



UNIVERSIDAD NACIONAL
“HERMILIO VALDIZAN”
FACULTAD DE MEDICINA



**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS EN LOS ALUMNOS DEL 4TO Y 5TO DE
SECUNDARIA EN EL COLEGIO NACIONAL APLICACIÓN
UNHEVAL y COLEGIO PRIVADO SAN VICENTE DE LA
BARQUERA. HUANUCO – 2015.**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

TESISTAS

BARRIENTOS SALAZAR, José Luis.

CORI VALVERDE, Víctor Rossini

ASESOR

Dr. VENTURO CASTRO WILLANS GERBERT.

HUANUCO –PERÚ

2017

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por la vida y la fortaleza para seguir adelante en nuestra formación personal y profesional.

A NUESTROS PADRES Y HERMANOS

Por su apoyo permanente e incondicional

AL DR. BERNARDO CRISTÓBAL DÁMASO MATA

Por su permanente y valiosa motivación y guía para la realización del presente estudio

AL DR. WILLANS GERBERT VENTURO CASTRO

Por su importante apoyo y constante asesoramiento integral en el presente trabajo

A LOS DIRECTORES Y TRABAJADORES

De las Instituciones Educativas, por brindarnos las facilidades para la realización del presente trabajo.

A LOS ESTUDIANTES DEL 4TO Y 5TO AÑO DE SECUNDARIA

Por su colaboración y participación en la ejecución del presente trabajo

RESUMEN

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LOS ALUMNOS DEL 4TO Y 5TO DE SECUNDARIA EN EL COLEGIO NACIONAL APLICACIÓN UNHEVAL y COLEGIO PRIVADO SAN VICENTE DE LA BARQUERA. HUANUCO – 2015

Objetivos: Fue Determinar el nivel de conocimiento y actitud sobre métodos anticonceptivos en los alumnos de 4to y 5to de secundaria en un colegio nacional y colegio Particular, Huánuco – 2015. **Métodos:** diseño descriptivo De corte transversal, analítico ya que nos permite describir los hechos tal como son en realidad, constituido por 187 individuos, empleo de encuesta, se describe los factores relacionados al nivel de conocimiento y actitud sobre MAC, se utilizó escala de Likert para actitud, se estableció asociación estadística χ^2 , para las variables de estudio, se empleó SPSS.V20. **Resultados:** El nivel de conocimiento adecuado 59,4% y la actitud favorable 54 %. El predominio del género fue femenino (54%) el masculino (46%).entre las características de la población se encontró: 63.1% de 15 años, 75.9% católico, 98.9% urbano, Con grado de instrucción de la madre 88.2% de nivel superior, de padre 86.6% del nivel superior. En las variables intervinientes se encontró: Quien informa más sobre los (MAC) 27,3 % el colegio, 89,8% aún no inicia relaciones sexuales, 89.8% no han tenido pareja sexual 73.8% método de barrera 44.4% con buena comunicación familiar 95.7% tiene internet y 82.4% cuentan con teléfono inteligente. En el análisis bivariado se encontró: En el colegio nacional los adolescentes con conocimiento adecuado y actitud favorable 37,1%. Colegio particular los adolescentes con conocimiento adecuado y actitud favorable 29,9%. Obteniendo en el análisis estadístico (χ^2), con valor de 4,4 con nivel de significancia de 0,107. **Conclusión:** el nivel de conocimiento fue adecuado con una actitud favorable sobre los MAC.

Palabras clave: conocimiento, actitud, anticonceptivos, Huánuco, Adolescentes.

SUMMARY

KNOWLEDGE LEVEL AND ATTITUDE ON BIRTH CONTROL METHODS IN STUDENTS OF 4th and 5th NATIONAL HIGH SCHOOL APPLICATION AND PRIVATE SCHOOL UNHEVAL AND SAN VICENTE DE LA BARQUERA. HUÁNUCO – 2015

