



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**“GRADO DE CONOCIMIENTO Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
EN ALUMNOS DEL 4° Y 5° AÑO DE SECUNDARIA DEL COLEGIO
BANDERA DEL PERÚ – PISCO - SETIEMBRE 2016”**

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

PRESENTADO POR:

ERIKA ZILA SÁENZ FERNÁNDEZ

ASESORA:

Mag. EMMA CASTRO COSSIO

ICA – PERU

2017

DEDICADO A:

A Dios, por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.
A mis padres, Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

AGRADECIMIENTO A:

Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad. Mis padres por apoyarme en todo momento, por los valores que me han inculcado, y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación.

INDICE

	Pag.
CARATULA	
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
INDICE	
RESUMEN	iv
ABSTRACT	vii
INTRODUCCIÓN	viii
CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Planteamiento de problema	09
1.2. Formulación del Problema	11
1.2.1. Problema Principal	11
1.2.2. Problemas Secundarios	11
1.3. Objetivos	12
1.3.1. Objetivo General	12
1.3.2. Objetivos Específicos	12
1.4. Justificación e Importancia de la Investigación	13
1.5. Limitaciones de la Investigación	13
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la Investigación	14
2.2. Bases Teóricas	20
2.3. Definición de términos Básicos	62
2.4. Hipótesis de la Investigación	66
2.4.1. Hipótesis General	66
2.4.2. Hipótesis secundarias	66
2.5. Variables	66
2.5.1. Variable Independiente	66
2.5.2. Variable Dependiente	66
2.5.3. Operacionalización de las variables	67

CAPITULO III: METODOLOGÍA

3.1.	Diseño de la Investigación	68
3.1.1.	Tipo de Investigación	68
3.1.2.	Nivel de Investigación	68
3.1.3.	Método	68
3.2.	Descripción de ámbito de la investigación	68
3.3.	Población y Muestra de la Investigación	69
3.3.1.	Población	69
3.3.2.	Muestra	69
3.4.	Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	69
3.4.1.	Técnicas	69
3.4.2.	Instrumentos	70
3.5.	Plan de análisis de datos	70
	Ética	70

CAPITULO IV: RESULTADOS

4.1.	Resultados	71
------	------------	----

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

5.1.	Discusión	79
------	-----------	----

CONCLUSIONES	83
---------------------	----

RECOMENDACIONES	84
------------------------	----

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS	85
-------------------------------	----

ANEXOS	89
---------------	----

RESUMEN

Las niñas y las mujeres jóvenes, en las edades comprendidas entre los 10 y los 19 años que están en edad escolar, se encuentran en riesgo de iniciar su actividad sexual la que trae consigo mayor riesgo de embarazos no deseados y de contraer enfermedades de transmisión sexual incluyendo el SIDA. Por consiguiente, la educación sexual y reproductiva es algo esencial para niñas y mujeres jóvenes.

Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos de los alumnos del 4° y 5° año de educación secundaria de la Institución Educativa Bandera del Perú en Pisco setiembre del 2016

Material y métodos: Se diseñó una investigación de tipo no experimental, prospectiva, transversal y descriptiva pues se tiene una variable.

Resultados: El 23.7% de alumnos presenta bajo nivel de conocimientos sobre los métodos anticonceptivos, el 45.7% nivel medio y el 30.6% nivel alto. El 33.9% de los alumnos se encuentra usando métodos anticonceptivos en sus relaciones sexuales, mientras que el 66.1% no los usa por no tener relaciones sexuales o por tener relaciones sexuales sin protección. No existe diferencias en el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos según el sexo. Existe mayor proporción de conocimientos de nivel alto en los alumnos (as) que se encuentran sexualmente activos (as) 50.9%, nivel medio 32.9%, y nivel bajo 34.1%. El nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos es mejor en aquellas que presentaron embarazo anterior, 32% en el nivel alto, 12,5% en el nivel medio y 0% en el nivel bajo. El 61.9% de los alumnos (as) que está usando anticonceptivos, lo está haciendo dentro del primer año, el 28.6% durante dos años y el 9.5% más de dos años. El método anticonceptivo más usado es el condón (40.3%), el anticonceptivo oral de emergencia 22.2%, inyectable hormonal de 3 meses 16.7%, la píldora y el método del ritmo 8.3% cada una, y el coito interruptus el 4.2%.

PALABRAS CLAVE: CONOCIMIENTO USO MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ALUMNOS SECUNDARIA

ABSTRACT

Girls and young women, ages between 10 and 19 who are of school age, are at risk of starting your which brings greater risk of unwanted sexual activity and of contracting sexually transmitted diseases including AIDS. Therefore, sexual and reproductive health education is essential for girls and young women.

Objective: To determine the level of knowledge and use of contraceptive methods of students in the 4th and 5th year of secondary education of School Flag Peru in Pisco September 2016.

Material and methods: A non-experimental research, prospective, transversal and descriptive was designed because you have a variable.

Results: 23.7% of students presented low level of knowledge about contraception, 45.7% Average 30.6% level and high level. 33.9% of students are using contraception during sex, while 66.1% do not use them for not having sex or having unprotected sex. There is no difference in the level of knowledge about contraception by sex. There is a greater proportion of high-level skills in students (as) who are sexually active (as) 50.9%, average 32.9% and 34.1% low level. The level of knowledge about contraception is better in those who had previous pregnancy, 32% at the high level, 12.5% in the average level and 0% at the low level. 61.9% of students (as) who are using contraceptives is doing within the first year, 28.6% for two years and 9.5% over two years. The most widely used method of contraception is the condom (40.3%), oral emergency contraceptive 22.2%, 3-month injectable hormonal 16.7%, the pill and the rhythm method 8.3% each, and coitus interruptus 4.2%.

KEYWORDS: KNOWLEDGE SECONDARY STUDENTS USE BIRTH CONTROL METHODS

INTRODUCCIÓN

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

La primera relación sexual se inicia cada vez a edades más tempranas, lo que propicia un manejo inadecuado de la sexualidad, además, en los adolescentes existe escasa habilidad de comunicación interpersonal, lo que dificulta la negociación con la pareja ante situaciones vinculadas con las relaciones sexuales y el uso de métodos anticonceptivos, situación que los expone a riesgos como embarazos no planeados, abortos e infecciones de transmisión sexual. Los riesgos a los que niñas y mujeres jóvenes están expuestas pueden evitarse si se asegura el acceso de niños y niñas, adolescentes y jóvenes a una educación sexual integral, y el acceso de los y las adolescentes a métodos anticonceptivos modernos.

La mujer se hace fértil en edades que se encuentran cursando la secundaria, por lo que el riesgo de tener embarazos no deseados por relaciones sexuales de riesgo es alto, la que traerá como consecuencias frustraciones en el desarrollo adecuado de su formación como estudiante y muchas veces motivo de abandono de sus estudios. Conociendo el riesgo a que están expuestos los alumnos de la Institución Educativa Bandera del Perú es que enfocamos el problema de determinar el nivel de conocimientos sobre los métodos anticonceptivos así como la frecuencia de uso, diseñando una investigación siguiendo el esquema de la Universidad Alas Peruanas filial Pisco la que consta de cinco capítulos: El primer capítulo trata sobre el planteamiento del problema en esta Institución Educativa, se traza los problemas a analizar, los objetivos a cumplir para dar respuesta a los problemas, se justifica la investigación. El segundo capítulo trata sobre el marco teórico vistos desde los antecedentes, bases teóricas, y define algunos términos. El tercer capítulo indica la hipótesis y variables, así como su operacionalización. En el cuarto capítulo se diseña la investigación. Y en el quinto capítulo se presenta los resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La información que brindan las Encuestas Demográficas y de Salud Familiar de los últimos 17 años muestra que el porcentaje del total de adolescentes (15 a 19 años de edad) alguna vez embarazada es alrededor del 13,0%, que incluye el embarazo actual del primer hijo o hija; porcentaje que tiende a incrementarse en el 2013.

Las niñas y las mujeres jóvenes – en las edades comprendidas entre los 10 y los 19 años –, son más propensas a sufrir complicaciones durante el embarazo o el parto que las mayores. Sus hijos tienen dos veces más probabilidades de morir durante su primer año de vida que los hijos de las mujeres de 20 años o más. Por consiguiente, la planificación familiar es algo esencial para niñas y mujeres jóvenes. Esto es especialmente cierto en el caso de aquellas niñas y adolescente que se casan o se ven forzadas a contraer matrimonio siendo todavía muy jóvenes, ya que tienen mayores probabilidades de enfrentar un embarazo que las adolescentes solteras. ⁽¹⁾

A nivel mundial: El uso de anticonceptivos ha aumentado en muchas partes del mundo, especialmente en Asia y América Latina, pero sigue siendo bajo en África subsahariana. A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente, de un 54% en 1990 a un 57.4% en 2014. A escala regional, la proporción de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que usan algún método anticonceptivo ha aumentado mínimamente o se ha estabilizado entre 2008 y 2014. En África pasó de 23.6% a 27.64%; en Asia, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente de un 60.9% a un 61%, y en América Latina y el Caribe pasó de 66.7% a 67.0%.

En Asia y América Latina y el Caribe —regiones donde la prevalencia del uso de anticonceptivos es relativamente alta—, las necesidades insatisfechas respecto a los anticonceptivos representan un 10.9% y un 10.4%, respectivamente. (World Contraceptive Reports 2013, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas). La mortalidad materna se reduciría entre el 25 y 35% si la necesidad de anticonceptivos fuera satisfecha.

El uso de métodos anticonceptivos por los hombres representa una proporción relativamente pequeña de las tasas de prevalencia mencionadas. Los métodos anticonceptivos masculinos se limitan al condón y la esterilización (vasectomía).

En América Latina, los países que tienen el más bajo porcentaje de madres adolescentes son Perú y Paraguay con 13,2%, cada uno. En el Perú, el comportamiento sexual y la edad de inicio de las relaciones sexuales de las adolescentes, así como la incidencia del embarazo, varían según la identidad étnica, región de procedencia, nivel educativo y estrato socioeconómico al que pertenecen. En todos los casos, son las adolescentes en situación de pobreza y exclusión social las más vulnerables, tanto en las áreas urbano-marginales como en las rurales del país.⁽²⁾

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2014, indica que 13 de cada 100 mujeres adolescentes están gestando o ya son madres. El 13,2% de las adolescentes a nivel nacional son madres o están esperando a su primer hijo. Por departamentos se aprecia que los

mayores porcentajes se encuentran en Loreto donde el 32,2% de las adolescentes ya son madres o 10 están gestando, seguido por San Martín con 27,2% y Tumbes con 27,0%, y los departamentos donde hay menos madres adolescentes son Arequipa con 5,2%, Tacna con 6,9% y Lima con 7,7%.

Sobre este panorama es que se realizó la investigación en la Institución Educativa Bandera del Perú en Pisco a fin de conocer la realidad de los adolescentes que alberga esta institución que están cursando el 4° y 5° año de secundaria sobre el nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos, así como su frecuencia de uso.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuál es el nivel de conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos de los alumnos del 4° y 5° año de educación secundaria de la Institución Educativa Bandera del Perú en Pisco setiembre del 2016?

1.2.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS

P.S.1. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos según género en los alumnos del 4° y 5° año de educación secundaria de la Institución Educativa Bandera del Perú en Pisco?

P.S.2. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos según existencia de relaciones sexuales en los alumnos del 4° y 5° año de educación secundaria de la Institución Educativa Bandera del Perú en Pisco?

P.S.3. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos según alguna vez embarazada en las alumnas del 4° y 5° año de educación secundaria de la Institución Educativa Bandera del Perú en Pisco?

P.S.4. ¿Cuál es el tiempo que usa los métodos anticonceptivos en los alumnos del 4° y 5° año de educación secundaria de la Institución Educativa Bandera del Perú en Pisco?

P.S.5. ¿Cuál es el método anticonceptivo de mayor uso en los alumnos del 4° y 5° año de educación secundaria de la Institución Educativa Bandera del Perú en Pisco?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos de los alumnos del 4° y 5° año de educación secundaria de la Institución Educativa Bandera del Perú en Pisco setiembre del 2016.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

O.E.1. Determinar el nivel de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos según género de los alumnos del 4° y 5° año de educación secundaria de la Institución Educativa Bandera del Perú en Pisco setiembre del 2016.

O.E.2. Determinar el nivel de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos según existencia de relaciones sexuales de los alumnos del 4° y 5° año de educación secundaria de la Institución Educativa Bandera del Perú en Pisco setiembre del 2016.

O.E.3. Evaluar el nivel de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos según alguna vez embarazada de los alumnos del 4° y 5° año de educación secundaria de la Institución Educativa Bandera del Perú en Pisco setiembre del 2016.

O.E.4. Determinar el tiempo de uso de los métodos anticonceptivos de los alumnos del 4° y 5° año de educación secundaria de la Institución Educativa Bandera del Perú en Pisco setiembre del 2016.

O.E.5. Determinar el método anticonceptivo de mayor uso de los alumnos del 4° y 5° año de educación secundaria de la Institución Educativa Bandera del Perú en Pisco setiembre del 2016.

1.4. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

La planificación familiar es una de las estrategias de mayor eficacia demostrada para salvar la vida de las mujeres y de los y las niños/as y

mejorar su salud. Cuando las mujeres y las parejas tienen acceso a la planificación familiar, sobre todo a una gran variedad de métodos anticonceptivos modernos, su capacidad para prevenir los embarazos no planificados y espaciar sus embarazos es mayor.

Los adolescentes constituyen parte de la población en edad fértil; esta etapa llega a ser de vital importancia, ya que la actividad sexual entre los adolescentes se ha incrementado, al igual que la falta de información acerca de los métodos anticonceptivos, teniendo como consecuencia el gran número de adolescentes que tienen hijos y el incremento de la incidencia de embarazos no deseados, siendo éste un problema meritorio de investigar donde la morbilidad y mortalidad en mujeres jóvenes y sus productos están asociadas a la conducta reproductiva.

Es por esta razón que se realizó el presente estudio de investigación, para determinar el grado de conocimiento de los adolescentes sobre métodos anticonceptivos y así reforzar a través de programas de información, comunicación y educación dirigidos a mejorar el déficit. Se evaluó además la frecuencia de uso de los métodos anticonceptivos lo que nos da luces sobre la frecuencia de relaciones sexuales de riesgo que practican los estudiantes.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

ANTECEDENTE INTERNACIONAL

Posada, M. y Mora, B. 2015, **Conocimientos previos acerca de métodos anticonceptivos y su relación con conocimientos adquiridos después de una intervención educativa con simulador**, Costa Rica. Método. Es un estudio realizado con 295 adolescentes escolarizados que cursan noveno, décimo y undécimo en una institución educativa pública. Es de tipo descriptivo. El proceso estuvo compuesto por tres fases; en la primera se midió conocimientos o saberes previos acerca de métodos anticonceptivos, en la segunda se definió los contenidos y actividades de intervención para mejorar los conocimientos previos, y en la tercera fase de post-intervención educativa, se reevaluó los saberes adquiridos con el simulador. Resultados. Se detectó que los

pre-saberes en métodos anticonceptivos son deficientes independientemente de la edad y la escolaridad. En cuanto a los post-saberes, se obtuvo una calificación de deficientes a regulares, en el caso del condón masculino, mientras que el reconocimiento de métodos modernos como parche, anillo vaginal, dispositivo intrauterino, entre otros, se dio gracias al contacto directo con el simulador. Conclusiones. Se recalca que, a pesar de las diferencias de edad y escolaridad, no hubo hallazgos relevantes que demostraran diferencias de conocimiento. En los pre-saberes, se encontró niveles de conocimiento deficientes sobre métodos anticonceptivos. El uso de simuladores como herramienta de aprendizaje demostró eficacia en los talleres; en cuanto a los simuladores posibilitan la ruptura de la barrera cognitiva. ⁽³⁾

Sánchez-Meneses M. 2015, **Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud. México. Objetivo: identificar el nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes.** Métodos: estudio observacional, descriptivo y transversal. Se incluyeron adolescentes de 15 a 19 años con vida sexual activa que asistieron a un centro de salud de la ciudad de México durante los meses septiembre y octubre de 2014. Muestra no probabilística, 120 adolescentes. Resultados: se entrevistó a un total de 120 adolescentes cuyo nivel de conocimientos fue calificado como medio en 60.8% y bajo en 23.3%. El condón fue el método anticonceptivo mayormente utilizado (65.2%); asimismo, fue el método de barrera del que se tenía un mejor conocimiento (95.8%). Solo se obtuvieron diferencias respecto a la edad de los participantes ($p=0.030$). Conclusiones: los resultados obtenidos en este estudio muestran que es necesario mejorar la calidad de la información sobre el uso adecuado de los métodos anticonceptivos, lo que se espera, repercuta positivamente en la salud sexual y reproductiva de la población. ⁽⁴⁾

González Chamorro, S. 2015, **Impacto de una estrategia educativa en los conocimientos y uso de métodos anticonceptivos en estudiantes del Colegio Nacional Experimental Salcedo de la parroquia San**

Miguel del Cantón Salcedo en el período agosto 2014 - enero 2015

Ecuador. El objetivo del trabajo consistió en implementar una estrategia de intervención educativa sobre anticoncepción en adolescentes para elevar el nivel de conocimientos en el Colegio Nacional Experimental “Salcedo”, en la parroquia San Miguel del cantón Salcedo provincia de Cotopaxi, en el periodo comprendido agosto 2014 – enero 2015. El universo estuvo constituido por 904 adolescentes (13 -19 años), de las cuales se tomaron 270 como muestra, a los mismos se les aplicó una estrategia de intervención **educativa**, obteniéndose que predominó el grupo de la adolescencia intermedia (14-16 años) con un nivel de escolaridad de secundaria, y como principal factor de riesgo los adolescentes sin una pareja estable. Se comprobó que existen un elevado número de adolescentes que no utilizan métodos anticonceptivos, alegando como principales causas los efectos colaterales y la escasa visión de riesgos, tomando como principal fuente los amigos. Con la aplicación de la estrategia de intervención educativa se modificó el nivel de conocimientos en el grupo de estudio sobre anticoncepción y su percepción de riesgo. ⁽⁵⁾

Rengifo-Reina H. 2012, **Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano. Objetivo: Identificar los conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes del municipio de Miranda - Cauca en Colombia.** Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal. La muestra fue de 406 adolescentes. Se exploraron variables en tres áreas o categorías: sociodemográficas, de conocimiento y de prácticas. Resultados: Se presentaron conocimientos en niveles altos y muy alto, donde 90,5% de adolescentes habían recibido información sobre sexo y embarazo. La mayor fuente de información proviene de parte de los padres (67,5 %). Para el 26,7 % (107) de los adolescentes el sexo seguro significa solo usar preservativo. En cuanto a las prácticas en sexualidad: 42 % expresaron haber tenido relaciones sexuales, con edad de inicio promedio de 13 años. El condón se presenta como el mecanismo de protección más

utilizado. Conclusiones: Los adolescentes presentan conocimientos en niveles altos, más este conocimiento no es suficiente para impedir que inicien su vida sexual tempranamente y/o aumenten la probabilidad de usar condón o anticonceptivos cuando empiezan sus relaciones sexuales. (6)

