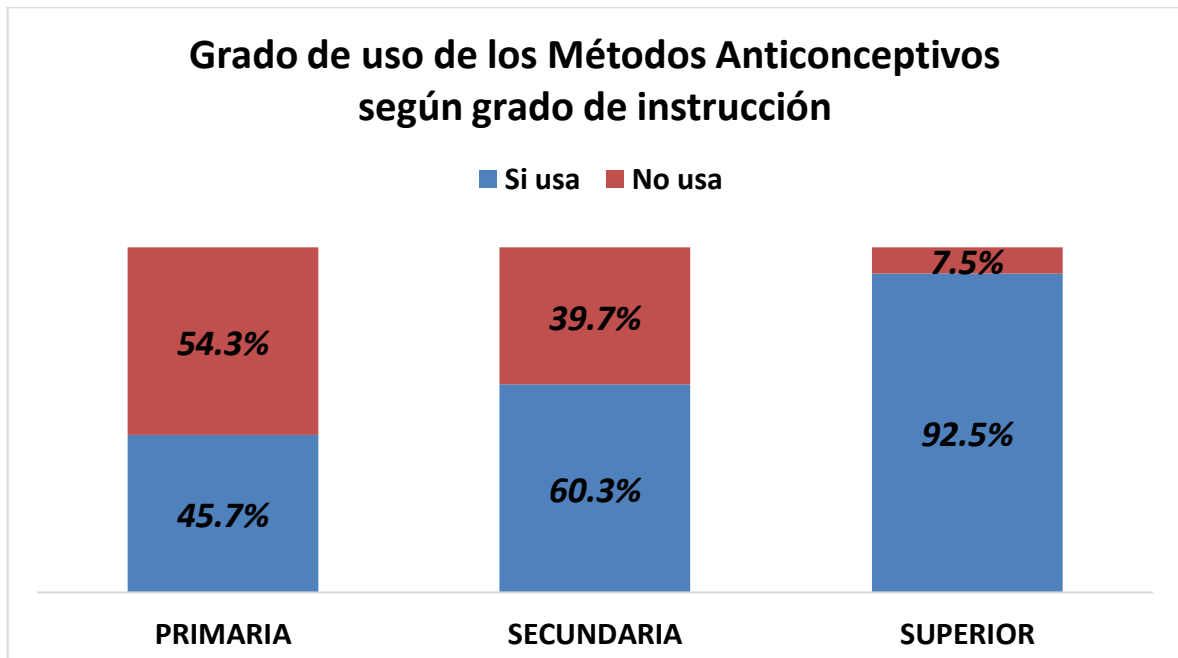
Uso de MAC	GRADO DE INSTRUCCIÓN			Total
	PRIMARIA	SECUNDARIA	SUPERIOR	
Si usa	16	70	62	148
	45.7%	60.3%	92.5%	67.9%
No usa	19	46	5	70
	54.3%	39.7%	7.5%	32.1%
Total	35	116	67	218
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Población sexualmente activa de 15 a 24 años

Fuente: Elaboración propia

La tabla muestra que de la población sexualmente activa de 15 a 24 años, los de grado de instrucción superior tiene más porcentaje de uso de métodos anticonceptivos 92.5% en comparación con los de secundaria y primaria 60.3% y 45.7% respectivamente.

Gráfico N° 08



Fuente: Población sexualmente activa de 15 a 24 años

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

La investigación reveló en la tabla N° 1 que, la población sexualmente activa de 15 a 24 años de edad el 67.9% usan algún tipo de anticonceptivo para sus relaciones sexuales, existiendo un alto porcentaje que no la usan como es el 32.1% que están teniendo relaciones sexuales de riesgo para embarazos no deseados, y considerando que son personas muchas de ellas adolescentes que ponen en riesgo su futuro profesional y personal. Al respecto el 20% de los adolescentes evaluados refiere usar métodos anticonceptivos en un estudio realizado por Mallma Yataco K. en Lima en un Colegio de secundaria. Así mismo Díaz Delgado E.¹² determina que existe asociación entre el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos y uso de los mismos en una investigación desarrollada en Lima, Perú. Fernández-Honorio I.¹⁴ en San Juan de Lurigancho de Lima encuentra que el 58 % usa algún método de vez en cuando, seguido del 26 % que lo usa siempre y el 16 % nunca lo usa, resultados que tienen similitud con el encontrado en el estudio.