Objectives: Determine the level of knowledge and attitudes about contraception students in 4th and 5th in the National high school and private high school Particular, Huanuco - 2015. **Methods:** Design descriptive analytic transversal because it allows us to describe the facts as they are in reality, consisting of 187 individuals, using survey describes the factors related to the level of knowledge and attitude about MAC, Likert scale was used for attitude, statistical association was established with χ^2 for the study variables, SPSS.V20. was used. **Results:** The appropriate level of knowledge 59.4% and 54% favorable attitude. The predominance of female was studied (54%) the male (46%) between the characteristics of the studied population: 63.1% of 15, 75.9% Catholic, 98.9% urban, with level of education Mother 88.2% higher level, 86.6% of the parent level. In the intervening variables found: Who tells more about MAC school 27.3%, 89.8% not yet initiated sex, 89.8% have had sexual partner 73.8% 44.4% barrier method with good family communication 95.7% Internet cafe and 82.4% have smartphone. In bivariate analysis he found: In the national college adolescents with adequate knowledge and positive attitude 37.1%. Private school with adequate knowledge and 29.9% positive attitude. Getting in the statistical analysis (chi square), with value of 4.4 with a significance level of 0.107. **Conclusion:** The level of knowledge was adequate with a favorable attitude on the MAC.

Keywords: knowledge, attitude, contraceptive, Huánuco, Adolescent.

INTRODUCCION

Durante la adolescencia se atraviesa por diversa situaciones y experiencias relacionadas al sexo tanto promiscuas como de abstinencia dependiendo esto del nivel de conocimiento y actitud influenciado por diversos factores. En realidad que cuanto más informado obtengan, más responsables llegarán a ser, sin embargo esto no los aleja de la realidad de querer experimentar. Son miles de embarazos no deseados en los jóvenes adolescentes cada año, por falta de información, actitud desfavorable, responsabilidad o inconciencia.

La relación sexual, significa decisión de dos, si el fin no es concebir significa anticoncepción. Es imprescindible tener el tiempo necesario para no realizar relaciones sexuales bajo presión. Debería ser una decisión y obligación compartida por la pareja, para no correr riesgos innecesarios: embarazos no deseados, contagio de enfermedades venéreas. Si se mantienen relaciones sexuales con regularidad y sin usar ningún método anticonceptivo, la probabilidad de embarazo es en torno al 80% en un año. La información acerca de los métodos anticonceptivos está al alcance de todos. Se puede promover el comienzo del uso de los métodos anticonceptivos para evitar posibles problemas y enfermedades. La anticoncepción es la forma de evitar el embarazo mediante el uso de métodos o productos que interfieren en la concepción. Es importante informarse bien sobre todos los métodos anticonceptivos existentes así como aprender el correcto uso, para poder elegir el que más se adecue a cada realidad siendo beneficioso su uso adecuado, mejorando el nivel de conocimiento y actitud frente a estos

CAPITULO 1.

1.1. Planteamiento Del Problema

Caracterización del problema.

La adolescencia es considerada una etapa de la vida de todo ser humano caracterizada por múltiples cambios biológicos, psicológicos y sociales, lo que como consecuencia origina la madurez física del organismo, y a la vez la definición de la personalidad del individuo joven como adulto (1)

La salud de los adolescentes (10-19 años), es un elemento clave para el progreso social, económico, político de todos los países. El comportamiento sexual y las pautas reproductivas de los adolescentes son muy sensibles a las influencias de factores sociales. La salud mental social y física del adolescente es el resultado de las experiencias durante esta etapa y son importantes determinantes de una buena parte de la salud en etapas posteriores (2)

A escala mundial, de acuerdo al OMS 2013 el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente, de un 54% en 1990 a un 57% en 2012. En África pasó de 23% a 24%; en Asia se mantuvo en 62%, y en América Latina y el Caribe pasó de 64% a 67%; en cada región es notable la variación entre países. (3)

A nivel mundial las adolescentes no utilizan métodos anticonceptivos, el 12% de los jóvenes entre las edades de 14 - 15 años han mantenido relaciones sexuales alguna vez. En el 58% de las mujeres adolescentes el embarazo es no deseado.

El inicio precoz de las relaciones sexuales en adolescentes femeninos y masculinos es un fenómeno común en las américas, se estima que la mitad de las adolescentes menores de 17 años son sexualmente activas.

En Estados Unidos de América La actividad sexual es cada vez más frecuente a tempranas edades: observándose que el 9% a los 12 años ha iniciado su actividad sexual, a los 14 años el 23 %, el mismo va en incremento con la edad y a los 18 años el 71%.

En América Latina el 71% de los adolescentes de 15 - 19 años no utilizan métodos anticonceptivos, debido a ello el 52% es el promedio de embarazos no deseados, y el 53% han empezado a tener relaciones sexuales antes de los 19 años.