ANTECEDENTE NACIONAL

Díaz Delgado E. 2014, **Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y factores sociodemográficos en adolescentes del Colegio Nacional Nicolás La Torre, 2014. Chiclayo Perú.** 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. Metodología: Tipo de investigación corresponde al descriptivo, de corte transversal. La población estuvo representada por 181 adolescentes de 5to año de educación secundaria de la Institución Educativa “Nicolás La Torre”, y la muestra de la investigación con la que se trabajó fue de 125 adolescentes. Resultados: el 48%, el método 100% eficaz para prevenir el embarazo es el preservativo; el 92%, el preservativo en la relación sexual previene el embarazo, las enfermedades de transmisión sexual y el Sida; el 96% está de acuerdo en el uso de los métodos anticonceptivos. Se concluye: El nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en estudiantes adolescentes del 5to año de secundaria de la Institución Educativa Nacional Nicolás La Torre de Chiclayo es relativamente alto. Los factores sociodemográficos en estudiantes adolescentes del 5to año que se relacionan con el conocimiento sobre métodos anticonceptivos, son: la edad, la religión y el tipo de familia. (7)

Vanegas Quispe L. 2012, **Factores sociodemográficos y su relación con los conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes de la Institución Educativa Mariscal Cáceres.** Tacna, Material y métodos: Se realizó una investigación de tipo descriptivo, correlacional y de corte transversal, sobre una muestra de 239 adolescentes, que presentaron un

nivel de conocimiento alto (39,7%) y mostraron una actitud favorable (51%); además los factores sociodemográficos estudiados tales como: la edad, grupo juvenil y persona que hablo sobre sexualidad al adolescente se relaciona con los conocimientos y actitudes en la sexualidad siendo ($P < 0,05$). ⁽⁸⁾

Chamorro Narváz L. 2012, **Conocimientos sobre métodos anticonceptivos y utilización del condón en la primera experiencia sexual de adolescentes varones y mujeres que son estudiantes de los quintos cursos del Colegio Nacional “José Julián Andrade” de la provincia del Carchi de enero a julio del 2012.** Ecuador. Metodología tipo descriptivo de cohorte transversal, denominada: Se aplicó una encuesta individual para la recolección de la información y se entrevistó a 133 adolescentes. Al finalizar el trabajo investigativo se concluyó que los estudiantes tienen poco conocimiento de los métodos anticonceptivos por lo tanto no están informados de la correcta utilización del condón. El motivo por el que los estudiantes de este Colegio han iniciado su primera experiencia sexual se debe a la influencia de los factores sociodemográficos, socioculturales y psicológicos. ⁽⁹⁾

La Torre Martínez P. 2012, **Nivel de conocimiento y actitud hacia el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes atendidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2012.** Objetivo principal determinar si el nivel de conocimientos y actitud hacia el uso que tienen los adolescentes sobre los métodos anticonceptivos; Resultado: actitud que toman los adolescentes hacia el uso de métodos anticonceptivos el 92 % de la población presentó una actitud “semiliberal”. Al identificar cuál fue el nivel de conocimiento de los adolescentes sobre los métodos anticonceptivos se obtuvo como resultado que más de un 50 % de la muestra presentaba una inadecuada información. La correlación determinó una $p: 000$, existiendo una relación estadísticamente significativa entre las dos variables de estudio. ⁽¹⁰⁾

Castro Ñopo L. 2014, **Conocimientos sobre métodos anticonceptivos en adolescentes del 5to año de secundaria de la Institución Educativa Nacional José Cayetano Heredia, Catacaos – Piura, 2014.**

objetivo general Determinar el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos en los adolescentes del 5to año de secundaria de la Institución Educativa José Cayetano Heredia, Catacaos - Piura, fue de tipo descriptivo, y nivel cuantitativo. Se planteó una muestra de 96 adolescentes hombres y mujeres de 15 a 18 años del 5to año de secundaria de la Institución Educativa José Cayetano Heredia, de una población de 128 adolescentes; a quienes se les aplicó un cuestionario de conocimientos sobre métodos anticonceptivos, características sociodemográficas; aplicando la técnica de la encuesta. Resultados: en forma global, el 41.75% no conoce sobre métodos anticonceptivos. Dentro de las características sociodemográficas de los adolescentes entrevistados, se observa la mayor concentración de participantes se encuentran en la edad de 16 años (51.46%), siendo la mayoría varones (76.70%), solteros (100%), católicos (83.50%) y estudiantes (84.47%) seguida de estudiante/trabajador (15.53%). Respecto a las características sexuales refirió tener enamorado/a el 43.69%, que corresponde a menos de la mitad, y solo el 12.62% manifestó haber iniciado las relaciones coitales. Finalmente, el 95.15% de encuestados se considera heterosexual. (11)

Del Pino Duymovich D. 2015 **Nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en madres adolescentes del “Centro de Salud Chorrillos I Gustavo Lanatta Luján” febrero – abril 2015.** Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento y su relación con el uso de métodos anticonceptivos en madres adolescentes del “Centro de Salud Chorrillos I Gustavo Lanatta” durante febrero-abril del 2015. Metodología: 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 ($p=0.011$). (12)

ANTECEDENTE LOCAL

No se encontraron

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Generalidades

Los servicios de regulación de la fertilidad, como uno de los componentes esenciales del cuidado de la salud sexual y reproductiva, deben estar centrados en las personas y en sus derechos, más que en metas poblacionales. Deben considerar a las personas como sujetos activos que participan junto a las y los profesionales de salud en la búsqueda de una mejor calidad de vida para sí mismas, sus parejas y sus familias.

El Ministerio de Salud ha asumido, para la definición de sus políticas de regulación de la fertilidad, el concepto de Salud Sexual y Reproductiva. Esto implica reconocer que, para lograr un óptimo estado de salud, las personas y parejas deben tener la posibilidad de reproducirse con riesgos mínimos, pudiendo regular su fertilidad, decidir libremente si tener o no hijos/as, cuantos y cuando, y de disfrutar de una sexualidad placentera y segura. También implica que el proceso reproductivo culmine de modo

satisfactorio, con la supervivencia, crecimiento y desarrollo de la o el recién nacida/o, de modo que hijos e hijas puedan llegar en óptimas condiciones a la vida adulta.

Las personas que necesitan anticoncepción son mujeres, hombres y parejas que tienen diferentes características biomédicas, distintos estilos de vida y que pertenecen a entornos sociales y culturales diversos, lo que influye en sus vidas y en sus proyectos de vida. Las condiciones en que viven son dinámicas y el sistema de valores y creencias en el que están inmersos es cambiante. Están influidos por los estereotipos y roles de género vigentes y tienen distintos niveles de conciencia sobre la influencia que éstos tienen sobre su comportamiento. En este complejo contexto se toman las decisiones respecto a las conductas y comportamientos sexuales y reproductivos.

Existe amplio consenso en que la regulación de fertilidad beneficia a las personas y a la población, ya que protege el derecho a la vida y la salud, apoya el derecho de mujeres y hombres a disfrutar de su sexualidad y reproducción y el derecho de los hijos e hijas a nacer siendo deseados. Que resguarda la libertad de conciencia de las personas para decidir utilizar o no algún método anticonceptivo, a partir de sus valores personales.

En los últimos veinte años, el porcentaje de mujeres con acceso a métodos anticonceptivos ha aumentado, tanto en países desarrollados como en desarrollo. Las Naciones Unidas informan que, en 2011, más de un 63 por ciento de las mujeres en edades que van desde los 14 a los 49 años estaban usando alguna forma de anticoncepción, en comparación con el 54 por ciento en 1990. Esto ha aumentado las oportunidades de las mujeres para elegir cuándo y cuántos hijos quieren tener, lo que puede tener un impacto positivo no solo en su derecho a la salud, sino también en su derecho a la educación, al trabajo y a un adecuado nivel de vida entre otros derechos humanos.

A pesar de estos avances, millones de mujeres siguen sin acceso a los métodos anticonceptivos modernos. De acuerdo con lo

informado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas, las estadísticas recientes muestran que, de los 867 millones de mujeres en edad de procrear en los países en desarrollo, que requieren métodos anticonceptivos modernos, 222 millones no tienen acceso a ellos. Asimismo, en los países desarrollados, millones de mujeres se ven enfrentadas a obstáculos económicos, sociales y culturales para tener acceso a métodos anticonceptivos y servicios de planificación familiar, y carecen de información y educación sobre ellos. ⁽¹³⁾

2.2.2. Consideraciones de Género

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha definido como género “la construcción cultural que asigna, jerárquicamente, en las esferas públicas y privadas, formas de comportamiento y de roles a las mujeres y a los hombres sobre la base de su diferenciación sexual”.

La definición de los comportamientos y roles de género es una construcción propia de cada sociedad y cada cultura. Es la forma particular de cada una de ellas de establecer lo que es “natural” para cada sexo y definir lo que es propiamente “femenino” y “masculino”. La identidad como hombres y mujeres se desarrolla influenciada por los modelos que ofrecen la familia, la escuela, las instituciones, los medios de comunicación, el lenguaje, el arte, los mitos y las religiones. El grupo social espera y presiona a que hombres y mujeres sean y actúen de acuerdo a la definición de roles que ha creado para el género masculino o femenino. En el marco de modelos con rasgos comunes, la heterogeneidad social explica las diferencias que se dan en comportamientos y roles de género según estrato social, nivel socioeconómico, etnia e incluso a lo largo de la vida de las personas.

Existe una diferente valoración social de las funciones asignadas a mujeres y hombres. En general, las mujeres se ven sometidas a una carga de tareas reproductivas, productivas y de servicio por las que reciben escaso reconocimiento y muy poco o ningún beneficio

económico. Como consecuencia, las mujeres tienen menos tiempo para dedicar a su propio desarrollo y bienestar, para reflexionar y crear, y disfrutan de menos libertad que los hombres. Sin embargo, al estar determinados por aspectos socioculturales cambiantes, los roles asignados a cada género han cambiado a lo largo de la historia. Actualmente, principalmente gracias al acceso masivo de las mujeres a la educación y a la posibilidad de regular la fertilidad, las funciones reproductivas ocupan una proporción menor de tiempo en sus vidas y son cada vez más reconocidas por su trabajo productivo y su aporte social.

La eficacia anticonceptiva de un método es esencial para las mujeres: las mujeres asumen, por razones biológicas, los riesgos de la reproducción y también, por razones de género y muchas veces solas, el cuidado de los hijos. Una falla en la eficacia del método anticonceptivo las expone a riesgos para su salud y/o altera drásticamente su proyecto de vida y el de sus familias. Por esto, la información sobre la efectividad de cada método debe ser explicada en forma clara y exhaustiva, respondiendo todas las dudas. ⁽¹⁴⁾

2.2.3. Historia de los métodos anticonceptivos

“La búsqueda de un método ideal de control de la natalidad abarca desde los pesarios de excrementos de cocodrilo y miel utilizados ya en el antiguo Egipto, señalado en los papiros de El Faiyun, que data de la XII dinastía; pues en muchas de las sociedades primitivas los hijos eran considerados una desventaja para una población nómada.

A Hipócrates se le acredita el uso de un tubo de plomo para insertar medicamentos o pesarios en úteros humanos con el objetivo de evitar la descendencia.

En el papiro de Ebers, que es algo más moderno, hay una receta que dice: "Para que una mujer deje de concebir durante uno, dos o tres años, tómense brotes de acacia, tritúrense con miel e introdúzcase en la vulva un lienzo empapado en la maceración". Si

esto se analiza, se puede ver su fundamento: los brotes de acacia exudan hidratos de carbono polimerizados que cuando fermentan desprenden anhídrido láctico que forma ácido láctico, sustancia que destruye los espermatozoides. Quiere decir que la receta del papiro, por antigua, no está tan desprovista de fundamento científico. En este sentido, muchos métodos caseros como vinagre, jugo de limón, etcétera, han sido utilizados. En dicho papiro, también se describen el uso de hilas de lino impregnadas en un jugo ácido como medio contraceptivo, y que, dicho sea de paso, aún se usa en nuestros días.

El preservativo, uno de los métodos más antiguos, fue descrito por primera vez en el siglo XVI como "una vaina para el pene confeccionada con lino y destinada a evitar la transmisión de la sífilis". Sin embargo, no tuvo difusión hasta 2 siglos después, no sin ser criticado y causar escándalo en diversos medios, por lo que fue llamado por algunos "la revolución de las francesas". En nuestros días se ha perfeccionado y la más moderna tecnología está relacionada con la incorporación a éste de una fabricación a base de silicona con lo que aumenta la sensibilidad durante la relación sexual. La aparición en varios colores se introdujo en años recientes.

El coito interrumpido o retiro del órgano masculino durante el acto sexual, se supone que se ha empleado en todos los tiempos. Todas las comunidades humanas parecen conocer su uso y de él se tiene testimonio en los cuentos de Canterbury.

Se sabe que durante siglos se controló la reproducción de los camellos en la travesía por el desierto introduciéndole piedras redondas en el útero. Tanto Hipócrates como Aristóteles mencionan tal práctica de turcos y árabes que fue muy utilizada y en la actualidad algunas tribus la continúan practicando.

El ser humano utilizó objetos de artesanía y materiales de todo tipo como el vidrio, el marfil, la madera y el ébano, la plata y el oro y el platino incrustado de diamantes que se introducían en la cavidad uterina con resultados muy variables. Como vemos, los

dispositivos, considera dos como una técnica moderna, constituyen en realidad algo cuyo origen se remonta a tiempos muy antiguos. Los antecedentes de los dispositivos modernos fueron los pesarios colocados en el cuello del útero. El primer dispositivo intrauterino diseñado específicamente para la anticoncepción, fue un anillo de fibra de gusano de seda, descrito por Ritcher, médico alemán. El interés moderno por el procedimiento en cuestión data de la comunicación del alemán Gräfenberg que describió una espiral de platino en 1921 que prevenía el embarazo y que contó con gran oposición. Tuvo que pasar más de un cuarto de siglo, para que apareciera en 1948 un caso informado sobre el empleo de éste. El anillo de Gräfenberg, caído en el olvido, volvió a ser resucitado por 2 trabajos: uno de Oppenheimier en Israel y otro de Ishihoma en Japón. El ingenio japonés, al utilizar dispositivos plásticos, inertes y económicos, permitió extenderlos a grandes poblaciones. De los llamados métodos de barrera, el diafragma es uno de los más utilizados. Fue descrito por Mesinga en 1882, pero no llegó a ser popular en Estados Unidos hasta la década del 20. En 1932 Ogino en Japón y en 1933 Knauss en Austria, descubrieron que en el ciclo de la mujer hay unos días fértiles y otros infértiles y que, si se evita la relación sexual en los días fértiles, podía regularse la natalidad. Este método adquirió gran difusión hasta fines de los años 50 en que apareció la píldora. La anticoncepción ha tenido muchas campañas en su contra. El método del ritmo, fue el único admitido sin reservas por la iglesia católica. El filósofo John Stuart Mill fue perseguido por la policía por haber intentado divulgar un folleto sobre el anticonceptivo y Lord Amberlay, padre de Bertrand Rusell, que fue uno de los grandes defensores de la regulación de la natalidad, le ocasionó muchos disgustos y una gran polémica en revistas como el British Medical Journal que atacaba violentamente tan "escandalosas prácticas". Solamente a principios de siglo, 2 mujeres, Mary Stones en Inglaterra y Margaret Sanger, en Estados Unidos, consiguieron llevar adelante campañas anticonceptivas. La segunda consiguió

fundar una clínica de contracepción que comenzó a funcionar después de la primera guerra mundial.

Después de su perfeccionamiento, se crearon infinidad de tipos de dispositivos intrauterinos. Zipper en 1968 en Estados Unidos, demostró, por primera vez, las propiedades antifertilizantes del cobre metálico en la cavidad uterina. La "T" y el "7" de cobre son los más conocidos.

La técnica de los plásticos ha permitido crear sustancias de una porosidad determinada que son capaces de liberar moléculas de un determinado tamaño en forma gradual. Así, se ha calculado un retículo de tamaño tal que pueda liberar hormonas (moléculas de progesterona) poco a poco. Estos dispositivos no actúan ya solamente por su acción mecánica, sino por el efecto hormonal. De esta manera, estos dispositivos, que ya no son inertes, tienen más seguridad.

Es bien sabido que a partir de 1898 se empezó a experimentar por John Beard, y a estudiar el ciclo ovárico y la función del cuerpo amarillo y que Auguste Prenant, sugirió una función hormonal para este último. Así, se continuaron los estudios y surge la idea de que la anticoncepción hormonal era posible, y fue Ludwig Haberlandt, fisiólogo de la Universidad de Innsbruck, quien trabajó y publicó muchos trabajos sobre este tema. Más adelante, en 1929 y 1934 se identificaron los estrógenos y la progesterona respectivamente y después de muchas investigaciones se logró el descubrimiento de potentes compuestos semisintéticos con actividad similar a las hormonas naturales, hasta que por fin se lanzó la primera píldora anticonceptiva llamada Enovid. A partir de este momento hubo una gran carrera comercial, y se lograron innumerables productos de composición similar. Luego surgió la vía parenteral y los llamados implantes, también de mucho éxito.

Los preparados poscoitales también se utilizan después de la relación sexual y en este caso, la dosis es fundamental, por lo que es un método no muy recomendado.

También se investiga y se utilizan las prostaglandinas y el empleo de métodos inmunológicos ha sido creado por la Organización Mundial de la Salud.

La anticoncepción en el hombre tiene menos métodos pues solamente cuenta con el uso del condón y la abstinencia periódica. La vasectomía, que es un método permanente, ha venido practicándose desde los años de 1940 y se estima que más de 42 millones de parejas en el mundo dependen de ésta para su anticoncepción. En 1985, se introdujo una nueva técnica de vasectomía sin bisturí que fue desarrollada en China en 1974 por el doctor Li Shungiang". Semillas de granada y cera que prevenía la ovulación, fue inventado por los egipcios y es reconocido como el primer anticonceptivo con estrógenos naturales. En China las mujeres tomaban mercurio para prevenir el embarazo. ⁽¹⁵⁾

1850 a.c.-1550 a.c.