En la tabla 2 se revela que conocimientos adecuados sobre métodos anticonceptivos solo presentan el 40.8% de los encuestados, mientras que el

36.7% de ellos presentan nivel de conocimientos regular y el 22.5% presenta nivel de conocimientos inadecuados, por lo que existe un alto porcentaje de personas de 15 a 24 años que están en riesgo de presentar infecciones de transmisión sexual o embarazos no deseados o no planificados que sumando los de nivel regular e inadecuado hacen el 59.2% de los encuestados. Estudios como el desarrollado por Carrillo Cardona A.⁵ en Guatemala encuentra que el 47% tienen un adecuado conocimiento sobre los métodos anticonceptivos en estudiantes de medicina, que a pesar que su estudio no es en el mismo tipo de población sin embargo sus resultados son similares al encontrado en el estudio También Atehortua Puerta W.⁶ en Colombia determinó que los métodos anticonceptivos del cual tienen más conocimientos los estudiantes resultaron ser: los preservativos, coito interrumpido y los anticonceptivos hormonales y el dispositivo intrauterino. También Zambrano Pantón M.⁷ en el Ecuador encuentra que el 86% de los adolescentes tienen un conocimiento sobre anticoncepción adecuado que dista de lo encontrado en el estudio lo que se debería a la diferente realidad estudiada. Además, se encontró alto porcentaje de adolescentes con adecuado conocimiento en Ambato Ecuador en el estudio realizado por Sánchez⁸ sin embargo Sánchez-Meneses M.⁹ encuentra una alta proporción de nivel de conocimiento deficientes en puérperas del Hospital Daniel Alcides Carrión de México. Del Pino Duymovich D.¹⁰ en KLima encuentra resultados similares al nuestro concluyendo que el nivel de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos fue “Medio” en el 43% de las madres adolescentes, “Bajo” en el 32% y “Alto” en el 25%. Y Moras Rosado M.¹³ en Lima encuentra que la mayoría presentaba un nivel de conocimiento “Deficiente” de las puérperas evaluadas en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Lima.

En la tabla N° 3 se indica que el nivel de conocimientos adecuados sobre los métodos anticonceptivos es más alto en el sexo femenino 48.8% frente al 30.5% en el sexo masculino, lo que indica la mayor responsabilidad en el sexo femenino probablemente porque son ellos los que finalmente llevan el embarazo y se

preocupan por tener embarazos planificados lo que hace que se informen más sobre el tema.

En relación a la edad en la tabla N° 4 se encontró que el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos es mejor en el grupo etáreo de entre 20 a 24 años con 50.8% en comparación con los de 15 a 19 años que solo son el 29%, lo que indica que los menores son los que se encuentran en mayor riesgo de presentar embarazos no planificados y muchos de ellos no deseados.

En la tabla 5 se indica que el uso de los métodos anticonceptivos según sexo este es mayor en el sexo femenino 71.5% en comparación con el sexo masculino que es de 63.2%, lo que indica que la mayor responsabilidad en este sexo lo que le protege de embarazos no planificados, pero existe un 28.55 de mujeres que no usan anticonceptivos, y un 36.8% de hombres que tampoco usan métodos anticonceptivos por lo que el riesgo alto para embarazos no planificados.

En relación al uso de métodos anticonceptivos según grupos etáreos se encontró como se muestra en la tabla N° 6 que son los del grupo de 20 a 24 años los que mayormente lo usan 71.2% en comparación al 64% que usan los métodos, existiendo un 28.8% de personas de 20 a 24 años de edad que no usan y un 36% de personas de 15 a 19 años que tampoco usan métodos anticonceptivos, indicando un alto porcentaje de personas en riesgo para embarazos no planificados y de infecciones de transmisión sexual.

Así mismo en la tabla N° 7 se presenta los anticonceptivos de mayor uso según sexo, encontrándose que en el sexo masculino es más frecuente es el condón y en las mujeres es la píldora anticonceptiva. En las mujeres también se encuentra que usan parches, inyectables, espumas, dispositivos intrauterinos, y en el rubro de otros se encuentran el método del ritmo, y coito interrumpido.