Según las estadísticas sanitarias mundiales para el año 2012, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), El problema de salud sexual y reproductiva en los adolescentes está relacionada con múltiples factores conductuales; como el inicio precoz de la actividad sexual, los encuentros sexuales improvisados en lugares inapropiados, la promiscuidad, el desconocimiento de las infecciones de transmisión sexual y sobre el uso de métodos anticonceptivos. El conocimiento de los métodos anticonceptivos y la concientización sobre el riesgo por parte de los adolescentes podría mejorar los problemas de salud sexual y reproductiva. (4)

En el Perú según el instituto nacional de estadística e informática REALIZADO EN EL 2013 (INEI) Casi todas las mujeres en edad fértil (99,8%), conocen o han oído hablar de algún método de planificación familiar, siendo los métodos modernos los más conocidos, por el 99,6% de ellas. Con respecto al año 2009 aumentó en 0,5 y 0,6 puntos porcentuales respectivamente. (5)

A nivel 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 2009 y 2012.

A los profesionales de la salud les corresponde fortalecer y promover el conocimiento por parte de los adolescentes a cerca de los métodos anticonceptivos, las ventajas de su uso y las consecuencias de una vida sexual sin precauciones (5) según los datos obtenidos en la encuesta demográfica y de salud familiar realizados en Huánuco en el año 2012 Uno de los objetivos de tal encuesta fue determinar el nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos y si alguna vez habían usado algún método anticonceptivos ya que es una condición necesaria para su uso ,teniendo como resultado en formas general el nivel de conocimiento en los métodos modernos (todas las mujeres 99,4% , mujeres unidas, mujeres 100% no unidas y sexualmente activas 100%) no existiendo una estadística específica en relación al conocimiento en los adolescentes. En relación si habían usados alguna vez

algún métodos anticonceptivo en las edades de 15 a 19 años (métodos modernos 34,0 métodos antiguos 30,0) (6)

Entendemos que la prevención de este problema debe darse dentro del marco de la planificación familiar y el acercamiento general a la utilización de métodos anticonceptivos, teniendo en cuenta la realidad de los adolescentes, sus características evolutivas y otros comportamientos de riesgo. Los jóvenes de nuestro entorno así como las actitudes y comportamientos que presentan en este terreno, con el objetivo de desarrollar programas de intervención adecuados a sus necesidades específicas.

1.2. Formulación del problema.

¿CUÁL ES EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LOS ALUMNOS DE 4TO Y 5TO DE SECUNDARIA EN EL COLEGIO NACIONAL APLICACIÓN UNHEVAL y COLEGIO PRIVADO SAN VICENTE DE LA BARQUERA, HUANUCO - 2015?

1.3. Justificación

Académica

El presente trabajo se justifica, ya que no existen muchos estudios algunos acerca del conocimiento y actitud sobre los métodos anticonceptivos en las y los adolescentes y mucho menos, que determinen estas variables en alumnos de un colegio nacional, como el colegio Aplicación UNHEVAL y colegio privado San Vicente de la Barquera. Este trabajo permitirá proporcionar información actualizada y precisa sobre conocimientos y actitudes sobre los métodos anticonceptivos en este grupo de riesgo.

Social

se justifica, ya que la falta de información y el desconocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos, la poca accesibilidad a los servicios de salud por barreras socioculturales, económicos y comunicación inadecuada entre padres e hijos, contribuyen al inicio temprano de las relaciones sexuales,

generando abortos, deserción escolar, embarazo precoz, infecciones de transmisión sexual, que pueden ser evitados.

Él o la médica debe cumplir funciones investigativas a fin de contribuir a mejorar las condiciones bio-psico-sociales de los individuos y su sociedad mejorando los estilos de vida. Logrando vincularse con la comunidad y buscando respuesta desde la realidad para el beneficio integral de esta sociedad.

Practica

Se justifica, ya que el conocimiento y actitud sobre los métodos anticonceptivos en las y los adolescentes, formaría parte de una base para la implementación de estrategias que ayuden a evitar conductas de riesgo, sexual reproductiva, en el adolescente y sus repercusiones en el entorno social, económico, familiar y de salud, en el que se desarrollan.

1.4. Objetivos:

Objetivo general:

1. Determinar el nivel de conocimiento y actitud sobre métodos anticonceptivos en los alumnos de 4to y 5to de secundaria en el Colegio Nacional Aplicación-UNHEVAL y Colegio Particular San Vicente de la Barquera, Huánuco – 2015.