Libros médicos de la antigüedad hablan de los métodos anticonceptivos. Lavados vaginales con miel y bicarbonato de sodio, son algunas de las recomendaciones que se encontraban en el libro 'Papyrus Petri'.

1550 a.c.

En el libro 'Papyrus Ebers', se habla de un tapón de goma arábica y dátiles que servía como espermicida.

50 d.c.

Para impedir la concepción se recomendaba aplicar a la mujer, antes de que saliera al sol, dos gusanos de araña Falangium, con un trozo de piel de ciervo.

70 d.c.

Soranos de Efeso, el ginecólogo más importante de la antigüedad, recomendaba que cuando el hombre fuera a eyacular, la mujer debía contener la respiración, luego levantarse, ponerse en cuclillas e intentar estornudar y beber algo frío.

Siglo XVI - XVII

Aunque se han encontrado jeroglíficos egipcios del siglo XIV A.C., en los que se muestran fundas para el pene, es solo en el Siglo XVI

D.C., en plena edad media, cuando se empiezan a buscar métodos para el control de las enfermedades venéreas, llamadas hoy Infecciones de Transmisión Sexual.

En el siglo XVII D.C. el doctor Condom o Conton creó un preservativo de intestino de oveja que tenía un hilo en la base para poder amarrarlo.

Siglo XVIII - XIX

Las duchas vaginales aparecen en el Siglo XIX como método anticonceptivo.

Después de tener relaciones sexuales, las mujeres se hacían un lavado con jabón, limón o vinagre.

Siglo XX

Estudios científicos demostraron que las hormonas controlan el ciclo menstrual de las mujeres y que en su producción participan el cerebro y los ovarios.

Es en los años veinte cuando un famoso laboratorio alemán investiga las hormonas sexuales y aparece el primer preparado hormonal cíclico.

Años más tarde, científicos norteamericanos descubrieron que el estrógeno inhibe la ovulación. A finales de los años 30 este laboratorio produjo el etinilestradiol, estrógeno que se administraba por vía oral para que no se presentara ovulación.

En los años sesenta, se aprueba en Estados Unidos la primera píldora anticonceptiva. Esto marca un hito en la sexualidad femenina porque, desde entonces, ella puede separar la reproducción del placer. El condón se empezó a fabricar con látex y es el único método que protege de las Infecciones de Transmisión Sexual.

Método Folklórico

Son creencias populares que la gente pone en práctica para evitar el embarazo, sin tener en cuenta que estos métodos no tienen bases científicas y no son efectivos. Algunos de estos mitos son:

- Tomar coca cola con alka seltzer o hacer una ducha vaginal con cualquiera de los dos.
- Usar el mejoral como tableta vaginal
- Orinar después de la eyaculación.
- Tener relaciones sexuales de pie.
- Tomarse una cerveza al sol después de tener relaciones sexuales.
- Bañarse los pies con agua caliente, agua salada o vinagre. ⁽¹⁶⁾

2.2.4. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Los métodos anticonceptivos son objetos, sustancias y procedimientos que se utilizan de manera voluntaria para regular la capacidad reproductiva con el fin de evitar un embarazo no planeado.

Se clasifican en dos grandes grupos: métodos temporales y definitivos. Los temporales son aquellos cuyo efecto dura el tiempo que se emplea. Si la pareja desea tener más hijos, la mujer puede embarazarse al suspender su uso.

Los definitivos evitan el embarazo de manera permanente y se recurre a ellos cuando la pareja tiene la paridad satisfecha.

Métodos anticonceptivos temporales:

a) Hormonales

- ✓ Orales (monofásicos, bifásicos y trifásicos).
- ✓ Inyectables (mensuales, bimensuales y trimensuales).

b) Dispositivos intrauterinos: (DIU)

c) De barrera:

- ✓ Condón masculino y femenino.
- ✓ Capuchón cervical.
- ✓ Espermicidas locales: óvulos, jaleas y espumas.

d) Naturales

Ritmo o calendario (método Ogino-Knaus)

- ✓ Temperatura basal
- ✓ Moco cervical (Método de Billings)
- ✓ Método de lactancia-amenorrea (MELA)

Métodos anticonceptivos permanentes o definitivos:

- ✓ Oclusión tubárica bilateral (OTB) o salpingoclasia (en la mujer).
- ✓ Vasectomía (en el hombre).

1. Métodos anticonceptivos temporales:

a. Métodos Anticonceptivos Hormonales

Anticonceptivos orales diarios:

Monofásicos:

De 28 píldoras.

De 21 píldoras.

Trifásicos: Contienen la misma dosis de estrógeno para los seis primeros días y para los últimos, mientras que en el intervalo media la dosis es algo superior. El aumento de gestágenos se realiza de forma escalonada.

Progestágenos: Contiene solamente una de las hormonas femeninas, el gestágenos.

Anticonceptivos transdérmico semanal:

Parches: Las hormonas pasan a través de la piel: con 6 mg de norelgestromina y 0,6mg de etinilestradiol. El anticonceptivo consiste en un parche matricial transdérmico fino, pequeño de tres capas y de color beige, de uso semanal, se colocan sobre la piel en una zona musculosa y la hormona es liberada lentamente durante la semana.

Implante subdérmico (Jadelle o Implanon): Es un método anticonceptivo temporal hormonal dispuesto en dos barritas de Silastic que se implantan debajo la piel en la parte interna del brazo. Su efecto inhibe la ovulación y espesa el moco cervical para impedir el paso de los espermatozoides.

Anticoncepción Oral de Emergencia

Llamada también la “Píldora del día siguiente”, consiste en la administración de una sola pastilla con una dosis elevada de levonorgestrel (1500 microgramos), un derivado de progesterona. Su eficacia depende en gran medida del tiempo que transcurra entre la relación sin protección y la toma del comprimido. Debe

tomarse lo antes posible, antes que pasen 72h. del coito sin protección, violación o rotura del condón.

Anticonceptivos Inyectables

Existen tres tipos de anticonceptivos inyectables: el mensual, es aquel que posee dos tipos de hormonas (estrógeno y progestágeno), el bimestral y trimestral que incluyen solamente una hormona (progestágeno). Generalmente producen alteraciones en el ciclo menstrual, con irregularidades de hasta 6 meses; y la fertilidad tarda en recuperarse (8 – 10 meses de suspendida su administración).

b. Dispositivo Intrauterino (DIU)

Es un pequeño dispositivo de plástico que tiene una forma de una “T”, con un depósito de progestina o sin él. Debe ser colocado por un médico dentro del útero. Los DIUs asociados a hormonas en pequeñas cantidades de un progestágeno, que se va liberando lentamente, impide el paso de los espermatozoides hasta las trompas de Falopio a través del útero. Si ocurriera la fertilización, el DIU evitaría que el óvulo fecundado se implantara en el útero. Puede permanecer colocado entre 1 y 10 años dependiendo del tipo de DIU.

c. Métodos de Barrera

Son aquellos que impiden el ascenso de los espermatozoides hacia la cavidad uterina, ya sea formando una barrera mecánica (preservativo, diafragma) o química (óvulos vaginales, jaleas, etc.) o la combinación de ambos.

El preservativo o condón masculino: Es una funda de goma de látex o poliuretano que se coloca sobre el pene en erección cubriéndolo totalmente.

Además de evitar el embarazo, el preservativo es el mejor método para prevenir enfermedades de transmisión sexual (herpes genital, SIDA, etc.). No tiene ningún efecto secundario ni contraindicaciones. Son de un solo uso.

Preservativo Femenino: Es un preservativo desechable, especialmente diseñado para proteger mediante un total

recubrimiento de la vagina. Esta pre lubricado y adopta inmediatamente la temperatura corporal.

Los Espermicidas: Son cremas, geles, óvulos o supositorios vaginales que contienen productos químicos (nonoxinol-9, benzalconio) que actúan alterando la movilidad o destruyendo los espermatozoides. Hay que colocarlos en la vagina siempre antes del coito (el óvulo 10 minutos antes). Cada dosis es efectiva durante 1 hora, por lo que se debe repetir la aplicación en cada coito.

d. Naturales

Método del Ritmo o calendario (método Ogino-Knaus): Se basa en la fisiología hormonal normal de la mujer, en los cuales hay abstención de hacer relaciones sexuales durante la ovulación. El ciclo ovárico de la mujer empieza con la menstruación, es decir que el primer día del ciclo es el primer día de la menstruación, y que el último día del ciclo es un día antes de la próxima menstruación. Todo el ciclo dura aproximadamente 28 días.

La ovulación se da a mitad del ciclo aproximadamente (día 14), que se acompaña de un discreto aumento de la temperatura corporal (<1°C) en relación a los días pre-ovulatorios del ciclo, y que la secreción vaginal se vuelve más viscosa (el moco es más abundante, espeso y claro, y se extiende con mayor facilidad). Es la época con mayor posibilidad que la mujer salga embarazada. Permite hacer relaciones sexuales 8 días después de iniciada la menstruación y 8 días antes de la fecha próxima probable. ⁽¹⁷⁾

Temperatura basal: Consiste en tomarse la temperatura diariamente desde el quinto día de la regla, siempre en el mismo sitio (ano, vagina, boca) y más o menos a la misma hora. Señala la fase estéril debido a que la progesterona tiene el efecto de incrementar la temperatura basal, indicativo a que el ovulo ha salido del ovario y que queda el cuerpo lúteo que es el encargado de la producción de la progesterona, con los que se mantiene el aumento de la temperatura.

Método de Billings o moco cervical: El Billings tiene en cuenta los cambios tanto cuantitativos como cualitativos de la secreción mucosa del cérvix y los relaciona con los distintos cambios hormonales que tienen lugar en el ciclo. Los estrógenos incrementan la cantidad y la filancia del moco cervical, mientras que el gestágenos disminuye la cantidad y lo hace espeso y turbio. Para servirse de este método, la mujer puede tomarse muestras de secreción vaginal diariamente con sus dedos índice o pulgar. Si al unir y separar los dedos se produce hilos o filamentos, quiere decir que el tapón mucoso que normalmente cierra el cuello uterino se ha vuelto más líquido y filamentoso, lo cual indica que está cerca la ovulación. ⁽¹⁸⁾

Método de Lactancia Materna y Amenorrea (MELA): Consiste en alimentar exclusivamente con leche materna al bebé, por lo menos 10 a 12 veces por día durante los primeros 6 meses. Es efectivo mientras la usuaria no tenga menstruación.

2. Métodos anticonceptivos permanentes o definitivos:

Ligadura de Trompas: Consiste en una operación sencilla para bloquear los conductos que comunican los ovarios con la matriz, impidiendo la unión entre el óvulo y los espermatozoides. Es un método definitivo.

Vasectomía: Consiste en bloquear los conductos por donde pasan los espermatozoides, impidiendo su salida y evitando la unión con el óvulo. Este método es definitivo para los hombres que ya no desean tener más hijos. ⁽¹⁹⁾

2.2.5. PROPIEDADES DE LOS ANTICONCEPTIVOS

Definición

Se trata de métodos o procedimientos que previenen un embarazo en mujeres sexualmente activas, ya sean ellas o sus parejas quienes los usen. En lo posible, los métodos anticonceptivos deben cumplir con algunos requisitos y características que permitan a las personas alcanzar sus metas reproductivas en forma efectiva y segura para su salud y de acuerdo a su situación de vida.

Eficacia

La eficacia de un método anticonceptivo puede ser evaluada durante el uso ideal o perfecto, considerando los embarazos producidos durante el uso correcto y consistente del método, atribuibles a una falla intrínseca del anticonceptivo. También puede ser evaluada durante el uso típico o habitual, que incluye todos los embarazos que se producen durante el uso del método, incluyendo el uso incorrecto, el uso no sistemático y las fallas técnicas del método. En general, la eficacia se expresa como el número de embarazos que se producen en 100 mujeres durante un año de uso del método anticonceptivo.

Seguridad

La inocuidad o seguridad de los métodos anticonceptivos para la salud de las y los usuarias/os es un elemento esencial. El uso de un método no debe provocar efectos adversos o que impliquen riesgos para la salud. Para este fin, la Organización Mundial de la Salud ha definido los criterios de elegibilidad para el uso de los distintos métodos anticonceptivos, que se describen más adelante. Es importante considerar que algunos anticonceptivos tienen además efectos benéficos para la salud de quienes los usan, como la prevención de infecciones transmisibles por vía sexual, incluyendo la infección por VIH, que ofrece el uso correcto y consistente del condón masculino de látex y la prevención de ciertos cánceres genitales con el uso de anticoncepción hormonal combinada.

Aceptabilidad

Las personas perciben de manera distinta las características de cada método anticonceptivo; lo que para algunas puede ser una ventaja, para otras puede ser un inconveniente. Por esto, las y los potenciales usuarios/os deben ser informadas/os sobre todas las características de los métodos anticonceptivos, incluyendo eficacia, duración, efectos colaterales, criterios de elegibilidad para su uso, modo de uso y costo. Así podrán elegir el que sea más adecuado a sus necesidades.

Forma de uso

Cuando el uso del método es fácil, es más probable que pueda ser utilizado por todo tipo de personas. La información sobre la forma de uso debe ser entregada en forma clara y el asesoramiento debe incluir indicaciones precisas. Algunos métodos pueden ser más difíciles de usar, como el diafragma, lo que requiere capacitar a las usuarias y comprobar que se han comprendido las instrucciones.⁽²⁰⁾

Disponibilidad

Los métodos anticonceptivos deben estar al alcance de las y los potenciales usuarias/os. Se recomienda ofrecer a la persona o a la pareja el mayor número de alternativas anticonceptivas, de modo que el abanico de posibilidades sea tan amplio, que incluya cualquier situación de vida o condición de salud.

Reversibilidad

La recuperación de la fertilidad después de la suspensión del método es un elemento esencial para quienes desean postergar el primer embarazo y para quienes desean prolongar el intervalo intergenésico, mientras que otras personas o parejas pueden desear métodos permanentes.⁽²¹⁾

Costo

El precio de los anticonceptivos no debe ser una limitación para su uso. El sistema público de salud asegura el acceso sin costo a la población con menores ingresos. Frente a opciones anticonceptivas similares en cuanto a sus características, debe considerarse siempre la opción más conveniente desde el punto de vista económico.⁽²²⁾

2.2.6. ANTICONCEPCIÓN HORMONAL

Introducción

Los métodos de anticoncepción hormonal contribuyen en forma muy importante a evitar embarazos no deseados y a una mejor salud reproductiva de la población, ya que tienen una elevada eficacia anticonceptiva y porque son usados por gran número de mujeres en todo el mundo.

Existen diferentes métodos anticonceptivos hormonales que utilizan distintas vías para la administración de los distintos esteroides. Todos ellos actúan por vía sistémica por lo que tienen efectos sobre otros órganos, de distinta magnitud según los esteroides usados, la dosis, y la vía de administración. Cada método tiene características especiales y diferentes efectos secundarios. ⁽²³⁾

Los métodos anticonceptivos hormonales son:

A. Anticonceptivos combinados de estrógeno y progestágeno

- ✓ A.1. Anticoncepción combinada oral: píldoras monofásicas y multifásicas
- ✓ A.2. Anticoncepción combinada inyectable mensual
- ✓ A.3. Anticoncepción combinada en anillo vaginal
- ✓ A.4. Anticoncepción combinada en parche transdérmico

B. Anticonceptivos de progestágeno solo

- ✓ B.1.- Anticoncepción oral de progestágeno solo
- ✓ B.2.- Progestágeno inyectable de acción prolongada
- ✓ B.3.- Implantes subdérmicos de acción prolongada
- ✓ B.4.- Anillo vaginal de progesterona

C. Anticoncepción hormonal de emergencia

- ✓ Píldoras de levonorgestrel
- ✓ Píldoras combinadas (Método de Yuzpe) ⁽²⁴⁾

ITS y VIH. Las mujeres y las parejas deben ser informadas de que los métodos hormonales no protegen de las infecciones transmisibles por vía sexual, incluyendo la infección por virus papiloma y por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), y que su influencia en el contagio y el curso de la infección por VIH está en estudio. Por esto, si hay riesgo de infección, el uso correcto y consistente de condones debe recomendarse a todas las mujeres y parejas que elijan un método hormonal para evitar el embarazo (doble protección). ⁽²⁵⁾

Anticonceptivos combinados de estrógeno y progestágeno

Características comunes

Los anticonceptivos hormonales combinados (AHC), administrados por vía oral (ACO), como inyectables mensuales (ACI), como anillos vaginales (AVC) o parches transdérmicos (PTC) comparten ciertas características ya que todos ellos contienen un estrógeno y un progestágeno. Tienen similar eficacia anticonceptiva y mecanismo de acción. Su acción se ejerce por vía sistémica sobre los centros reguladores de la actividad gonadal, sobre el aparato reproductivo de la mujer y también sobre los receptores esteroidales de órganos que no forman parte del sistema reproductivo, lo que se asocia con los efectos beneficiosos y adversos que se han descrito para estos métodos. Comparten la mayoría de los Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de anticonceptivos de la OMS (1). Además, algunos aspectos de los servicios que se requieren para el uso seguro de los métodos también son similares

Diferencias

Los distintos AHC difieren en cuanto a los esteroides usados y la vía de administración por lo que algunos efectos adversos son diferentes para cada tipo de anticonceptivo hormonal combinado, lo que se refleja en que algunos Criterios Médicos de Elegibilidad sean también diferentes.

Eficacia anticonceptiva

Los AHC tienen una elevada eficacia anticonceptiva si se usan correctamente y la tasa de embarazos observada más baja de estos métodos es de 0.3 por 100 años mujer. Sin embargo, la tasa de embarazos durante el uso típico es más alta y varía entre 3 y 8 por 100 años mujer. Esta menor eficacia se asocia generalmente a uso incorrecto, lo que refleja la importancia de una adecuada información y consejería a mujeres que deciden usar estos métodos anticonceptivos. En el caso de los ACO, esto ocurre generalmente por olvido de ingerir la píldora,

vómitos o diarrea concomitante, o interacción con algunas drogas. La usuaria con sobrepeso no presenta mayor riesgo de embarazo que la usuaria de peso normal.

Mecanismo de acción

El mecanismo de acción de los AHC es la inhibición de la ovulación. Se inhibe la producción de los factores de liberación de gonadotrofinas en el hipotálamo, con la consiguiente inhibición de la liberación de FSH y LH en la hipófisis y la abolición del pico pre-ovulatorio de gonadotrofinas. Por lo tanto, no hay desarrollo folicular y se inhibe la ovulación. Por este mecanismo de acción, los ACO se han llamado también “anovulatorios”. Los progestágenos actúan también sobre las glándulas secretoras del cuello uterino y alteran la constitución del moco cervical haciéndolo impenetrable al paso de los espermatozoides. ⁽²⁶⁾

Efectos adversos

Hay aún escasa información acerca del impacto sobre la salud de las usuarias de las otras vías de administración de anticoncepción hormonal combinada. Se estima que son similares a los de los ACO considerando la semejanza de los efectos biológicos de los esteroides usados.