Para finalizar se analizó el uso de métodos anticonceptivos según grado de instrucción, encontrándose que son las que tienen grado de instrucción superior son los que más usan anticonceptivos 92.5% que se debería a que se encuentra más informada y su condición indica mayor responsabilidad. Por lo que es la

población con menor grado de instrucción es la que más riesgo tiene de presentar embarazos no planificados.

CONCLUSIONES

1. De la población sexualmente activa de la ciudad de Pisco de entre 15 a 24 años, el 67.9% usa algún método anticonceptivo, y el 32.1% no usa ningún método anticonceptivo.
2. En la población sexualmente activa de la ciudad de Pisco de entre 15 a 24 años el 22.5 % tiene nivel de conocimiento inadecuado, el 36.7% regular y el 40.8% tiene nivel adecuado sobre métodos anticonceptivos.
3. La población sexualmente activa de Pisco de entre 15 a 24 años, el sexo masculino tiene más porcentaje de conocimientos inadecuados 34.7% en comparación con las mujeres 13%.
4. La población sexualmente activa de Pisco de entre 15 a 24 años, el grupo etáreo de 15 a 19 años tiene más porcentaje de conocimientos inadecuados 32% en comparación con las de 20 a 24 años 14.4%.
5. En la población sexualmente activa de Pisco de entre 15 a 24 años, el mayor porcentaje de uso de métodos anticonceptivos está representado en el sexo femenino con un 71.5%
6. La población sexualmente activa de Pisco de entre 15 a 24 años, el grupo etáreo de 15 a 19 años tienen menos porcentaje de uso de métodos anticonceptivos 64% en comparación con los de 20 a 24 años 71.2%.
7. El método anticonceptivo de mayor uso en el sexo masculino es el condón 100%, mientras que en el femenino es la píldora anticonceptiva 58.5%.

8. La población sexualmente activa de Pisco de entre 15 a 24 años, los de grado de instrucción superior tiene más porcentaje de uso de métodos anticonceptivos 92.5% en comparación con los de secundaria y primaria 60.3% y 45.7% respectivamente.

RECOMENDACIONES

1. Difundir el uso de los métodos anticonceptivos en la población de la ciudad de Pisco, insistiendo en la importancia y en los beneficios de estos métodos, ello se logra a través de difusión radial, televisiva o por cualquier medio de difusión masiva; ello debe estar a cargo del personal de obstetricia del Hospital.
2. Enseñar en los ambientes de conglomerado de adolescentes como son los colegios y escuelas sobre sexualidad y métodos anticonceptivos, así mismo en lugares de esparcimiento donde se encuentran adolescentes o adultos jóvenes, ello se puede lograr a través de reparto de trípticos informativos.
3. La difusión de información sobre métodos anticonceptivos debe insistirse sobre todo en el sexo masculino pues este género que se encuentra más vulnerable al uso de anticonceptivos.
4. La información debe ser difundida en mayor énfasis en los grupos etáreos menores de 15 a 19 años siendo los más vulnerables pues son las y los más irresponsables desde el punto de vista sexual.
5. Facilitar el acceso a los métodos anticonceptivos de todos los que lo requieran sobre todo a los varones pues son ellos los que menos lo usan.
6. Realizar actividades preventivas promocionales donde se puede brindar información y entrega de métodos anticonceptivos gratuitos sobre todo a los menores sexualmente activos como son los de 15 a 19 años. Así como fomentar la aplicación de la Norma técnica de Planificación Familiar

Resolución Ministerial Nro. 652-2016/MINSA que indica que los servicios integrales serán ofrecidos en todos los establecimientos de salud públicos del país de manera gratuita, incluyendo la historia clínica, orientación/consejería, la provisión de métodos anticonceptivos y Anticonceptivo de Emergencia (AE) para los adolescentes.