Objetivos específicos:

1. Evaluar el nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos en los alumnos de 4to y 5to de secundaria en el Colegio Nacional Aplicación-UNHEVAL y Colegio Particular San Vicente de la Barquera – Huánuco - 2015.
2. Evaluar la actitud sobre métodos anticonceptivos en los alumnos de 4to y 5to de secundaria en el Colegio Nacional Aplicación-UNHEVAL y Colegio Particular San Vicente de la Barquera, Huánuco - 2015.
3. Identificar la relación de la actitud sobre métodos anticonceptivos con el nivel de conocimiento en los alumnos de 4to y 5to de secundaria en el

Colegio Nacional Aplicación-UNHEVAL y Colegio Particular San Vicente de la Barquera Huánuco – 2015.

4. Evaluar las diferencias en conocimiento y actitud sobre métodos anticonceptivos entre alumnos del 4to y 5to de secundaria del Colegio Nacional Aplicación-UNHEVAL y colegio particular San Vicente de la Barquera Huánuco – 2015.
5. Identificar los factores sociodemográficos relacionados en el conocimiento y actitud sobre los métodos anticonceptivos en los alumnos de 4to y 5to de secundaria en el Colegio Nacional Aplicación-UNHEVAL y Colegio Particular San Vicente de la Barquera Huánuco – 2015.

CAPITULO 2.

2.1 MARCO TEÒRICO

2.1.1 antecedentes local, regional, nacional e internacional.

Internacional

Dentro de los antecedentes se encontró algunos estudios, tenemos que Ezzat A. Chelhond-Boustanie; Leidy Contreras-Vivas; Michelle Ferrer-Ladera; Iván Rodríguez. Que realizaron un estudio titulado. **Impacto de la educación sexual en el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en dos instituciones públicas en condición de semi libertad y abandono, Caracas, Venezuela en el periodo que comprende desde enero a marzo de 2012.** (7)

El cual tuvo como objetivos: conocer el nivel de conocimiento que tienen los adolescentes en condición de semi-libertad y abandono con respecto a la existencia y uso de los métodos anticonceptivos, así como para aportar datos y responder a la solicitud de la comunidad sobre las razones del incremento de las infecciones de transmisión sexual y embarazos no planificados en adolescentes en las últimas décadas en Venezuela.

El método empleado fue un estudio de tipo descriptivo, experimental, longitudinal.

La población estuvo conformada 17 adolescentes, de dos instituciones públicas y la muestra estuvo conformada por aquellos adolescentes que se encontraban en la institución en el momento de la recolección de los datos, cinco adolescentes femeninas de la Casa Hogar Negra Hipolita en condición de abandono y ocho masculinos del Centro de Formación Integral "Monsenor Rafael Arias Blanco" en condición de semi-libertad, de la parroquia Santa Mónica, municipio Libertador, Caracas, Venezuela; para un total de 13 adolescentes. El instrumento que se utilizó fue un cuestionario estructurado validado por tres expertos en el área.

Los resultados de este estudio fueron los siguientes: Se encuestaron 13 adolescentes, un 61,5% de sexo masculino y un 38,5% femenino, la edad promedio de los adolescentes fue 17 años, un 61,5% presentaba un nivel regular de conocimiento sobre anticonceptivos, un 69,2% ha iniciado actividad sexual, y un 44,4% ha utilizado algún método anticonceptivo.

Discusión:

Se observó que informar al adolescente sobre métodos anticonceptivos permite mejorar su nivel de conocimiento.

Electra González A., Temístocles Molina, Carolina Luttges D., que realizaron un estudio titulado. **Características De La Educación Sexual Escolar Recibida Y Su Asociación Con La Edad De Inicio Sexual Y Uso De Anticonceptivos En Adolescentes Chilenas Sexualmente Activas Durante 2007-2011** (8)

El cual tuvo como objetivos: analizar las características de la educación sexual escolar recibida y su asociación con la edad de inicio de la actividad sexual y el uso de anticoncepción en mujeres adolescentes consultantes en un centro de salud sexual y reproductiva universitario. Utilizó el método de estudio transversal analítico La población estuvo conformada mujeres adolescentes entre 12 y 19 años de la Región Metropolitana que consultaron en CEMERA (centro de atención integral en salud sexual y reproductiva para adolescentes) Cumplidos los criterios de elegibilidad la población final fue de 1.232 adolescentes. El instrumento que se utilizó fue la entrevista

estructurada, diseñada para propósitos de investigación que aplicó la investigadora principal. Que tuvo como siguientes resultados: El 92,8% reportó haber recibido alguna forma de educación sexual en el colegio, un 51,6% reconoció el colegio como principal fuente de información en métodos anticonceptivos. Tener como fuente principal de conocimiento en métodos anticonceptivos el colegio fue asociado a inicio sexual más tardío y uso de método anticonceptivo.