Efectos beneficiosos no anticonceptivos

Además de su eficacia anticonceptiva, se han descrito diversos efectos benéficos:

- Reducción importante del riesgo de presentar cáncer de endometrio: Se ha demostrado una disminución de 50% del riesgo de cáncer de endometrio con el uso de ACO, efecto que persiste por más de 20 años después de la discontinuación.
- Reducción importante del riesgo de presentar cáncer de ovario: Se ha demostrado una reducción del riesgo de cáncer de ovario con el uso de ACO, siendo el riesgo relativo (RR) alrededor de 0.7 en comparación con el de las no usuarias. La protección aumenta con el tiempo, llegando a un RR de 0.2 a

los 10 años y se mantiene por décadas después de la discontinuación.

- Reducción importante del riesgo de embarazo ectópico: las usuarias de ACO tienen 10 veces menor riesgo de tener un embarazo ectópico que las que no emplean anticoncepción.
- Reducción y regulación de los sangrados uterinos y reducción de la anemia ferropriva: Las modificaciones del endometrio causadas por los ACO se asocian a sangrados más escasos y a niveles de hierro plasmático más elevados en comparación con las no usuarias.
- Alivio de la dismenorrea y de síntomas premenstruales: Este efecto puede ser muy importante para las adolescentes.
- Disminución del riesgo de presentar quistes ováricos funcionales: el riesgo de desarrollar quistes ováricos foliculares en las usuarias de ACO es la mitad del riesgo de las mujeres que usan anticoncepción no hormonal.
- Disminución del riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica: Se ha reportado que los ACO protegen contra infecciones sintomáticas provocadas por clamidias, pero no se ha establecido si tienen efecto protector contra los procesos inflamatorios o si éstos son menos sintomáticos o silenciosos.
- Disminución del riesgo de pérdida de densidad ósea: Después de los 35 años de edad se puede observar un retardo de la desmineralización del hueso con el uso de ACO porque la densidad ósea en esta etapa de la vida es mayor en usuarias que en no usuarias. Sin embargo, las adolescentes que usen preparados con 20 mcg de etinil estradiol durante un tiempo prolongado, pudieren tener un efecto deletéreo sobre la masa ósea.
- Reducción del acné: Algunos estudios muestran que el acné vulgar mejora con el uso de ACO al compararlo con placebo. Hay pocas diferencias entre ACO con distintos progestágenos.

Anticoncepción Hormonal de Emergencia

A pesar de la disponibilidad de anticonceptivos modernos y servicios de planificación familiar, los embarazos no deseados, especialmente a edades muy tempranas, y los abortos en condiciones de riesgo continúan presentándose con elevada frecuencia y representan un grave problema para la salud de las mujeres y la salud pública. La anticoncepción de emergencia (AE) puede contribuir a disminuir los embarazos no deseados y sus consecuencias, incluido el aborto. También permite a las mujeres ejercer su derecho a prevenir un embarazo después de una violación. La eficacia y la seguridad de la AE han sido evaluadas extensamente por la OMS.

Descripción

Se trata de métodos anticonceptivos que las mujeres pueden utilizar en los cinco días siguientes a una relación sexual sin protección anticonceptiva, siendo su eficacia más alta cuanto antes se usen. Solo debe usarse como método de emergencia y no en forma regular. Las situaciones en que está indicada incluyen:

- una relación sexual voluntaria sin uso de un método anticonceptivo;
- uso incorrecto o accidente con un método anticonceptivo:
- ruptura, desplazamiento o uso incorrecto del condón
- desplazamiento del diafragma
- expulsión del dispositivo intrauterino o relación sexual cuando ha expirado la vida útil del método
- relaciones en el período fértil en parejas que usan métodos de abstinencia periódica
- atraso en el inicio u olvido de tomar varias píldoras anticonceptivas
- atraso en el inicio de una nueva dosis de un anticonceptivo inyectable o relación sexual cuando ha expirado la vida útil del método

- atraso en el inicio de una nueva dosis de un anillo o un parche anticonceptivo o interrupción de su uso durante los días de tratamiento
- atraso en el inicio del uso de un implante anticonceptivo o relación sexual cuando ha expirado la vida útil del método
- uso de algún medicamento que puede reducir la eficacia anticonceptiva de los métodos hormonales
- falla del coitus interruptus
- en caso de violación, si la mujer no estaba usando un método anticonceptivo.

La anticoncepción de emergencia (AE) ha sido conocida también como “anticoncepción post-coital” y a las pastillas usadas para AE (PAE) se las ha llamado “la píldora del día después”, lo que puede confundir ya que puede usarse varios días después de un coito no protegido. La anticoncepción de emergencia está aprobada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) y está registrada en la mayoría de los países. ⁽²⁷⁾

Regímenes usados

Los métodos más usados como anticoncepción hormonal de emergencia en América Latina son píldoras de levonorgestrel solo o píldoras combinadas de etinil-estradiol y levonorgestrel. En ambos regímenes se utilizan las mismas hormonas que contienen algunos anticonceptivos hormonales orales de uso regular, pero en dosis más altas y en un plazo de tiempo definido. El régimen de levonorgestrel es el método hormonal de anticoncepción de emergencia recomendado por la OMS.

Administración

Se recomienda la ingesta de las PAE lo antes posible. Hasta hace poco se recomendaba su uso solo dentro de 72 horas de la relación sexual no protegida. Este plazo se ha prolongado ya que se ha demostrado que ambos regímenes también pueden

prevenir embarazos si se usan en el cuarto y quinto día después de la relación no protegida, aunque su eficacia anticonceptiva es menor que si se usa en las primeras 72 horas.

Eficacia Anticonceptiva

Una forma de expresar la eficacia anticonceptiva de la AE es la proporción de mujeres que se embaraza a pesar de usar el método. Otra manera de expresar la eficacia anticonceptiva de la anticoncepción de emergencia es la proporción de embarazos que se evitan gracias al uso del método, proporción que se ha calculado a partir de la probabilidad de embarazo de mujeres normales que desean embarazarse.

El primer estudio multicéntrico comparativo de la OMS estimó que, cuando las PAE se usan dentro de las 72 horas, la tasa estimada de embarazo es de 1.1% a 1.3% para el levonorgestrel y alrededor de 3.2% para el régimen de Yuzpe. Así, en este estudio, el régimen de Yuzpe solamente redujo el riesgo de embarazo entre el 57% y el 75% de los casos mientras que el régimen de levonorgestrel solamente evitó alrededor del 85% de los embarazos estimados (180). Doce estudios sobre el régimen con levonorgestrel, que incluyeron un total de más de 13.500 mujeres, concluyeron que este régimen reducía la probabilidad de embarazo en una mujer después de una relación sexual única entre un 52% y un 100%. Una revisión de diversos estudios estimó que, en las primeras 72 horas después de la relación sexual no protegida, el régimen de Yuzpe reduciría el riesgo de embarazo en alrededor del 74.1%, con un intervalo de confianza de 62.9% a 79.2%.

Existe una relación inversa entre la eficacia anticonceptiva y el tiempo que transcurre entre la relación sexual desprotegida y la administración de AE, a mayor tiempo menor eficacia. En la Tabla 7 se muestra la eficacia anticonceptiva estimada de las PAE, según el porcentaje de embarazos que se evitan de acuerdo al día en que se toman después de una relación sexual

no protegida. Los datos para el levonorgestrel incluyen a 3757 usuarias sanas, la mayoría de las cuales usó las PAE correctamente. Los datos para el método de Yuzpe incluyen 812 usuarias, de las cuales solo 116 tomaron las pastillas después de las 72 horas (los datos se analizaron considerando el uso correcto de las PAE y el uso típico que incluye a quienes no las tomaron correctamente).⁽²⁸⁾

2.2.7. ANTICONCEPCIÓN NO HORMONAL

Introducción

Los métodos de anticoncepción no hormonal incluyen una variedad de métodos cuya característica común es la de carecer de efectos sistémicos. Algunos de ellos, como la esterilización quirúrgica femenina y los dispositivos intrauterinos, son usados por gran número de mujeres en todo el mundo, siendo los métodos de mayor prevalencia de uso en ciertos países.

Su eficacia anticonceptiva varía siendo muy efectivos los de uso prolongado como la anticoncepción quirúrgica voluntaria y los dispositivos intrauterinos con cobre y menos efectivos los que dependen de la conducta de los usuarios y usuarias, como los métodos de barrera y de abstinencia periódica.

Existen métodos anticonceptivos no hormonales reversibles y permanentes:

Reversibles:

- Dispositivos intrauterinos: DIU con cobre; DIU con levonorgestrel
- Anticonceptivos de barrera
 - Masculinos: Condón de látex; Condones sin látex
 - Femeninos: Diafragma; Condón de poliuretano; Espermicidas; Capuchón cervical; Esponja
- Método de la amenorrea de lactancia
- Métodos de abstinencia periódica: Ovulación o moco cervical; Temperatura basal; Calendario; Sintotérmico

Permanentes:

- Anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina y masculina

ITS y VIH: El condón masculino tiene gran importancia porque ofrece protección contra las infecciones transmisibles por vía sexual (ITS), incluyendo el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). El condón femenino también ofrecería esta protección, pero no hay suficiente evidencia clínica disponible todavía. El diafragma, y probablemente el capuchón cervical, ofrece alguna protección contra las ITS bacterianas. Los otros métodos no hormonales no protegen de las ITS, incluyendo VIH. Por esto, el uso correcto y consistente de condones debe recomendarse a todas las mujeres y parejas que elijan otro anticonceptivo para evitar el embarazo (doble protección).

Dispositivos Intrauterinos

Los dispositivos intrauterinos (DIU) son anticonceptivos reversibles, efectivos y seguros para la mayoría de las mujeres. Son altamente eficaces desde la inserción, son métodos de largo plazo, no interfieren con el coito, hay un rápido retorno a la fertilidad después de la extracción y no afectan la lactancia. Son usados por alrededor de 160 millones de mujeres en el mundo (235) y por cerca del 55% de las mujeres que se atienden en el SNSS de Chile. Un DIU es un elemento pequeño y flexible de plástico, con cobre o con levonorgestrel, que impide el embarazo cuando se inserta dentro de la cavidad uterina.

Los resultados de estudios multicéntricos, que han evaluado distintos dispositivos intrauterinos en miles de mujeres, han demostrado que los DIU medicados con cobre o con levonorgestrel son mucho más efectivos que los de plástico. Esto ha llevado a la recomendación de usar sólo estos dispositivos, que son los únicos incluidos en los Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos de la OMS.

Tipos de DIU

Dispositivos intrauterinos con cobre

El DIU con cobre (DIU-Cu) más usado y estudiado es la T con Cobre 380A (T-Cu 380A) cuya barra longitudinal mide 36 mm y

cuya rama horizontal mide 32 mm de largo, teniendo un filamento de cobre en la rama vertical y manguitos de cobre en la rama transversal con superficie total de 380 mm². Está registrada en Chile para ser usada durante 10 años. También está registrado en Chile el DIU multiload con 375 mm de cobre (en tamaños mini, short y estándar). No deben usarse los modelos más antiguos de DIU con cobre ni los dispositivos inertes porque su eficacia anticonceptiva es más baja.

Eficacia anticonceptiva:

El DIU con cobre más efectivo es la T-Cu 380A, seguido por el DIU multiload con 375 mm de cobre con tasas de embarazo menores de 1 por 100 mujeres en el primer año de uso. Las tasas acumuladas de embarazo a los 10 años fluctúan entre 2.2 y 3.4 por 100 para la T-Cu 380A y entre 2.9 y 5.4 por 100 para el DIU multiload con 375 mm de cobre.

Por su elevada eficacia anticonceptiva, los DIU con cobre disminuyen el riesgo de embarazo ectópico (tasa de embarazo ectópico menor de 1 por 1.000 mujeres por año en comparación con una tasa de 2.66 por 1.000 en mujeres que no usan anticoncepción). Sin embargo, cuando se produce un embarazo en usuarias de DIU, este tiene más probabilidades de ser ectópico que un embarazo en mujeres que no usan anticonceptivos.

Mecanismo de acción:

En el efecto anticonceptivo de los DIU con cobre participan diversos mecanismos. Como todos los cuerpos extraños con baja biocompatibilidad, producen una reacción inflamatoria local que se expresa en el líquido y las paredes de la cavidad uterina, que está aumentada por la presencia de cobre. Los iones de cobre alcanzan concentraciones elevadas en los fluidos intrauterinos y en todo el tracto genital de la mujer que son tóxicas para los espermatozoides y oocitos, lo que afecta la función y la viabilidad de los gametos. Por esto, pocos espermatozoides llegarían al extremo distal de la trompa de Falopio, y aquellos que lo hacen están en malas condiciones para fecundar al oocito. No existe evidencia que apoye

otro mecanismo de acción durante el uso continuo de un DIU con cobre.

Recuperación de la fertilidad:

El uso de un DIU con cobre no altera la fertilidad de las mujeres. La tasa de embarazo es alrededor de 80 por 100 mujeres a los 12 meses después del retiro del DIU, semejante a las tasas de embarazo de quienes no han usado anticoncepción y de quienes discontinúan el uso de píldoras anticonceptivas.

Efectos beneficiosos:

Los DIU con cobre no producen efectos adversos sistémicos y su uso se asocia a una frecuencia significativamente menor de molestias generales en comparación con los métodos hormonales, representando una alternativa particularmente adecuada para mujeres que tienen factores de riesgo para el uso de anticonceptivos hormonales.

No hay evidencia de un mayor riesgo de neoplasia con el uso de DIU. Por el contrario, en nueve estudios de casos y controles y en un estudio de cohorte se encontró una reducción del riesgo de cáncer de endometrio en mujeres que habían usado un DIU alguna vez (razones de riesgo (OR) combinadas ajustadas =0,6, intervalo de confianza 95% =0,4-0,7).

Efectos adversos:

➤ Infecciones: El efecto adverso más importante que se ha asociado al uso de un DIU son las infecciones genitales y pélvicas. Las infecciones pélvicas se presentan con frecuencia mayor en los primeros 20 días después de la inserción si se compara con los meses subsiguientes. El riesgo de infección se mantiene bajo posteriormente y no aumenta con el uso prolongado. Por eso, es dudosa la contribución de los dispositivos. ⁽²⁹⁾

2.2.8. USO DE ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENCIA

Las Encuestas Nacionales de la Juventud muestran que el inicio de la vida sexual y el uso de anticonceptivos en adolescentes han experimentado cambios importantes en las últimas décadas. En la

6ª Encuesta Nacional de la Juventud, el 48% de adolescentes de 15 a 19 años declara haber iniciado su vida sexual, con una edad de inicio promedio de 16,35 años en hombres y 17,1 años en las mujeres. Esto representa un adelanto de la edad de iniciación sexual respecto de años anteriores, especialmente entre las mujeres, las que en 1997 mostraban una edad promedio de inicio de relaciones sexuales de 18 años.

En la primera relación sexual, el promedio de uso de métodos anticonceptivos llega al 51,4 y los hombres registran una proporción ligeramente mayor de uso (52,9%) en relación a las mujeres (49,8%).

2.2.9. CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

En general, las y los adolescentes pueden elegir entre una variedad de métodos adecuados para esta etapa de la vida, considerando ciertos criterios biomédicos:

-Edad: la edad no es factor que limite el uso de métodos anticonceptivos por razones médicas. Esta condición está clasificada en categoría 2 (las ventajas de evitar un embarazo no deseado superan los posibles inconvenientes o riesgos de usar el método) solo en dos casos: cuando una joven tiene menos de 18 años se recomienda cautela en el uso de inyectables de progestágeno solo por su posible efecto en el metabolismo óseo y cuando una joven tiene menos de 20 años se recomienda cautela en el uso de un dispositivo intrauterino porque existe preocupación tanto del riesgo de expulsión debido a nuliparidad como de ITS causadas por la conducta sexual en los grupos más jóvenes.

-Paridad: cuando ha habido embarazo previo, no hay restricciones médicas en la elección de método. Si la adolescente no ha tenido un embarazo, se le debe informar del retraso en la recuperación de la fertilidad cuando se han usado inyectables de progestágeno solo y el riesgo de expulsión del DIU en las nulíparas. También se le debe explicar el posible aumento en el riesgo de enfermedad

pélvica inflamatoria y posterior infertilidad en usuarias de DIU si contraen ciertas infecciones transmisibles por contacto sexual (ITS).

-Condiciones de salud: no hay restricciones para el uso de los diferentes métodos anticonceptivos en adolescentes sanas, salvo por las consideraciones ya descritas con respecto a los DIU y los inyectables de progestágeno solo. Sin embargo, es preciso considerar si hay ciclos irregulares o dismenorrea, ya que la adolescente podría beneficiarse con el uso de pastillas combinadas. En caso de patología física o psiquiátrica y la interacción con las drogas de uso prolongado que se utilizan en algunos tratamientos, debe aplicarse los criterios médicos para el uso de anticonceptivos de la OMS independiente de la edad de la usuaria. También debe considerarse la adicción a drogas que puede interferir con el uso correcto y consistente de ciertos anticonceptivos y, en estos casos, es recomendable el uso de método inyectable mensual o de implantes.

-Riesgo de ITS o infección por VIH: el uso de condones es la primera recomendación para la prevención de ITS/VIH en adolescentes sexualmente activas/os y se debe recomendar la doble protección si eligen usar otro método anticonceptivo. Un alto riesgo de ITS/VIH se clasifica en categoría 3 (condiciones en que los riesgos son mayores que los beneficios) para el uso de un DIU.⁽³⁰⁾

Opciones anticonceptivas para adolescentes

Métodos clasificados en categoría 1 de los Criterios Médicos de la OMS Condón masculino de látex: Por la especial necesidad de protección contra ITS y VIH en esta etapa de la vida, siempre hay que recomendar a las y los adolescentes el uso del condón masculino como método único (asociado al uso de anticoncepción de emergencia en caso de accidente en el uso o como “doble método”, usándolo asociado con otro método anticonceptivo. La recomendación “condón, siempre condón” debe entregarse en todos los casos, incluso en pareja única y más aún si se trata de

una pareja casual o si se tienen varias parejas sexuales, independientemente del tipo de actividad sexual. Para que sea efectivo, se debe conocer su uso correcto y debe ser usado en todas las relaciones. Sin embargo, no es suficiente limitarse a la entrega de información para tener impacto sobre la conducta y lograr que los y las adolescentes realmente lo utilicen. Se requiere también el desarrollo de ciertas competencias como habilidades en el uso del condón y para negociar y llegar a un acuerdo en el uso del condón. Aunque las mujeres no sean quienes usan el condón masculino, es importante que aprendan su uso, desarrollen habilidades de negociación para que se sientan capaces de pedir a su pareja que lo use, sin temor ni vergüenza, o para proponer alternativas y llegar a un acuerdo en el caso que la pareja no quiera usarlo. Es recomendable que, antes de usar el condón en una relación sexual, el hombre practique solo porque en las primeras relaciones sexuales puede resultar difícil y engorroso colocarse el condón y con la práctica previa perderá el temor de las primeras experiencias. El éxito en el uso del condón requiere orientación, desarrollo de habilidades y práctica y debe incluir información sobre anticoncepción de emergencia por la posibilidad de rotura o desplazamiento del condón.