7. Distribuir los diferentes métodos anticonceptivos en ambos sexos insistiendo en los que mejores resultados brindan según las cualidades de los usuarios.
8. Acercarse a las personas de menor grado de instrucción pues son ellos los que menos conocimientos tienen sobre los métodos anticonceptivos y son los que menos lo usan, a fin de, facilitarles en sus domicilios los métodos anticonceptivos de mejor eficiencia según el tipo de persona.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- 1.- OMS, Organización de las Naciones Unidas, Embarazo Adolescente 2013. [en línea], fecha de consulta 13 de enero de 2015. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>
- 2.- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Prevención del embarazo adolescente, Una Mirada Completa, Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, [en línea], fecha de consulta, Septiembre de 2014, <http://aecid.lac.unfpa.org/webdav/site/AECID/shared/files/Prevenci%C3%b3n%20del%20embarazo%20adolescente.%20Una%20Mirada%20Completa.pdf>
- 3.- Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. Perú: ENDES; 2013. [Citado 27 setiembre 2015]. Disponible en: http://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/httpwwwineigobpemediamenurecursivopublicaciones_digitalesestlib1151indexhtml-7561/
- 4.- Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. Perú: INEI; 2014. [Citado 30 setiembre 2015] Disponible en: http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1157/libro.pdf
- 5.- Carrillo Cardona A. (2013). Conocimiento sobre los métodos anticonceptivos en estudiantes de último año de la carrera de medicina en el Hospital Roosevelt. Guatemala, julio-agosto 2013. Guatemala de la Asunción, 2014
- 6.- Atehortua Puerta W (2011). Conocimiento métodos anticonceptivos en estudiantes de pregrado. Colombia. Revista Ciencia y Cuidado Volumen 8 / Número 1 / AÑO 2011
- 7.- Zambrano Pantón M. (2015). Conocimientos de métodos anticonceptivos y determinar el número de adolescentes embarazadas en la unidad educativa “Mariana de Jesús” del Cantón macará en el año lectivo 2014-2015. Loja Ecuador.

- 8.- Sánchez Reyes L. Factores que impiden el uso de métodos anticonceptivos para la prevención del embarazo en pacientes adolescentes atendidas en el Hospital General docente Ambato durante el período septiembre 2014 enero 2015 [Tesis pregrado]. Ecuador. Universidad Técnica De Ambato. Facultad De Ciencias De La Salud. Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/9262>
- 9.- Sánchez Meneses M., et al. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud. *Aten Fam.* 2015;22(2):35-38. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2015/af152b.pdf>
- 10.- Del Pino Duymovich D. (2016). Nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en madres adolescentes del “Centro de Salud Chorrillos I Gustavo Lanatta Luján” febrero – abril 2015 Lima Perú 2016
- 11.- Mallma Yataco K. (2017). Conocimiento y Uso de Métodos Anticonceptivos en adolescentes de 4to. -5to. De secundaria del Colegio Andrés A. Cáceres. Setiembre a noviembre - 2015
- 12.- Díaz, E. Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y factores sociodemográficos en adolescentes del Colegio Nacional Nicolás La Torre, 2014 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Medicina Humana; 2015. Disponible en:
http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1187/3/Diaz_e.pdf
- 13.- Moras M. Relación entre el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en las pacientes puérperas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Enero 2015 [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Facultad De Medicina Humana, 2015.
- 14.- Fernández-Honorio I., Conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en adolescentes de centros educativos del distrito de San Juan de Lurigancho. *Ágora Rev. Cient.*2015; 02(01):79-88. Disponible en:
<http://revistaagora.com/index.php/cieUMA/article/view/21>

15.- Ministerio de Salud Pública Diario, Embarazo adolescente y fecundidad en cifra, Actualizado 01-Marzo -2012 [en línea], fecha de consulta 13 de enero de 2015. Disponible en:

http://instituciones.msp.gob.ec/misalud/index.php?option=com_content&view=article&id=66:embarazo-adolescente-y-fecundidad-en-cifras&catid=51:mi-salud-al-dia&Itemid=242

16.- García Vega E., et al. Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes. 2012. International Journal of Psychological Research, 5(1), 79-87. Disponible en:

<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3974532>

17.- Ayala Almeida A. (2014). Uso de los métodos anticonceptivos en jóvenes desde la perspectiva de género: una visión desde la educación para la salud. Nezahualcóyotl, México 2014

18.- Métodos Anticonceptivos. Servicio de Promoción de la Salud. Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención, Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid - España 2013. Fecha de consulta Agosto 2014. Pág. 45-47. Disponible en http://ies.rosachacel.colmenarviejo.educa.madrid.org/documentos/AMPA/Metodos_Anticonceptivos.pdf

19.- Sistema de implantes subdérmico, NORPLANT Revista cubana de endocrinología 2012, Fecha de consulta Agosto 2014. disponible en línea: http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol11_1_00/end07100.pdf

20.- Galdos S. La conferencia de El Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva. Rev. Perú Med. Exp. Salud Pública 2013; 30(3):455-60.