Nacional

José Antonio Castillo Jiménez Nelly Solís Villanueva que realizaron un estudio titulado: **Conocimientos Y Actitudes Sexuales De Los Adolescentes Del Asentamiento Humano 9 De Octubre - Pariñas Talara durante el periodo 2012. (4)**

El cual tuvo como objetivos: describir los conocimientos y actitudes sexuales en los Adolescentes de 14- 19 años del AH 9 de Octubre sector VI del distrito Pariñas, provincia de Talara. La investigación fue cuantitativa, de nivel no experimental-descriptivo, con diseño simple de una casilla y de corte transversal. La población lo constituyen 6342 adolescentes. Se utilizó el muestreo no probabilístico con una población muestra de 170 adolescentes de 14 a 19 años que radican en el Asentamiento Humano (A. H.) 9 de Octubre del sector VI del distrito de Pariñas provincia de Talara.

Que tuvo como siguientes resultados: El 70,59% de adolescentes desconoce sobre aspectos básicos de su sexualidad, pudiendo inferir que no conocen las cuatro dimensiones: prevención de ITS-VIH/SIDA (85,88%); métodos anticonceptivos como prevención del embarazo (79,41%); ciclo de respuesta sexual (65,29%) y anatomía y fisiología sexual y reproductiva (60,59%). Asimismo, el 82,35% presenta una actitud global desfavorable hacia la sexualidad. Con respecto a la población de estudio el 50% pertenece a ambos sexos. En el inicio de relaciones sexuales se reportó que el 24,12 % ya se había iniciado sexualmente y la edad predominante fue de 15 años con el 31,17%. En términos generales, más de la mitad de los adolescentes del Asentamiento Humano 9 de octubre presentan desconocimiento de su sexualidad y sus actitudes sexuales son desfavorables.

Katherine Gutiérrez Sánchez, Amelia Nelly Solís Villanueva que realizaron un estudio titulado.

Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes

Del caserío chirinos. Piura en el periodo 2012. (9)

El cual tuvo como objetivos: Describir los conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes de 14 a 19 años de Chirinos

Utilizó el método cuantitativo, descriptivo simple de una casilla de corte transversal. La población estuvo conformada por 450 adolescentes con edades entre los 14 a 19 años, se utilizó el muestreo no probabilístico, y se obtuvo una muestra de 200 adolescentes entre 14 y 19 años. El instrumento que se utilizó fue un cuestionario para conocimientos y una escala para actitudes previamente validados.

Que tuvo como siguientes resultados: 92% no conoce los aspectos fundamentales de la sexualidad. Del mismo modo, un alto índice (81%) de adolescentes de actitudes desfavorables en relación a su sexualidad. Llevando Conclusión la mayoría de los adolescentes encuestados no conocen sobre su sexualidad y tienen actitudes desfavorables que les dificulta llevar una vida sexual responsable y segura.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática realizaron un estudio estadístico titulado. **Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013. (5)**

El cual tuvo como objetivos: determinar el nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos, pues es una condición necesaria para su uso.

Utilizó el método cuantitativo, descriptivo simple de corte transversal. La población estuvo conformada por las mujeres del Perú entre los 15 y 49 años. El instrumento que se utilizó fue la encuesta.

Que tuvo como siguientes resultados: La prevalencia anticonceptiva por edad fue menor entre las mujeres actualmente unidas de 15 a 19 años de edad (65,9%), se incrementó con la edad y alcanzó un mayor valor entre las mujeres de 35 a 39 años de edad (79,5%).

Existe relación entre la edad de las mujeres actualmente unidas y el método moderno de mayor uso. Así, entre las jóvenes de 15 a 19 años de edad, la inyección fue el método de mayor uso (31,6%). Entre las mujeres de 20 a 34 años, fue el condón masculino (14,4% en promedio) y entre las mujeres

mayores de 39 años la esterilización femenina (18,0%, en promedio). La píldora (12,4%) fue usada en mayor porcentaje, entre las mujeres de 25 a 29 años de edad y el DIU (4,5%) entre las de 40 a 44 años de edad.

A nivel de todas las mujeres, el 38,0% identificó correctamente el periodo de mayor riesgo de embarazo y el 62,0% no especificó el tiempo o no conoce cuál es el momento de mayor riesgo para que una mujer pueda quedar embarazada.