Píldoras combinadas: Son también una buena opción que ofrece elevada protección anticonceptiva sin afectar la maduración del eje hipotálamo-hipófisis-ovario. Se recomienda iniciar el uso con pastillas de dosis baja que tengan la combinación de 30 mcg de etinil estradiol (EE) y 150 mcg levonorgestrel por el menor riesgo de enfermedad tromboembólica, como se describe en el capítulo sobre anticoncepción hormonal combinada. Sólo se pueden usar otros hormonales combinados de dosis baja (≤ 30 mcg de EE) con la orientación apropiada sobre el incremento en el riesgo cardiovascular. Si se usan preparados que contienen 20 mcg de EE hay que destacar la exigencia de una mayor rigurosidad en la ingesta correcta de las pastillas. Su uso debe iniciarse entre el 1º y 5º día del ciclo menstrual, aunque se podrían comenzar más tarde

si hay seguridad de que la mujer no está embarazada. Si se comienza después del quinto día del ciclo debe recomendarse un método de barrera o abstinencia durante los primeros siete días de uso.

Si bien la adolescencia es un periodo de la vida en el cual la presencia de patología crónica es poco frecuente y por lo tanto las contraindicaciones para uso de anticoncepción hormonal son raras, hay que preguntar siempre por antecedentes mórbidos, uso de medicamentos, (antiepilépticos, ciertos antirretrovirales, rifampicina o rifabutina), consumo de sustancias, tabaquismo, antecedentes de enfermedad tromboembólica o migrañas. En la consulta de inicio del uso de anticonceptivos orales, además de lo descrito en el capítulo sobre anticoncepción hormonal, se recomienda:

- Mostrar siempre el empaque o blíster o sobre con las píldoras que se están indicando, individualizando con claridad las activas y los placebos (si los hay), explicando lo que significan estos conceptos. Muchas adolescentes creen que durante el placebo o en el descanso sin uso de píldoras hay riesgo de embarazo y hay que despejar este mito.

- La continuidad de su uso es muy importante, por el riesgo de embarazo por olvido en la ingestión diaria. Explicar con mucha claridad lo que significa un atraso en la ingestión diaria de la píldora, de acuerdo con la formulación elegida, y lo que se debe hacer en casos de olvido de más de 24 horas, como se indica en la sección sobre anticoncepción hormonal oral.

- Recomendar no dejar las píldoras en resguardo de la pareja (pololo), ya que la adolescente pierde la independencia de uso y aumenta la posibilidad de olvido o abandono, y sugerir otros medios para el resguardo de la confidencialidad.

- Recomendar la asociación con otro evento rutinario para no olvidar la ingestión de la píldora: como el momento del lavado de los dientes antes de dormir o al momento de dormir o el uso de alarmas en el celular o reloj de velador.

-Informarle que, ante un accidente o evento de salud de urgencia, debe comunicar al profesional que la atienda, el uso del anticonceptivo oral o inyectable.

Métodos clasificados en categoría 2 de los Criterios Médicos de la OMS

Inyectables de progestágeno solo: La masa ósea se acumula en la adolescencia y el uso de inyectables de progestágeno solo atrasa la acumulación fisiológica de hueso y no se sabe si esto es totalmente reversible. Por esta razón, están en categoría 2 para las mujeres menores de 18 años.

2.2.10. ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA

Los principios generales para la orientación de adolescentes se encuentran en la “Guía práctica de Consejería para Adolescentes y Jóvenes. Orientaciones Generales. Dirigida a los equipos de Atención Primaria” del Ministerio de Salud, que se recomienda consultar para complementar esta sección.

La orientación sobre el uso de anticoncepción tiene como objetivo apoyar a las y los adolescentes, ayudándoles a escoger el método que más les acomode, entregando información sobre los métodos disponibles, sus características, mecanismo de acción y los efectos secundarios de algunos anticonceptivos, de manera de puedan identificar las ventajas y desventajas de cada uno de ellos. Es necesario destacar la importancia de la protección dual o “doble método” (condón más otro método anticonceptivo) y enfatizar el autodiagnóstico en términos de probabilidad de continuidad del método, explorando en conjunto los gustos personales, los mitos, las limitaciones al uso por barreras de acceso a un centro de atención (por ejemplo, la necesidad de visitas mensuales para el uso de inyectables combinados) o por factores económicos y la necesidad de método confidencial, entregándole herramientas para reconocer y enfrentar estas limitaciones. También es necesario apoyarles para que desarrollen habilidades para que vivan una sexualidad sana y

placentera (como capacidad de negociar con la pareja, habilidades para planear y tomar decisiones, habilidad para resistir la presión negativa de los pares y las situaciones peligrosas, comunicación asertiva, entre otras)

A continuación, se describen brevemente algunos aspectos que hay que considerar, además de los criterios médicos descritos, al hablar con ellas y ellos de anticoncepción, ya sea como orientadores/as, prestadores/as de servicios de salud o, simplemente, como personas en quien ellos/as han confiado para discutir este tema:

Situación familiar: el uso de un anticonceptivo puede ser muy diferente si en la familia hay capacidad de diálogo y apoyo que si las y los adolescentes tienen temor a que los padres intervengan. La confianza entre hijos e hijas y sus padres, el modelo de familia, las creencias, valoración y actitud respecto de la sexualidad, la maternidad y la paternidad, las expectativas y exigencias y la importancia que los padres otorgan a la educación son aspectos que influyen significativamente en la percepción de la necesidad e importancia de utilizar un método anticonceptivo y en la constancia y regularidad de su uso de parte de las y los adolescentes. La/os adolescentes que dicen haber recibido educación sexual en la familia consultan más para solicitar atención en salud sexual y reproductiva que quienes no la han recibido. Por otra parte, los/as hijos/as pueden sentir que decepcionarán a sus padres si estos saben de su actividad sexual, viviéndola con sentimientos de culpa. Incluso pueden tener temor de que sus padres reaccionen negativamente si saben que han iniciado su vida sexual activa y están usando un método anticonceptivo. Si bien es importante sugerirles que conversen con sus padres o con otro adulto significativo que pueda brindarles apoyo acerca de las decisiones que toman respecto a su sexualidad, es la o el adolescente quien decide si hacerlo o no, y siempre debe recibir información y apoyo para el manejo de posibles conflictos con su familia. Es importante

recordar que una adolescente tiene mayor riesgo de embarazo si su madre presentó un embarazo en la adolescencia o ya ha habido otra adolescente embarazada en la familia, situación en que madres y padres pueden estar más dispuestos a apoyar en la prevención del embarazo. Para esto, se les debe entregar información, cautelando la confidencialidad del o la adolescente, que los ayude en su rol de guiar y apoyar la implementación y mantención de conductas saludables en sus hijos o hijas.

Actitudes y comportamientos: las y los adolescentes suelen ser poco constantes en el cumplimiento de las prescripciones y son sensibles a la influencia de sus amigas y amigos, quienes pueden hacer recomendaciones contradictorias, criticar o hacer bromas sobre el tema desincentivando la constancia y regularidad en el uso del método anticonceptivo. Las creencias, valores y actitudes del grupo de pares respecto a la sexualidad, paternidad y maternidad, la información que poseen sobre la propia fisiología reproductiva, la percepción de los riesgos, los mitos con respecto a los anticonceptivos y la inestabilidad de sus relaciones de pareja, pueden favorecer o desincentivar el uso de anticoncepción. Por ello, es importante, que él o la adolescente pueda identificar estas barreras y entregarle herramientas de comunicación asertiva, para que pueda resistir la presión del grupo, desarrollando confianza en sus propias decisiones.

Aspectos de género: la percepción de la necesidad de utilizar un método anticonceptivo y la forma de concretar su utilización es distinta en adolescentes mujeres y hombres. Las mujeres adolescentes suelen tener mayor información acerca del riesgo de un embarazo y mayor claridad de lo que significa la maternidad, pero manejan menos recursos económicos y personales para comprar o acceder a los anticonceptivos. A pesar de que culturalmente se hace recaer sobre ellas la responsabilidad de prevenir un embarazo, tienen menor capacidad y recursos que sus parejas, estables u ocasionales, para persuadir o exigir el uso de condón ya que tienen menos

poder en la relación sexual por razones de género. Además, pueden temer el rechazo de la pareja, y/o aludir a la “pérdida del romanticismo” o a la espontaneidad que se supone debe tener esta actividad.

Los hombres adolescentes suelen tener menos información acerca del embarazo, están menos familiarizados con los servicios de atención en salud y tienen menos claro su rol y responsabilidades como potenciales padres. Están más predispuestos a “asumir riesgos” en general y sienten que tienen que “hacerse hombres”, decidir por sí mismos, ejercer poder y no dejarse persuadir. Un embarazo de su pareja puede ser vivido por un adolescente (y su grupo de pares masculinos) como señal de virilidad. Socialmente se suele reaccionar críticamente frente a la adolescente que se embaraza, y más bien en forma tolerante y comprensiva frente a su pareja, lo que no contribuye a que acepte la responsabilidad en forma equitativa.

La orientación o consejería es una oportunidad para entregar argumentos a favor de relaciones de género más equitativas. Es importante informar a las adolescentes mujeres de sus derechos y apoyarlas en el desarrollo de su autoestima, estimular su asertividad y sus capacidades para establecer una comunicación efectiva con sus parejas. De esta manera se incentiva en ellas la capacidad para ejercer su derecho a tener una vida sexual que sea respuesta a sus propios deseos y proyectos y no a una imposición de parte de los hombres o del medio. En la orientación a los adolescentes hombres es importante reforzar, explícitamente, propuestas alternativas a la cultura machista, estimular las relaciones equitativas, el respeto a los derechos de las mujeres, y descalificar el uso de la violencia en las relaciones de pareja.

Relación de pareja: Cuando la o el adolescente mantiene una relación afectiva y social de pareja y no sólo sexual, es importante considerar la confianza y capacidad de diálogo y negociación que existe entre ambos, las expectativas y valores que comparten o

en los que discrepan. Es posible que la adolescente perciba o aspire a un nivel de compromiso diferente del que tiene su pareja, y que tenga expectativas no confirmadas o idealizadas de que él estará dispuesto a compartir la responsabilidad de un embarazo. Por lo tanto, es necesario entregar mensajes muy claros al respecto y ayudarles a reflexionar sobre la vida sexual y reproductiva como una responsabilidad compartida. Para tratar estos aspectos y las consideraciones de género mencionadas, es deseable la atención conjunta de la pareja, cuando sea posible, lo que no excluye la orientación por separado a cada integrante de ella, respetando la confidencialidad.

Relación con los profesionales de salud: Hay que recordar que habitualmente las y los jóvenes viven la sexualidad como un secreto que les cuesta compartir con los adultos. Pueden sentir temor ante los/as profesionales de salud quienes representan el mundo adulto y la autoridad que puede enjuiciarlas/os por la decisión que toman, haciéndoles sentir que cometen una trasgresión a las normas o a lo que se espera de ellos. Tienen una educación sexual escasa, información inexacta sobre los métodos anticonceptivos y muchas fantasías y mitos sobre el tema. Es frecuente, además, que les sea difícil preguntar, aunque tengan dudas o vacíos de información. Hay que considerar el temor que pueden tener a un examen físico (que no es necesario salvo en el caso de uso de DIU y diafragma). ⁽³¹⁾

Es esencial explicar al comienzo de la consulta que se trata de una consulta confidencial, que no se hará examen genital a menos que sea absolutamente necesario y que siempre, antes de cualquier examen, se le explicará y solicitará permiso para realizarlo. También se debe preguntar a la adolescente si tiene dudas, explorar los distintos aspectos antes señalados, aprovechar la entrega de información para aclarar los mitos y ayudar a que la adolescente se vaya acercando a la elección del mejor anticonceptivo para ella en ese momento. Otro factor a

tomar en cuenta es el grado de autonomía de la adolescente, especialmente cuando tiene una discapacidad.

Aspecto culturales y religiosos: Las y los adolescentes que profesan alguna religión o tienen principios morales no favorables a la anticoncepción, suelen vivir intensamente los límites y conflictos que les plantea el tener una vida sexual activa, por lo que requieren un apoyo comprensivo ya que igualmente enfrentan riesgos. También es importante reafirmar sus decisiones con consejería si han optado por la abstinencia o la postergación de las relaciones sexuales. Por ello es importante compartir información acerca de conductas de riesgo para embarazo o ITS, con énfasis en los riesgos de la práctica de Petting III, y acompañar en la toma de decisiones en conducta sexual, con consejería si han optado por la abstinencia o la postergación de las relaciones sexuales. También, hay que explicitar que su intención de postergar el inicio de la actividad sexual puede cambiar en el futuro, reforzando la importancia de la toma de decisión informada, libre y responsable. Si existe progresión de la conducta hacia el Petting III, se recomienda guiar al o la adolescente para que visualice los riesgos que le puede significar, de manera que exista congruencia entre la conducta y la intención de conducta y reforzar la importancia de la consulta profesional precoz ante un cambio de intención de conducta o de conducta sexual.

Aspectos económicos: El no disponer de recursos propios y la dependencia económica y previsional de la familia dificultan el acceso de las y los adolescentes a orientación y a los métodos anticonceptivos, más aún cuando las y los adolescentes en situación de mayor riesgo pertenecen a los estratos socioeconómicos de menores recursos donde el acceso a la información y los servicios es más difícil. Por esto es importante difundir la oferta de servicios de salud y facilitar el acceso a los métodos anticonceptivos y condones, según la propia decisión de los adolescentes y necesidades. ⁽³²⁾

2.2.11. ANTICONCEPCIÓN E INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

La salud sexual y reproductiva implica que las personas tienen el derecho de evitar al mismo tiempo los embarazos no planeados - mediante el uso de métodos anticonceptivos eficaces - y las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Por ello, debe considerarse siempre la necesidad de una “doble protección” o “doble método.

Métodos anticonceptivos y protección ante ITS

✓ Condón masculino: Los condones masculinos de látex, usados en forma correcta y consistente, son el método más efectivo para prevenir las ITS, especialmente sífilis, gonorrea, clamidia, tricomonas y el VIH, en parejas sexualmente activas. También ofrece cierta protección contra la transmisión genital del virus del papiloma humano (VPH) y del virus de herpes simple (VHS), pero no de la transmisión de piel a piel de estas infecciones. La prevención de las ITS disminuye la probabilidad de desarrollar una enfermedad pélvica inflamatoria y sus secuelas más frecuentes e importantes: el embarazo ectópico y la infertilidad.

✓ Condón femenino: En las pruebas de laboratorio, el condón femenino ha demostrado ser impermeable al paso de espermatozoides y de organismos infecciosos, incluyendo el VIH. En los estudios clínicos también ha mostrado su eficacia en prevenir ITS, VIH y el embarazo. Esto hace probable que proteja de las ITS y el VIH, si se usa en forma correcta y sistemática, pero aún existen pocos datos de estudios clínicos acerca de su eficacia. Representa una alternativa cuando la mujer no puede negociar el uso del condón masculino o su uso está contraindicado (alergia al látex) o en los casos en que la mujer desea usar y controlar ella el método anticonceptivo.

✓ Espermicidas: El uso frecuente de espermicidas que contienen Nonoxinol-9 se asocia a un mayor riesgo de adquirir VIH

porque produce lesiones en la mucosa vaginal, por lo que no deben usarlos en forma frecuente las mujeres en alto riesgo de infección. Además, estudios recientes mostraron que no protegen contra la transmisión de ITS bacterianas como la gonorrea y la clamidia. Las usuarias deben ser orientadas a usar el condón si están en riesgo de adquirir una ITS/VIH.

✓ Diafragma: El uso del diafragma, y probablemente del capuchón cervical, puede ofrecer protección contra algunas ITS bacterianas, como gonorrea, clamidia y tricomonas, y las consecuencias de estas infecciones en el tracto genital superior, como la enfermedad pélvica inflamatoria y la infertilidad de origen tubario. Probablemente también tienen algún efecto protector ante la infección por VPH. No ofrece protección contra el VIH y las usuarias de diafragma deben ser orientadas a usar el condón si están en riesgo de adquirir una ITS/VIH, pero nunca ambos métodos simultáneamente.

✓ Anticonceptivos Hormonales: Tendrían un posible efecto protector contra enfermedades inflamatorias pelvianas (PIP) sintomáticas. El uso de píldoras combinadas se asocia a un discreto incremento del riesgo de cáncer cervical en mujeres con VPH. No protegen contra las ITS/VIH por lo que las usuarias de métodos hormonales deben ser orientadas a usar el condón (doble método) si están en riesgo de adquirir una ITS/VIH.

✓ Dispositivos Intrauterinos: La inserción de DIU en mujeres con clamidia y gonorrea está asociada con un aumento de procesos inflamatorios pélvicos (PIP). Este riesgo se observa especialmente durante el primer mes después de la inserción del DIU, por lo que los procedimientos para evaluar la presencia o no de ITS son esenciales, como también realizar una técnica de inserción aséptica y correcta. Los DIU no tienen efecto protector contra las ITS virales incluyendo VIH. La inserción de un DIU está en Categoría 2 a 3 de los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS cuando hay un alto riesgo de ITS y en Categoría 4 cuando hay una enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) o una ITS en curso

con cervicitis purulenta, clamidia o gonorrea. Si la mujer tiene SIDA, la inserción de un DIU está en Categoría 3 y si está en terapia antirretroviral (TARV) está en Categoría 2 a 3. Las usuarias de DIU que estén en riesgo de adquirir una ITS/VIH, deben ser orientadas a usar el condón (doble método).

✓ Otros métodos: la esterilización quirúrgica femenina y la vasectomía, los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad, la amenorrea de lactancia y el retiro (coito interrumpido) no tienen efecto protector. Las usuarias deben ser orientadas a usar el condón si están en riesgo de adquirir una ITS/VIH.