21.- Latorre P. Nivel de conocimiento y actitud hacia el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes atendidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2012 [Tesis]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Facultad de Ciencias de la Salud, 2013.

22.- OMS. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos 4^a ed. Luxemburgo 2012. Pág. 105 a113. Disponible en:

http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789243563886_spa.pdf

23.- Moras Rosado M., relación entre el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en las pacientes puérperas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - enero 2015. [Tesis pregrado]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Disponible en:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4067/1/Moras_rm.pdf

24.- Chelhond-Boustanie E., et al. Impacto de la educación sexual en el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en dos instituciones públicas en condición de semilibertad y abandono, Caracas, Venezuela. Revista Médica de Risaralda. Vol 18 N°2 Diciembre de 2012. Disponible en:

<http://200.21.217.140/index.php/revistamedica/article/view/7707>

25.- Rengifo-Reina Herney A., et al. Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano. Rev. salud pública [Internet]. 2012 Agosto [citado 2015 Oct 15]; 14(4): 558-569. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v14n4/v14n4a02.pdf>

26.- Posada Morales MN, Mora Espinoza BdIM. Conocimientos previos acerca de métodos anticonceptivos y su relación con conocimientos adquiridos después de una intervención educativa con simulador. Enfermería actual en Costa Rica. 2015 Enero-Junio; 28(1).

ANEXOS

- **MATRIZ DE CONSISTENCIA**
- **MODELO DE FICHA DE ENCUESTA**

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADOR	INSTRUMENTO
¿Cuál es el nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en la población sexualmente activa de 15 a 24 años de edad de la ciudad de pisco setiembre 2017?	Determinar el nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en la población sexualmente activa de 15 a 24 años de edad de la ciudad de pisco setiembre 2017	1) Precisar el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos en la población sexualmente activa de 15 a 24 años de edad, según sexo 2) Determinar el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos en la población sexualmente activa de 15 a 24 años de edad, según edad 3) Evaluar el grado de uso de métodos anticonceptivos en la población sexualmente activa de 15 a 24 años de edad, sexo 4) Indicar el grado de uso de métodos anticonceptivos en la población sexualmente activa de 15 a 24 años de edad, según edad 5) Conocer el método anticonceptivo de mayor uso en la población sexualmente activa de 15 a 24 años de edad, según sexo 6) Indicar el grado de uso de métodos anticonceptivos en la población sexualmente activa de 15 a 24 años de edad de la	El nivel de Conocimiento se determinara mediante el uso de métodos anticonceptivos en personas sexualmente activas de 15 a 24 años en la ciudad de Pisco	Dependiente Conocimiento sobre MAC Uso de MAC	Nivel de conocimiento Grado de uso	Cuestionario Ficha de datos
				Independiente Sexo Grupo etáreo Grado de Instrucción	Masculino Femenino 15 a 19 años 20 a 24 años Analfabeto Primaria Secundaria Superior	Ficha de datos Ficha de datos

		ciudad de Pisco setiembre 2017 según grado de instrucción				
--	--	--	--	--	--	--

FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Por la presente yo, _____
Con dirección en _____,
con DNI _____ autorizo y acepto participar en el proyecto
titulado el **“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y USO DE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS EN LA POBLACIÓN SEXUALMENTE ACTIVA DE 15 A 24
AÑOS DE EDAD DE LA CIUDAD DE PISCO SETIEMBRE 2017”**, La
investigadora me ha explicado que este proyecto que es fundamental para medir
conocimiento sobre métodos anticonceptivos.

Estoy enterado y acepto que los datos demográficos y los resultados de la
encuesta sean analizados, discutidos y autorizo sean utilizados para su
publicación en revistas científicas internacionales y en textos especializados.

Con el conocimiento de que nunca seré identificado y siempre se mantendrá el
anonimato y confidencialidad de mi identidad personal. Los resultados se
analizarán como grupo y mi nombre no aparecerá en la publicación.

Estoy enterado(a) que este estudio es confidencial y libre de costo.

ATENTAMENTE

FIRMA



I.- FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N° de ficha _____

Sexo (Masculino) (Femenino)

Edad _____ años cumplidos

Grado de Instrucción:

- a) Analfabeto b) Primaria
c) Secundaria d) Superior

¿Usa algún anticonceptivo?