2.2.12. TASAS DE FECUNDIDAD

Adolescentes alguna vez embarazadas

De acuerdo al otro indicador de la fecundidad adolescente: la proporción de adolescentes alguna vez embarazadas, también se perciben cambios según la Encuesta del 2009 en comparación con la del 2000; pues el porcentaje de aquellas que ya son madres y el de las embarazadas de la primera hija o hijo tienden al incremento. Y según la Encuesta del 2013 la proporción de adolescentes embarazadas con la primera hija o hijo sigue en aumento.

Asistencia a un Centro educativo

El periodo de la adolescencia debería caracterizarse por ser una etapa de la vida en que la formación educativa fuese uno de los principales roles que deba desempeñar. Pero hay una menor asistencia escolar entre las adolescentes madres que entre las adolescentes no madres, tanto en el área urbana como en la rural; lo cual ya lo mostraban los Censos de Población y Vivienda de 1993 y 2007, confirmando la relación negativa entre asistencia escolar y maternidad temprana.

Según la Encuesta del 2013, más de ocho de cada diez adolescentes alguna vez embarazadas no asisten a un centro educativo (85,2%) y la razón más frecuente es por embarazo o matrimonio (45,9%) seguida de las razones económicas (22,1%).

Actividad sexual reciente

La exposición al riesgo de embarazo de las adolescentes se detecta especialmente a través de la proporción de aquellas sexualmente activas, sin importar su estado conyugal. Entre 1996 y el 2000 ha disminuido el porcentaje de adolescentes que nunca ha tenido relaciones sexuales y continúa esa tendencia. En segundo lugar, la actividad sexual reciente de las adolescentes - o en las cuatro semanas precedentes a la encuesta - se ha incrementado; comportamiento que se advierte sobre todo desde el año 2009.

Estado Conyugal

Según la Encuesta del 2013, alrededor de un tercio de adolescentes alguna vez embarazadas, son madres sin pareja conyugal (25,5% son solteras y 6,8% separadas o divorciadas). Y entre las que tienen pareja conyugal, predominan las convivientes (64,8% frente a 2,9% de casadas).

La maternidad adolescente ocurre principalmente en uniones consensuales (convivencias), pero también existe importante proporción de madres solteras, sobre todo en las embarazadas por primera vez (30,1%).⁽³³⁾

2.2.13. USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

En el transcurso de 17 años, el total de mujeres adolescentes que usa algún método anticonceptivo se ha incrementado (de 7,5% en 1996 a 14,0% en el 2013), en especial el uso de métodos modernos.

Entre las adolescentes actualmente unidas (casadas y convivientes al momento de la encuesta) la proporción que usa algún método anticonceptivo se incrementó de 46,0% en 1996 a 65,9% en el 2013. El uso de los métodos modernos ha pasado de cerca de un tercio en 1996 a algo más de la mitad en el 2012 (de 31,0% a 50,6%), pero en el 2013 se advierte menor porcentaje de

adolescentes que usan este tipo de métodos (46,9%), a la vez del incremento de las que usan métodos tradicionales y folclóricos (pasaron de 16,0 % a 19,0%).

Entre aquellas adolescentes sexualmente activas, el comportamiento en cuanto a uso de métodos anticonceptivos tuvo un desarrollo diferente al de los otros dos grupos mencionados. Hubo incrementos entre 1996 y el 2000, pero fue en los métodos tradicionales y folclóricos (de 37,1% a 45,1% en el 2000).

Hacia el 2009 se detecta un gran cambio; es mayor la proporción de adolescentes sexualmente activas que usan los métodos modernos (63,7%), incremento que continúa en el 2013. En especial se trata del condón masculino, en tanto que el uso de los métodos tradicionales y folclóricos va disminuyendo, pero no obstante cerca de un cuarto de adolescentes los usa (23,6%) y en mayor proporción el Ritmo o Abstinencia periódica.

Los años en los que se percibe incremento de la fecundidad adolescente son 2009 y 2013, más aun, en el 2013 aumenta entre las que han alcanzado algún año de educación superior, entre las residentes en el área urbana y en aquellas situadas en los quintiles relativamente menos pobres.

Planificación de la fecundidad

Alrededor de 6 de cada 10 nacimientos ocurridos en los cinco años precedentes a cada encuesta, tenidos por madres menores de 20 años de edad, no fueron deseados cuando ocurrieron, sino que los hubieran querido tener en un tiempo posterior. El porcentaje de estos nacimientos, en los cuales a las madres les hubiera gustado espaciar, se ha incrementado desde 36,6% en 1996 a 58,9% en el 2013. ⁽³⁴⁾

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Los métodos anticonceptivos: Son todos aquellos capaces de evitar o reducir las posibilidades de un embarazo. Pueden utilizarse desde la primera relación sexual y durante toda la vida fértil de la persona. El uso del preservativo, que también protege de las Infecciones de Transmisión

Sexual (ITS), si es usado de forma correcta, es recomendable para toda la vida sexualmente activa.

Embarazo en adolescentes: Es el que ocurre durante la adolescencia de la madre, definida esta última por la Organización Mundial de la Salud OMS como el lapso de vida transcurrido entre los 10 y 19 años de edad. También se suele designar como embarazo precoz.

Planificación Familiar: Es el conjunto de acciones que una persona lleva a cabo para determinar el tamaño y la estructura de su descendencia, tiene importantes consecuencias para la salud reproductiva de la población, entre las que se encuentran el contribuir a la disminución de la morbilidad y la mortalidad materna e infantil, a través del espaciamiento de los embarazos, el inicio tardío de la reproducción y la limitación en situaciones de riesgo para la salud de la mujer, por citar las más importantes.

Menstruación: proceso fisiológico cíclico y regular que se caracteriza por la descamación hemorrágica de la capa funcional del endometrio, con su posterior expulsión al exterior a través del introito, como resultado de un ciclo hormonal bifásico.

Ciclo bifásico normal: ciclo que consta de una primera fase folicular o estrogénica, seguida de la ovulación, y luego una segunda fase luteínica o progestacional dominada por el cuerpo amarillo.

Menarca: primera menstruación. Se produce, normalmente, alrededor de los 12 años de edad. Si ocurre antes de los 8 años se conoce como menarca precoz, y a partir de los 16 como menarca tardía. Recién a partir de los tres años posteriores a la menarca es posible evaluar las características menstruales, ya que previo a ese lapso es normal que se presenten alteraciones.

Condón Femenino: Es una funda transparente, blanda y resistente hecha de poliuretano, con dos anillos de plástico uno en cada extremo. El anillo del extremo cerrado se usa para facilitar la inserción y mantener el condón adherido al cuello uterino, el del extremo abierto es más ancho y permanece fuera de la vagina cubriendo los genitales de la mujer. Protege el contacto directo del pene con la vagina, evita el paso de los

espermatozoides al conducto cervical, además de proteger contra las infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/SIDA.

Condón Masculino: Es un dispositivo elaborado de látex, cerrado por un extremo conteniendo un receptáculo para almacenar el semen eyaculado y abierto en el extremo opuesto el cual termina en un borde o ribete, se coloca al pene en erección durante la relación sexual para evitar el paso de los espermatozoides y de microorganismos a la vagina. Algunos contienen además sustancias espermicidas (nonoxinol-9). Este método contribuye a la prevención de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA.

Diafragma: Es un dispositivo semiesférico elaborado con goma de látex suave, provisto de un arco de metal flexible y recubierto de la misma goma, cuya función es impedir en forma mecánica que el semen llegue al cérvix uterino, se debe utilizar con jalea o crema espermicida. Las medidas de los diafragmas son 65, 70 y 75 mm.

Dispositivo Intrauterino (DIU): Es un artefacto de polietileno que se coloca dentro de la cavidad uterina, con fines anticonceptivos de forma temporal.

Espermicidas: Son sustancias químicas que impiden el paso de los espermatozoides, inactivándolos antes de que penetren al canal cervical. Por lo general, estas sustancias pueden administrarse a través de diversos vehículos: cremas, óvulos y espuma en aerosol. Las diversas presentaciones contienen un vehículo y un espermicida.

Esterilidad: Es la incapacidad de un individuo, hombre, mujer o de ambos integrantes de la pareja, en edad fértil, para lograr un embarazo por medios naturales, después de un periodo mínimo de 12 meses de exposición regular al coito, sin uso de métodos anticonceptivos.

Género: El género es una categoría utilizada para analizar cómo se definen, representan y simbolizan las diferencias sexuales en una determinada sociedad.

Infección de Transmisión Sexual: Infección adquirida mediante el coito, intercambio de fluidos sexuales o contacto de mucosas genitales.

Métodos de Barrera: Son aquellos que impiden el paso de los espermatozoides por la acción de un obstáculo físico; algunos se acompañan, también, de sustancias químicas espermicidas.

Método de la Lactancia y Amenorrea- El Mela: Es un método anticonceptivo que depende o utiliza el estado de infertilidad resultante de patrones de lactancia materna intensiva y exclusiva, este método se basa en la anovulación.

Método Hormonal Subdérmico: Es un método anticonceptivo temporal, de acción prolongada, que consiste en la aplicación su dérmica de un sistema de liberación continua y gradual de una progestina sintética.

Métodos Tradicionales, Naturales o de Abstinencia Periódica: Son los métodos por medio de los cuales se evita el embarazo, planeando el acto sexual de acuerdo con la probabilidad de embarazo de acuerdo al día del ciclo menstrual de la mujer. Estos métodos requieren de gran motivación y participación activa de la pareja, así como de la capacidad que tenga la mujer para identificar los cambios fisiológicos que ocurren durante el mes, en el moco cervical, la temperatura basal y otros signos asociados al periodo de mayor probabilidad de embarazo o periodo fértil.

Oclusión Tubaria Bilateral (OTB): Es un método anticonceptivo permanente para la mujer, que consiste en la obstrucción bilateral de las trompas uterinas.

Prácticas Sexuales Protegidas: Son prácticas sexuales que incluyen la protección con condón, sexy pack, dique o dedal, para evitar el intercambio de fluidos corporales en boca, ano, vagina y pene a fin de disminuir el riesgo de embarazos no deseados, Infecciones de Transmisión Sexual, incluyendo el VIH y el VPH, entre otros.

Práctica Sexual Segura: Práctica sexual segura. Son las prácticas sexuales como la masturbación, el autoerotismo, las fantasías, los tocamientos que no involucran penetración y/o intercambio de flujos corporales.

Relación Sexual: Para los fines de esta Norma, se considera como tal únicamente el coito vaginal.

Vasectomía: Es un método anticonceptivo permanente para el hombre, que consiste en la oclusión bilateral de los conductos deferentes, con el fin de evitar el paso de los espermatozoides.

2.4. HIPÓTESIS

El estudio solo describirá los resultados obtenidos.

2.5. VARIABLES

2.5.1. DEPENDIENTE

Conocimientos sobre métodos anticonceptivos

Frecuencia de uso de los métodos anticonceptivos

2.5.2. INDEPENDIENTES

- Género
- Relaciones sexuales
- Alguna vez embarazada
- Tiempo de uso de los MAC
- MAC más usado

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	TIPO	NATURALEZA	CLASIFICACIÓN	INDICADOR	INSTRUMENTO	FUENTE
Conocimientos sobre métodos anticonceptivos	Dependiente	Cualitativa	Ordinal	Alto Medio Bajo	Cuestionario	Alumno
Frecuencia de uso de los métodos anticonceptivos	Dependiente	Cualitativa	Ordinal	Muy frecuente Medianamente frecuente Poco frecuente	Ficha de recolección de datos	Alumno
Género	Independiente	Cualitativa	Dicotómica	Femenino Masculino	Ficha de recolección de datos	Alumno
Relaciones sexuales	Independiente	Cualitativa	Nominal	Si No	Ficha de recolección de datos	Alumno
Alguna vez embarazada	Independiente	Cualitativa	Nominal	Si No	Ficha de recolección de datos	Alumna
Tiempo de uso de los MAC	Independiente	Cualitativa	Ordinal	1 año 2 años Más de 2 años	Ficha de recolección de datos	Alumno
MAC más usado	Independiente	Cuantitativa	Nominal	MAC	Ficha de recolección de datos	Alumno

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación es de tipo no experimental, no se intervinieron en las variables, prospectiva pues los datos se tomaron planificadamente, transversal debido a que solo se midió la variable por una sola vez y descriptiva pues se tiene una variable.

3.1.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo.

3.1.3. MÉTODO

Inductivo pues del análisis de las variables en forma independiente se llegó a una conclusión global.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

3.2.1. POBLACIÓN

La población está conformada por los alumnos del 4° y 5° año de educación secundaria de la I.E Bandera del Perú de la ciudad de Pisco, que es 360 alumnos.

3.2.2. MUESTRA

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

$$N = 360$$

$$p = 50\% = 0.50 \text{ nivel de conocimiento sobre MAC estimada}$$

$$q = 1 - 0.50 = 0.50$$

$$Z = 1.96$$

$$d = 5\% = 0.05$$

$$n = \frac{360 (1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(0.05)^2 (360 - 1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)} = \frac{345.744}{1.8579}$$

$$n = 186 \text{ Tamaño de la muestra}$$

Técnicas de Muestreo.

Muestreo aleatorio simple según porcentaje de pacientes que incluya las secciones del 4° y 5° año de secundaria.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Los que desean participar en el estudio

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Los que no desean participar en el estudio

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1. TÉCNICAS

Técnica usada fue la encuesta, la que emplea un instrumento anónimo que recoge la información del nivel de conocimientos sobre MAC de los alumnos del cuarto y quinto años de educación secundaria de la I.E Bandera del Perú de la ciudad de Pisco.

El tiempo máximo de la encuesta fue de 15 minutos.

Para los datos generales se empleó una ficha de recolección de datos.

3.3.2. INSTRUMENTOS

Cuestionario estructurado (Ver anexos)

3.4. PROCESAMIENTO DE DATOS

Concluida la recolección de los datos, se elaboró la tabla matriz a fin de tener una vista panorámica de los datos. Para la medición y el análisis de los datos que se obtuvieron, se utilizó el programa estadístico SPSS versión 23 con el cual se realizaron los análisis descriptivos.

ÉTICA: Para el desarrollo de la presente investigación se aplicaron tres principios éticos, que se respetaron y cumplieron durante todo el proceso del estudio.

Principio de autonomía:

A los participantes que están incluidos en este estudio fueron previamente informados sobre el estudio, y pudieron decidir de forma voluntaria su participación en el estudio.

Principio de No Maleficencia:

Durante el proceso de la investigación se evitó producir algún tipo de daño sobre la información recolectada de los participantes, por ello se conservó la confidencialidad de toda la información obtenida, y para mayor seguridad y cumplimiento con este principio cada instrumento fue anónimo.

Consentimiento Informado:

Se informó los alcances de la investigación a fin de que si responden el cuestionario se da por aceptada su participación.

CAPÍTULO IV
RESULTADOS

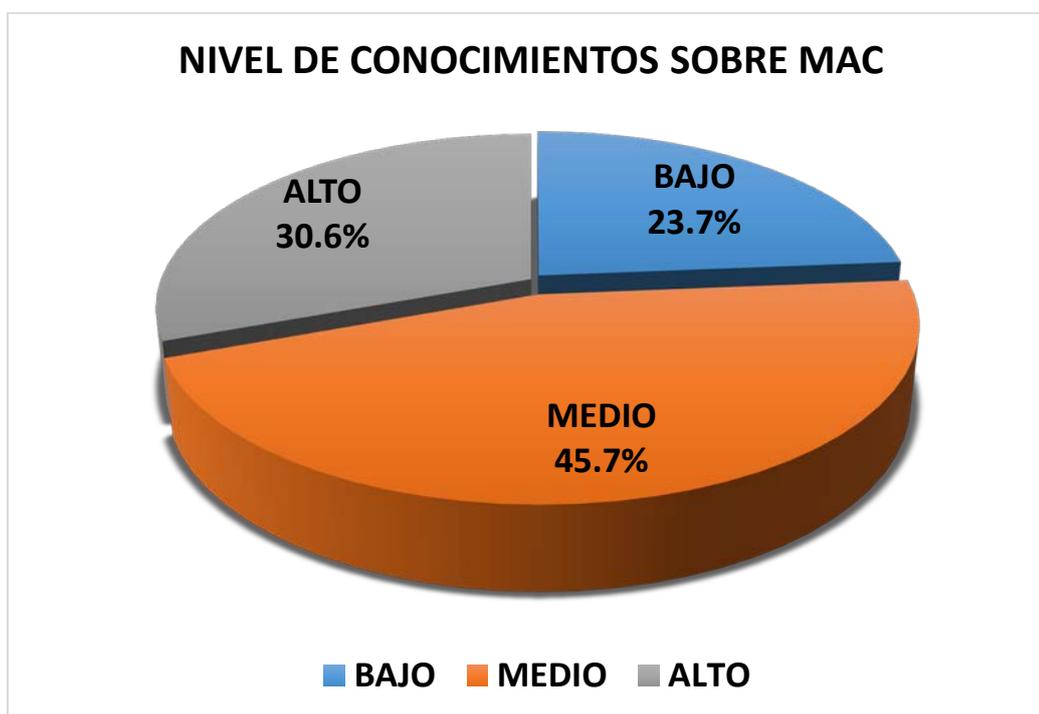
TABLA N° 01
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS DE ALUMNOS DEL 4° Y 5° AÑO DE
SECUNDARIA – I. E. BANDERA DEL PERÚ

Nivel de conocimiento sobre MAC	Frecuencia	Porcentaje
BAJO	44	23.7%
MEDIO	85	45.7%
ALTO	57	30.6%
Total	186	100.0%

Fuente: IE. Bandera del Perú

El 23.7% de alumnos presenta bajo nivel de conocimientos sobre los métodos anticonceptivos, el 45.7% nivel medio y el 30.6% nivel alto.

GRÁFICO N° 01



Fuente: IE. Bandera del Perú

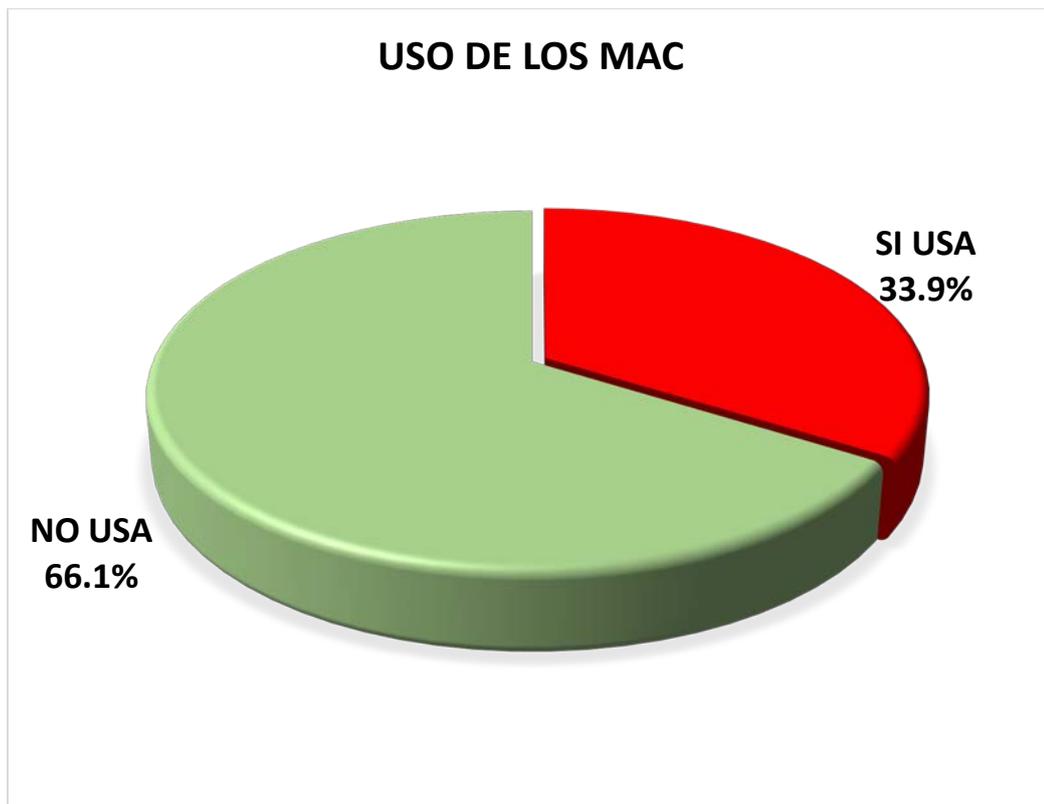
TABLA N° 02
USO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ALUMNOS DEL 4°
Y 5° AÑO DE SECUNDARIA – I. E. BANDERA DEL PERÚ

Uso de los MAC	Frecuencia	Porcentaje
SI USA	63	33.9%
NO USA	123	66.1%
Total	186	100.0%

Fuente: IE. Bandera del Perú

El 33.9% de los alumnos se encuentra usando métodos anticonceptivos en sus relaciones sexuales, mientras que el 66.1% no los usa por no tener relaciones sexuales o teniendo relaciones de riesgo sin protección.

GRÁFICO N° 02



Fuente: IE. Bandera del Perú

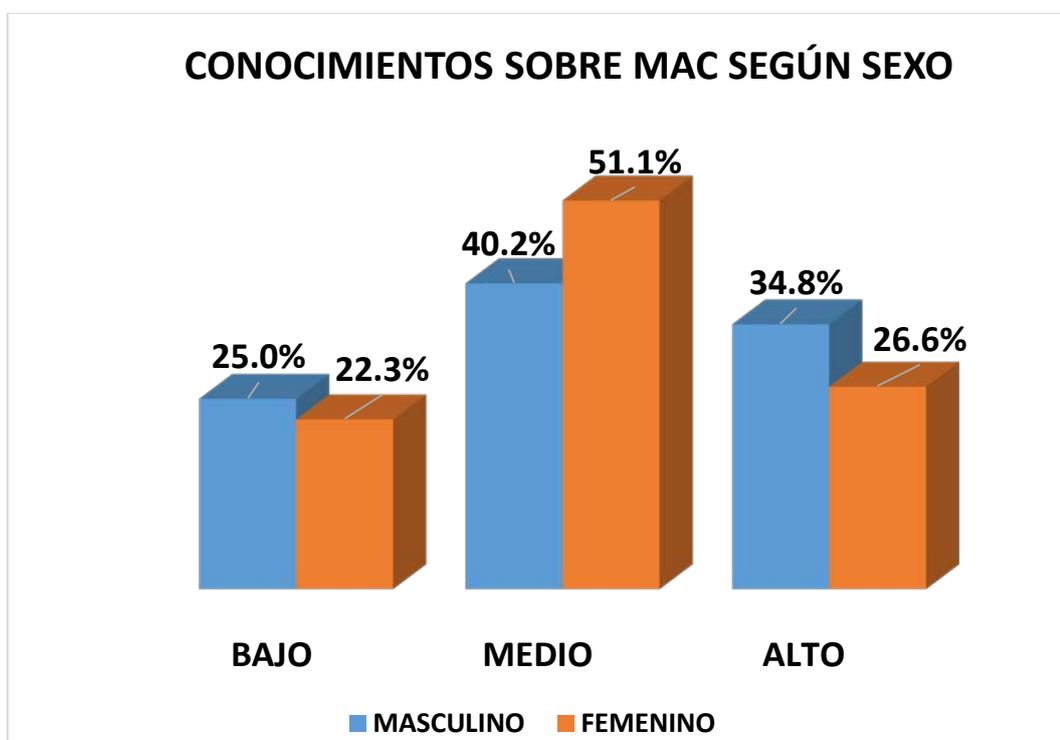
TABLA N° 03
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS SEGÚN GÉNERO EN LOS ALUMNOS DEL 4° Y
5° AÑO DE SECUNDARIA DE LA I. E. BANDERA DEL PERÚ

Conocimientos sobre MAC	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
BAJO	23	21	44
	25.0%	22.3%	23.7%
MEDIO	37	48	85
	40.2%	51.1%	45.7%
ALTO	32	25	57
	34.8%	26.6%	30.6%
Total	92	94	186
	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: IE. Bandera del Perú

El 23.7% de alumnos presenta bajo nivel de conocimientos sobre los métodos anticonceptivos, el 45.7% nivel medio y el 30.6% nivel alto.

GRÁFICO N° 03



Fuente: IE. Bandera del Perú

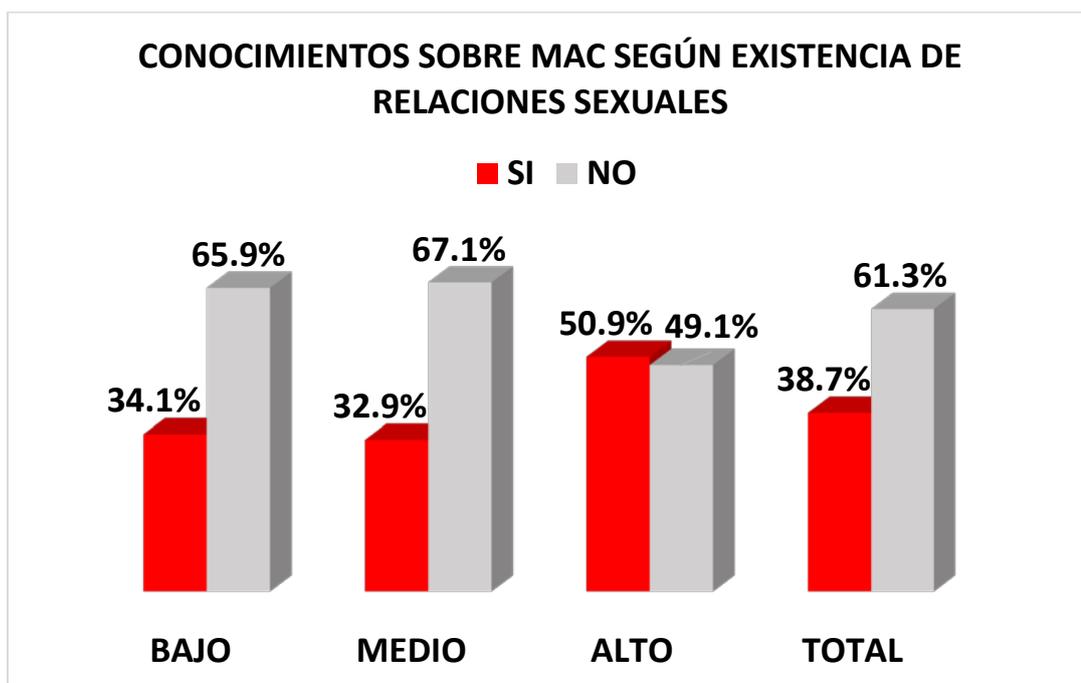
TABLA N° 04
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS SEGÚN EXISTENCIA DE RELACIONES
SEXUALES EN LOS ALUMNOS DEL 4° Y 5° AÑO DE SECUNDARIA
DE LA I. E. BANDERA DEL PERÚ

Relaciones sexuales	CONOCIMIENTOS			TOTAL
	BAJO	MEDIO	ALTO	
SI	15	28	29	72
	34.1%	32.9%	50.9%	38.7%
NO	29	57	28	114
	65.9%	67.1%	49.1%	61.3%
Total	44	85	57	186
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: IE. Bandera del Perú

El nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos es mejor en aquellos que presentan relaciones sexuales 50.9% frente a 49.1% en el nivel alto, sin embargo, en el nivel medio en su mayoría son pertenecen a los que no presentan relaciones sexuales así, como en el nivel bajo. Se observa además que el 38.7% de los alumnos (as) presentan relaciones sexuales.

GRÁFICO N° 04



Fuente: IE. Bandera del Perú

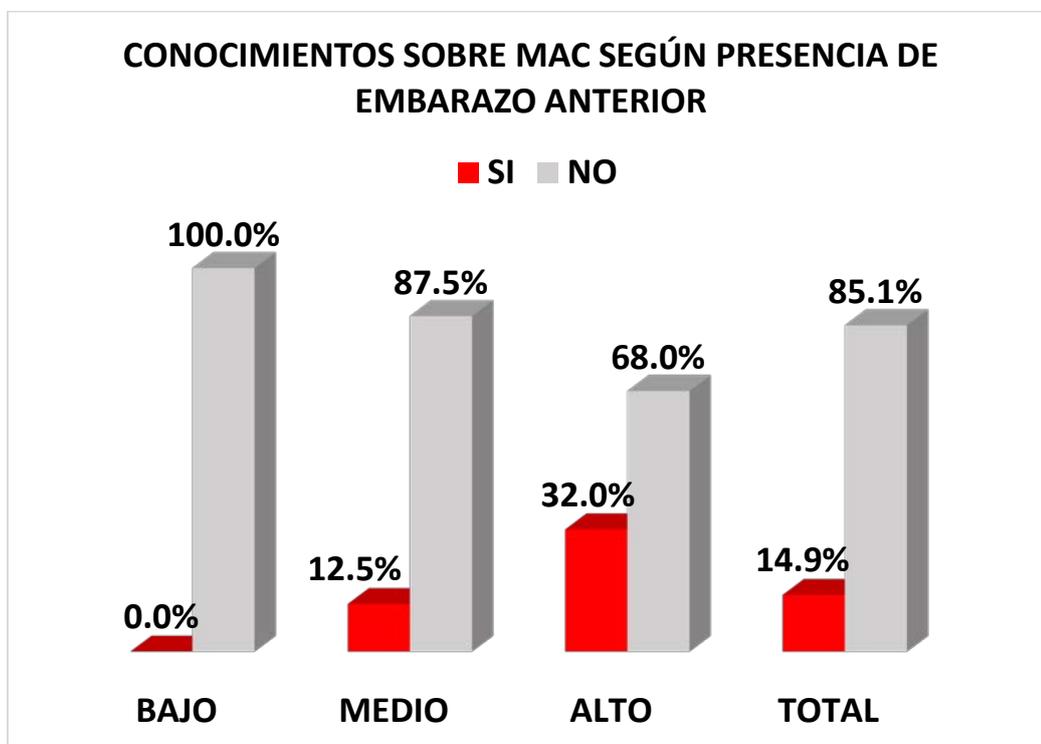
TABLA N° 05
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS SEGÚN PRESENCIA DE EMBARAZO
ANTERIOR EN LAS ALUMNAS DEL 4° Y 5° AÑO DE SECUNDARIA
DE LA I. E. BANDERA DEL PERÚ

Presencia de embarazo	CONOCIMIENTOS			TOTAL
	BAJO	MEDIO	ALTO	
SI	0	6	8	14
	0.0%	12.5%	32.0%	14.9%
NO	21	42	17	80
	100.0%	87.5%	68.00%	85.1%
Total	21	48	25	94
	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: IE. Bandera del Perú

El nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos es mejor en aquellas que presentaron embarazo anterior, observándose un 32% en el nivel alto, 12,5% en el nivel medio y 0% en el nivel bajo. Se observa además que el 14.9% de las alumnas presentan embarazo anterior.

GRÁFICO N° 05



Fuente: IE. Bandera del Perú

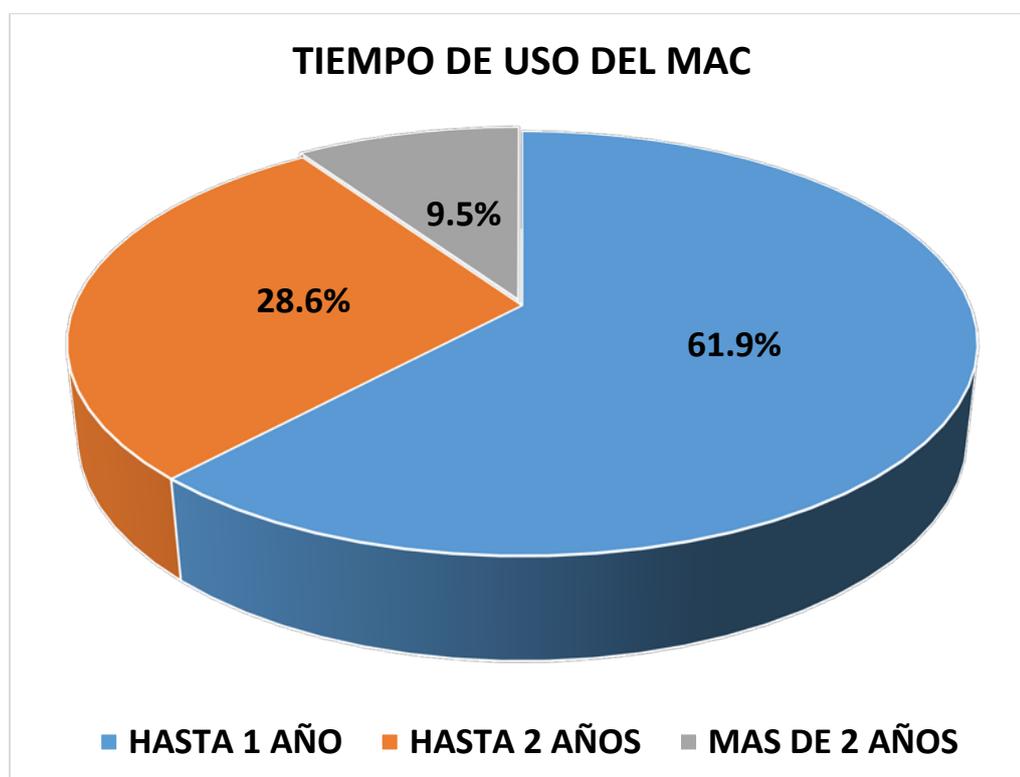
TABLA N° 06
TIEMPO QUE USA LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LOS
ALUMNOS DEL 4° Y 5° AÑO DE SECUNDARIA DE LA I. E.
BANDERA DEL PERÚ EN PISCO

Tiempo de uso del MAC	Frecuencia	Porcentaje
HASTA 1 AÑO	39	61.9%
HASTA 2 AÑOS	18	28.6%
MAS DE 2 AÑOS	6	9.5%
Total	63	100.0%

Fuente: IE. Bandera del Perú

La tabla muestra que de los alumnos (as) que usan algún método anticonceptivo el 61.9% lo está haciendo dentro del primer año, el 28.6% durante dos años y el 9.5% más de dos años.

GRÁFICO N° 06



Fuente: IE. Bandera del Perú

TABLA N° 07
MÉTODO ANTICONCEPTIVO MÁS USADO EN LOS ALUMNOS DEL
4° Y 5° AÑO DE SECUNDARIA DE LA I. E.
BANDERA DEL PERÚ EN PISCO

Método anticonceptivo	Frecuencia	Porcentaje
RITMO	6	8.3%
INTERRUPTUS	3	4.2%
CONDON	29	40.3%
PILDORA	6	8.3%
AOE	16	22.2%
INYECTABLE 3 MESES	12	16.7%
Total	72	100.0%

Fuente: IE. Bandera del Perú

La tabla muestra que el método anticonceptivo más usado es el condón, seguido de el anticonceptivo oral de emergencia, seguido de inyectable hormonal por 3 meses, luego la píldora y finalmente 2 métodos no considerados anticonceptivos como es el caso del coito interruptus y el método del ritmo que son métodos naturales. Se observa que del total de alumnos (as) que presentan relaciones sexuales el 12.5% solo usa métodos naturales.

GRÁFICO N° 07



Fuente: IE. Bandera del Perú

CAPITULO V

DISCUSIÓN

Con el estudio se conoció la realidad del conocimiento y usos de los métodos anticonceptivos en la I. E. Bandera del Perú, en el mes de setiembre del 2016, así se demuestra en la primera tabla donde se muestra que el 23.7% de los alumnos tuvieron bajo nivel de conocimientos en métodos anticonceptivos, el 45.7% nivel medio y solo el 30.6% nivel alto, lo que demuestra que falta una gran brecha por mejorar pues existe un cuarto de los estudiantes con bajo nivel de conocimientos, ello se debería a la poca intervención del sector salud en los colegios de la zona. Al respecto, Posada, M. y Mora, B.³ 2015, en costa Rica encontró un gran porcentaje de nivel bajo de conocimientos sobre métodos anticonceptivos en adolescentes escolarizados. Sánchez-Meneses M.⁴ 2015, encontró resultados similares a los nuestros pues el 60.8% tienen nivel medio y el 23.3% nivel bajo en adolescentes de un centro de salud de México. Sin embargo González Chamorro, S.⁵ 2015, con una intervención educativa logró mejorar los niveles de conocimientos sobre métodos anticonceptivos en un Colegio Nacional en la provincia de Cotopaxi. Díaz Delgado E.⁷ 2014 encuentra niveles altos de conocimientos sobre métodos anticonceptivos en adolescentes del Colegio Nicolás La Torre de Chiclayo. Vanegas Quispe L.⁸ 2012, en Tacna encuentra solo un 39.7% de alumnos del Colegio Mariscal Cáceres con nivel alto de conocimientos sobre educación sexual, lo que se debería a la alta variabilidad de intervención en los colegios de los profesionales de salud. Chamorro

Narváez L.⁹ 2012 en la provincia de Carchi concluye que los estudiantes de quinto año tienen poco conocimiento sobre métodos anticonceptivos. Y La Torre Martínez P.¹⁰ 2012, en su estudio, uso de métodos anticonceptivos en adolescentes atendidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal, concluye que más de un 50 % de la muestra presentaba una inadecuada información sobre métodos anticonceptivos. Castro Ñopo L.¹¹ 2014 en Catacaos Piura encuentra que los alumnos del 5° año el 41.75% no conoce sobre métodos anticonceptivos. También Del Pino Duymovich D.¹² 2015, en adolescentes que acuden al Centro de Salud de Chorillos encuentra 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%.