(SIEMPRE) (AVECES) (NUNCA)

Que anticonceptivo usa o usó?

II.- CUESTIONARIO

INSTRUCCIONES:

Éste cuestionario tiene preguntas sobre anticoncepción; deseamos que respondas sinceramente a cada una de ellas, tus respuestas serán confidenciales y de gran utilidad para poder establecer la situación actual de nuestra población y poder elaborar programas que contribuyan a mejorar los conocimientos de la población sexualmente activa.

Hay diferentes modalidades de respuesta, marcando con un "X" en la alternativa que creas correcta y una pregunta de respuesta libre. En caso de alguna duda, pregunta a la persona que te está encuestando.

1. ¿Para qué sirven los métodos anticonceptivos?

- Para que la pareja decida cuándo y cuántos hijos tendrán.
- Para evitar los embarazos no deseados.
- Para tener los hijos en el momento más adecuado.
- Todas son correctas.

2. La elección del método anticonceptivo para una mujer depende:

- a. De la información que reciba la mujer
- b. De la decisión que tome la pareja
- c. De la elección que tome el médico
- d. De la opinión de su amiga

3. Que métodos anticonceptivos pueden ser utilizados por los jóvenes

- a. Solo métodos naturales
- b. Sólo condones
- c. Píldoras anticonceptivas
- d. No necesitan usarlos

4. ¿Quiénes pueden utilizar un método anticonceptivo?

- a. Las adolescentes no pueden utilizarlos
- b. Solo las mujeres que tienen hijos
- c. Las madres lactantes no pueden utilizarlos
- d. Cualquier mujer que no desee quedar embarazada

5. Son métodos naturales:

- a. El método del ritmo
- b. Método del collar
- c. Método de la lactancia materna
- d. Todas son correctas

6. Son métodos hormonales, excepto:

- a. Las píldoras
- b. Las inyecciones
- c. Los implantes
- d. T de cobre

7. Respecto al uso del condón masculino

- a. La colocación es con el pene erecto
- b. Se coloca después de la relación sexual
- c. Disminuye el placer sexual
- d. Solo se utiliza ante la sospecha de VIH de la pareja sexual.

8. Respecto al método de T de cobre:

- a. No es necesario acudir a controles hasta el retiro del dispositivo
- b. Puede provocar infertilidad
- c. No es adecuado para adolescentes
- d. Se puede retirar en el momento que no se desee continuar con el método

9. Sobre los métodos anticonceptivos definitivos, es cierto:

- a. Solo es posible en la mujer
- b. Solo es posible en el varón
- c. La Vasectomía no produce cambios en el placer sexual
- d. La Ligadura de Trompas debe ser autorizada por la mujer y su pareja.

10. Acerca del coito interrumpido (retirar el pene antes de que el varón eyacule):

- a. Es el mejor método para los adolescentes
- b. Nunca falla
- c. No importa si eyaculó un poco dentro, lo importante es que no sea todo
- d. No es un método que evita el embarazo, aún si eyacula fuera de la vagina

11. Respecto a las madres que dan lactancia materna:

- a. No deben utilizar ningún método ya que no es posible el embarazo
- b. Pueden tomar cualquier píldora anticonceptiva
- c. No deben tener relaciones sexuales
- d. Si pueden utilizar inyectable trimestral

12. Los efectos secundarios de píldoras anticonceptivas combinadas

- a. Cefalea
- b. Náuseas
- c. Mareos
- d. Disminución del deseo sexual

13. Sobre los métodos anticonceptivos, es cierto:

- a. Algunos pueden provocar cáncer
- b. Ninguno es seguro al 100%
- c. Todos son seguros al 100%
- d. Puede provocar infertilidad

14. ¿De estos métodos cuál es el más seguro?

- a. El condón masculino
- b. Las inyecciones anticonceptivas
- c. Los implantes hormonales
- d. Las píldoras anticonceptivas

15. ¿Qué grado de educación cursaba ud cuando empezó a recibir información sobre los métodos anticonceptivos?

CODIFICACIÓN

1 a 5 preguntas contestadas correctamente.....Inadecuado

6 a 10 preguntas contestadas correctamente.....Regular

11 a 15 preguntas contestadas correctamente.....Adecuado