Sin embargo, al evaluar el uso de métodos anticonceptivos en los alumnos, se encontró que el 33.9% lo están usando, lo que determinaría un porcentaje alto de relaciones sexuales en estos alumnos que ponen en riesgo su integridad sexual y reproductiva, pues se encuentran en riesgo de embarazo no deseado o de contraer enfermedades de transmisión sexual incluyendo el SIDA. Este porcentaje alto estaría explicado por el poco control de los padres sobre sus hijos o por poca información sobre salud sexual y reproductiva que tienen los alumnos y optan por tener actitudes y prácticas de riesgo. Al respecto Rengifo-Reina H.⁶ 2012, encontró que el 42 % expresaron haber tenido relaciones sexuales, con edad de inicio promedio de 13 años, en adolescentes escolares en un municipio colombiano. Del Pino Duymovich D.¹² 2015 en su estudio sobre el nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en madres adolescentes del “Centro de Salud Chorrillos el 63.8% de madres adolescentes usan métodos anticonceptivos, mientras que el 36.2% no usan.

Al evaluar el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos según el sexo, se encontró que no existe diferencias de conocimientos entre ambos sexos, aunque el nivel bajo de conocimientos predominó en el sexo masculino, el medio en el femenino y el alto en el masculino, demostrando que no existe diferencias según sexo.

Se encontró que el 38.7% de las alumnas ya iniciaron relaciones sexuales observándose que el grupo de alumnas que tienen relaciones sexuales también tienen mejor nivel de conocimientos sobre los métodos anticonceptivos, así la mitad de ellos tienen nivel alto de conocimientos, el 32.9% nivel medio y el 34.1% nivel bajo, lo que indicaría que la práctica sexual obliga a conocer sobre los métodos anticonceptivos por el interés que en ellos se tiene.

Al evaluar el embarazo con el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos se encuentra una relación positiva, pues las que presentaron embarazos tienen mejores conocimientos sobre los métodos anticonceptivos, pues son mujeres que durante y después de su gestación fueron capacitadas sobre los diferentes métodos, y muchos de ellos ya lo estarían usando.

Con el estudio también se determinó que el 61.9% de los que están en uso de métodos anticonceptivos, lo están realizando desde hace 1 año, el 28.6 hasta dos años y el 9.5% más de dos años, lo que demuestra que muchos de ellos se encuentran en actividad sexual desde 2 o más años, por lo que el riesgo de embarazos no deseados o de contraer infecciones de transmisión sexual es alto en este grupo de alumnos pues existe la tendencia de seguir con relaciones sexuales en los años siguientes.

Seguidamente se evaluó el método anticonceptivo más usado en los alumnos (as) que se encuentran sexualmente activos, siendo el condón el más usado, seguido de el anticonceptivo oral de emergencia, demostrando el riesgo alto de relaciones sexuales de riesgo que practican estos alumnos lo que les obliga a prevenirlos utilizando un método que es de emergencia y no de rutina, el 16.7% utilizan métodos inyectables hormonales lo que les pone en condición de protegida con respecto a embarazos, pero no para infecciones de transmisión sexual. Un pequeño grupo utiliza píldora 8.3%. Existiendo un 12.5% que solo usan métodos naturales como el método del ritmo y el coito interruptus, que son aquellos que se encuentran sexualmente activas pero que no están utilizando métodos anticonceptivos convencionales. Reina H.6 2012, encontró que el método anticonceptivo de mayor uso fue el condón en adolescentes escolares en un municipio colombiano.

CONCLUSIONES

1. El 23.7% de alumnos presenta bajo nivel de conocimientos sobre los métodos anticonceptivos, el 45.7% nivel medio y el 30.6% nivel alto.
2. El 33.9% de los alumnos se encuentra usando métodos anticonceptivos en sus relaciones sexuales, mientras que el 66.1% no los usa por no tener relaciones sexuales o por tener relaciones sexuales sin protección.
3. No existe diferencias en el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos según el sexo.
4. Existe mayor proporción de conocimientos de nivel alto en los alumnos (as) que se encuentran sexualmente activos (as) 50.9%, nivel medio 32.9%, y nivel bajo 34.1%.
5. El nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos es mejor en aquellas que presentaron embarazo anterior, 32% en el nivel alto, 12,5% en el nivel medio y 0% en el nivel bajo.
6. El 61.9% de los alumnos (as) que está usando anticonceptivos, lo está haciendo dentro del primer año, el 28.6% durante dos años y el 9.5% más de dos años.
7. El método anticonceptivo más usado es el condón (40.3%), el anticonceptivo oral de emergencia 22.2%, inyectable hormonal de 3 meses 16.7%, la píldora y el método del ritmo 8.3% cada una, y el coito interruptus el 4.2%

RECOMENDACIONES

1. Desarrollar programas de educación sexual en los colegios de la región dirigidos por profesionales de la salud, cumpliendo con las metas programadas, en forma periódica y constante.
2. Desarrollar actividades de sensibilización sobre los beneficios del uso de los métodos anticonceptivos.
3. Facilitar el acceso a los métodos anticonceptivos a los alumnos de los colegios de la región enseñando el correcto uso de los mismos.
4. Orientar sobre los riesgos de tener relaciones sexuales a los alumnos de secundaria de los colegios de la región con el fin de prolongar la edad de inicio de dicha actividad que le pone en riesgo de embarazos no deseados o de contraer enfermedades de transmisión sexual incluyendo el SIDA.
5. Ampliar la orientación sexual hasta alumnos del segundo y tercer año de secundaria.
6. Desarrollar actividades de orientación a los padres en el programa de escuela para padres a fin de tener un mejor control del adolescente escolar.
7. Realizar investigaciones periódicas a fin de determinar el avance de los programas de educación sexual y reproductiva impartida en estos colegios y los efectos que ella tiene.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- 1.- Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2014.
- 2.- Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Ginebra: Organización mundial de la Salud, 2015. Salud pública de México / vol. 58, no. 1, enero-febrero de 2016.
- 3.- Posada, M. y Mora, B. (2015). Conocimientos previos acerca de métodos anticonceptivos y su relación con conocimientos adquiridos después de una intervención educativa con simulador. Rev. Enfermería Actual en Costa Rica, 28, 1-13. DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i28.17203>
- 4.- Sánchez-Meneses M. 2015, Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud. México.
- 5.- González Chamorro, S. Impacto de una estrategia educativa en los conocimientos y uso de métodos anticonceptivos en estudiantes del Colegio Nacional Experimental Salcedo de la parroquia San Miguel del Cantón Salcedo en el período agosto 2014 - enero 2015 Ambato Ecuador.
- 6.- Rengifo-Reina H. Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano. Rev. salud pública. 14 (4): 558-569, 2012
- 7.-Díaz Delgado E. 2015, Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y factores sociodemográficos en adolescentes del Colegio Nacional Nicolás La Torre, 2014. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>
- 8.- Vanegas Quispe L. "Factores Sociodemográficos y su Relación con los Conocimientos y Actitudes Sexuales de los Adolescentes de la Institución Educativa Mariscal Cáceres", Tacna 2012. Citado el 20 de julio 2013, disponible en: <http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/handle/unjbg/167>
- 9.- Chamorro Narváez L. Conocimientos sobre métodos anticonceptivos y utilización del condón en la primera experiencia sexual de adolescentes varones y mujeres que son estudiantes de los quintos cursos del Colegio Nacional "José Julián Andrade" de la provincia del Carchi de enero a julio del 2012. Artículo

Científico. Universidad Técnica del Norte Facultad Ciencias de la Salud Escuela de Enfermería. Ecuador.

10.- La Torre Martínez P. Nivel de conocimiento y actitud hacia el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes atendidos en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2012

11.- Castro Ñopo L. Conocimientos sobre métodos anticonceptivos en adolescentes del 5to año de secundaria de la Institución Educativa Nacional José Cayetano Heredia, Catacaos – Piura, 2014.

12.- Del Pino Duymovich D. Nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en madres adolescentes del “Centro de Salud Chorrillos I Gustavo Lanatta Luján” febrero – abril 2015

13.- Federación Internacional de Planificación de la Familia. (International Planned Parenthood Federation (IPPF). (2012). Declaración del IMAP sobre derechos sexuales y servicios de salud sexual. Boletín Médico de la IPPF.

14.- Organización de las Naciones Unidas. (2012). Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, Population Division. World Contraceptive Use. Recuperado a partir de: www.un.org/desa

15.- CONPES 147 (2011). Formulación de estrategia para la prevención del embarazo y proyecto de vida. Bogotá. Septiembre 2011

16.- Federación Latinoamericana de sociedades de obstetricia y ginecología (FLASOG). 2011. Lima, Perú. ISBN: 978-612-45897-68, pp. 17, 23, 24, 27,28. Recuperado de:

<http://www.unal.edu.co/bioetica/documentos/2011/Maternidad.pdf>

17.- Normas nacionales sobre regulación de la fertilidad. Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), Programa Nacional Salud de la Mujer. Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER). Asociación Chilena de Protección de la Familia (APROFA)

18.- Gómez, I., Molina, R., Zamberlin, N. (2011). Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe.

19.- Salud sexual guía de métodos anticonceptivos. 2011. Castilla, La Mancha [citado 01 septiembre 2013]. Disponible en:

http://www.portaljovencim.com/documentos/saludJoven/SaludJoven_Guia_Anticonceptivos.pdf.

20.- Mancilla, J. (2012). Embarazo en adolescentes. Vidas en riesgo. Revista de Perinatología y reproducción humana. México D.C. 26(1), pp.5- 7. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/inper>

<http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2012/ip121a.pdf>

21.- Rengifo-Reina HA, Córdoba-Espinal A, Serrano-Rodríguez M. Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano. Rev Salud Pública. 2012;14(4):558-69.

22.- Ayala-Castellanos M, Vizmanos-Lamotte B, Portillo-Dávalos R. Salud sexual y reproductiva en adolescentes de escuela secundaria en Guadalajara, México. Ginecol Obstet Méx. 2011;79(2):86-92.

23.- Cruz HJ, Yanes QM, Isla VA, Hernández GP, Velasco BA. Anticoncepción en la adolescencia. Rev Cubana Endocrinol [Internet]. 2007 Ene-Abr [citado 2014 Feb 15]; 18(1). Disponible en: http://scielo.sld.CU/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1561-29532007000100006&ing=es.

24.- Fernández GB, Mariño ME, Ávalos GM, Baró JVG. Información sobre anticoncepción y métodos anticonceptivos en adolescentes del Municipio “La Lisa”. Rev Cubana Med Gen Integral. 2013;29(1):3-7.

25.- Parra-Villaruel J, Domínguez-Plascencia J, Maturana-Rosales J, Pérez-Villegas R, Carrasco-Portiño M. Conocimiento y percepción de adolescentes sobre el servicio de planificación familiar en Chile. Salud Colectiva, Buenos Aires. 2013;9(3):391-400.

26.- Chelhond-Boustanie EA, Contreras-Vivas L, Ferrer-Ladera M, Rodríguez I. 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. 2012;18(2)

27.- Alsasua A. Hormonas sexuales y anticonceptivos. 2011. Actualidad en Farmacología y Terapéutica volumen 9 nº 1 | marzo 2011| [citado 01 septiembre 2013]. Disponible en:

<http://socesfar.com/attachments/article/98/Hormonas%20sexuales%20y%20anticonceptivos.pdf>

28. Orellana, A., Diezma, J., Lasheras, M. & Pires, M. Los métodos anticonceptivos. Impreso en España. 2013. Planificación familiar derecho de todas y de todos. Ministerio de salud del Perú. 2012. [citado 30 agosto 2013]. Disponible en:

<http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2012/planfam/metodos.asp>

29.- Gómez, A. Conocimientos, actitudes y prácticas en relación a la sexualidad en adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Técnica Perú BIRF "República del Ecuador" del distrito de Villa María del Triunfo, 2011. Tesis para optar el título profesional de licenciado en obstetricia. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2013.

30.- USAID. Informe técnico anticonceptivo hormonal Y VIH. Septiembre de 2013

31.- Campero Cuenca, L. Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: evidencias y propuestas. Gaceta Médica de México. 2013;149:299-307. Dirección de Salud Reproductiva, Centro de Investigación en Salud Poblacional, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Mor., México; 2Escuela de Salud Pública, Universidad de Washington, Seattle, WA, EE.UU.

32.- Moras Rosado M. Relación entre el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en las pacientes puérperas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - enero 2015

33.- Bolivia Ministerio de Salud y Depones. Dirección General de Salud. Unidad de Servicios de Salud y Calidad Plan estratégico nacional de salud sexual y reproductiva 2009- 2015./Ministerio de Salud y Depones 2ed.

34.- INEI: Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet].Perú: 29 Abril 2013; [citado 24 agosto2013]. 3 páginas. Disponible en:

<http://www.inei.gob.pe/web/NotaPrensa/Attach/16355.pdf>

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVO ESPECÍFICO	VARIABLES	INDICADORES	INSTRUMENTO	FUENTE
¿Cuáles es el nivel de conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos de los alumnos del 4° y 5° año de educación secundaria de la Institución Educativa Bandera del Perú en Pisco setiembre del 2016?	Determinar el nivel de conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos de los alumnos del 4° y 5° año de educación secundaria de la Institución Educativa Bandera del Perú en Pisco setiembre del 2016	<p>-Precisar el nivel de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos según género</p> <p>-Indicar el nivel de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos según existencia de relaciones sexuales</p> <p>-Evaluar el nivel de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos según alguna vez embarazada</p> <p>- Determinar el tiempo de uso de los métodos anticonceptivos</p> <p>- Investigar el método anticonceptivo de mayor uso</p>	<p>DEPENDIENTE</p> <p>-Conocimientos sobre métodos anticonceptivos</p> <p>-Frecuencia de uso de los métodos anticonceptivos</p> <p>INDEPENDIENTES</p> <p>-Género</p> <p>-Relaciones sexuales</p> <p>-Alguna vez embarazada</p> <p>-Tiempo de uso de los MAC</p> <p>-MAC más usado</p>	<p>Alto</p> <p>Medio</p> <p>Bajo</p> <p>Muy frecuente</p> <p>Medianamente frecuente</p> <p>Poco frecuente</p> <p>Femenino</p> <p>Masculino</p> <p>Si</p> <p>No</p> <p>Si</p> <p>No</p> <p>1 año</p> <p>2 años</p> <p>Más de 2 años</p> <p>MAC</p>	<p>Cuestionario</p> <p>Ficha</p> <p>Ficha</p> <p>Ficha</p> <p>Ficha</p> <p>Ficha</p> <p>Ficha</p>	Alumno(a)



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1.- Ficha N° _____

2.-Género

(Femenino) (Masculino)

3.-Relaciones sexuales

(Si) (No)

4.-Alguna vez embarazada (para las mujeres)

(Si) (No)

5.-Tiempo de uso de los MAC

(1 año o menos) (2 años) (Más de 2 años)

6.-MAC más usado

T de cobre_____

Inyectable 3 meses_____

Inyectable 1 mes_____

Anticonceptivo oral de emergencia (Píldora del día siguiente)_____

Condón_____

Espumas u óvulos espermaticidas_____

Píldoras orales_____

Coito interruptus_____

Parches_____

Implante sub dérmico_____

Otro_____

CUESTIONARIO
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

1. ¿Cuál es el método anticonceptivo 100% eficaz para evitar el embarazo?

- a) Usando anticonceptivos orales.
- b) Usando preservativo.
- c) Terminar afuera o eyacular fuera de la vagina.
- d) Orinar después de haber tenido relaciones sexuales.
- e) *La abstinencia.*

2. ¿Para qué sirve el preservativo (condón) en la relación sexual?

- a) *Previene el embarazo, las enfermedades de transmisión sexual y el sida*
- b) Disminuyen la producción de semen
- c) Aumenta la sensación haciendo la relación sexual más agradable para la pareja.

3. ¿Cuáles de los siguientes métodos anticonceptivos son considerados naturales?

- a) Preservativo, píldoras o pastillas
- b) *Método del ritmo.*
- c) Inyecciones anticonceptivas.

4. ¿En el método del ritmo, ¿los días en que la mujer puede quedar embarazada teniendo relaciones sexuales son?

- a) Los últimos días del ciclo menstrual
- b) Los primeros días del ciclo menstrual
- c) *Los días intermedios del ciclo menstrual*

5. ¿Cuándo usa la mujer el método de la lactancia materna?

- a) Su bebé es mayor de 6 meses de edad
- b) *Su bebé es menor de 6 meses de edad, le da de lactar con frecuencia y no han regresado sus periodos menstruales.*
- c) Cuando su bebé no recibe leche materna en forma exclusiva.

6. ¿Cuál de los siguientes es un método anticonceptivo de barrera?

- a) *El preservativo*
- b) La ligadura de trompas
- c) La píldora
- d) Del calendario o del ritmo

7. ¿Cuál de los siguientes es un método anticonceptivo hormonal?

- a) El preservativo
- b) La ligadura de trompas
- c) *La píldora*
- d) Del calendario o del ritmo

8. ¿Cuándo deben tomarse los anticonceptivos orales?

- a) Deben tomarse solo los días que se tiene relaciones sexuales
- b) *Deben tomarse diariamente*
- c) Deben tomarse inter diario.

9. ¿Cuándo se toma la píldora del día siguiente?

- a) Se toma todos los días
- b) *Se toma en caso de una relación sexual sin protección*
- c) Se toma antes de una relación sexual

10. ¿En qué consiste La T de cobre?

- a) Una sustancia que se ingiere antes del contacto sexual.
- b) Es una pastilla cuyo compuesto se basa en cobre.
- c) *Es un dispositivo en forma de T que se coloca vía vaginal en el útero.*

11. ¿Cuáles de los siguientes métodos anticonceptivos son considerados definitivos?

- a) Preservativo, pastillas anticonceptivas, método del ritmo.
- b) Preservativo, ligadura de trompas, pastillas anticonceptivas.
- c) *Ligaduras de trompas, vasectomía*
- d) Todas las anteriores.

12. ¿Cómo se consideran a las espumas o jaleas espermicidas?

- a) Que previenen enfermedades de la vagina
- b) Que no destruyen los espermatozoides del semen del hombre
- c) *Que destruyen los espermatozoides del semen del hombre*

Gracias