Los resultados indican que el 58,6% de las usuarias de abstinencia periódica respondieron que el momento de mayor riesgo para que una mujer pueda quedar embarazada es en la mitad del ciclo menstrual, lo cual indicaría que el 41,4% de las usuarias estaban utilizando este método de forma incorrecta, en razón a las respuestas erróneas sobre el período más fértil del ciclo ovulatorio, incluidas las que no saben nada sobre el particular.

Regional y local.

Marco Steven, Conde Salazar, que realizaron un estudio titulado. **“Conocimientos, Actitudes Y Prácticas Frente Al Uso De Anticonceptivos Orales De Emergencia En Internos De Medicina Del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Diciembre 2014”**. (10)

El cual tuvo como objetivos: Determinar la relación que existe entre el conocimiento nosográfico, las actitudes y las prácticas frente al uso de anticonceptivos orales de emergencia en los internos de medicina del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Se utilizó el método descriptivo. La población estuvo conformada por Internos de medicina que laboraron en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión durante el año 2014. El instrumento que se utilizó fue encuesta de conocimientos actitudes y prácticas.

Que tuvo como siguientes resultados: De los 76 encuestados, el 82% presentó un nivel adecuado de conocimientos, 79% actitud adecuada y 40% prácticas adecuadas. Se encontró que si hay relación entre la actitud y las practicas frente a la anticoncepción oral.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática realizaron un estudio estadístico titulado. **Encuesta Demográfica Y De Salud Familiar 2012 Departamento De Huánuco. (6)**

El cual tuvo como objetivos: conocer salud materna e infantil, prevalencia anticonceptiva, fecundidad y mortalidad de la población, conocimiento del VIH-SIDA y la violencia doméstica. Asimismo, proporciona información sobre el estado nutricional de la población menor de cinco años de edad y sus madres, prácticas de lactancia y nivel de anemia tanto en mujeres como en niños para el Departamento de Huánuco.

Utilizó el método cuantitativo, descriptivo simple de corte transversal investigaciones estadísticas. La población estuvo conformada por una muestra de 1032 viviendas del ámbito de Huánuco, en las que se entrevistó a 911 mujeres en edad fértil, es decir de 15 a 49 años de edad. El instrumento que se utilizó fue la encuesta.

Que tuvo como siguientes resultados: Los resultados disponibles muestran que el uso de métodos de anticoncepción fue difundido en Huánuco, registrándose un incremento de 2,8 puntos porcentuales (76,1 a 78,9 por ciento entre el período 2009 y 2012, respectivamente entre las mujeres en edad fértil que han usado alguna vez métodos anticonceptivos.

La prevalencia anticonceptiva por edad fue menor entre las mujeres actualmente unidas de 20 y 24 años de edad (72,9 por ciento), se incrementó con la edad y alcanzó su mayor valor entre las mujeres de 30 a 34 años de edad (86,4 por ciento), luego progresivamente desciende y alcanzó un menor valor entre las mujeres de 45 a 49 años de edad (50,7 por ciento).

Los datos muestran igualmente que las mujeres solteras alcanzaron el mayor porcentaje de relaciones de parejas temporales entre las edades 20 a 29 años (20,1 por ciento); luego desciende a 6,2 por ciento entre las de 30 a 39 años de edad y 2,5 por ciento entre las de 40 a 49 años.

El inicio de las relaciones sexuales está asociado con el nivel de educación y de ingresos. Ocurrió 2,8 años antes en las mujeres sin educación (16,8 años) comparada con las de educación superior (19,6 años), y 3,6 años

antes en las mujeres del quintil inferior de riqueza (17,4 años) en relación con las del quintil superior de riqueza (21,0 años).

Con relación al nivel de educación, fue mayor la proporción de actividad sexual reciente en las mujeres sin educación (65,3 por ciento) y con educación superior (63,1 por ciento).

2.1.2 TEORÍAS ACTUALES.

Adolescencia

Adolescencia viene de la palabra latina “adolescere”, que nos remite al verbo adolecer y que en lengua castellana tiene dos significados: tener cierta imperfección o defecto y crecer.

Según la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es el periodo comprendido entre 10 y 19 años, es una etapa compleja de la vida, marca la transición de la infancia al estado adulto, con ella se producen cambios físicos, psicológicos, biológicos, intelectuales y sociales. Se clasifica en primera adolescencia, precoz o temprana de 10 a 14 años y la segunda o tardía que comprende entre 15 y 19 años de edad. **(11)**

Las Naciones Unidas establecen que los adolescentes son personas con edades comprendidas entre los 10 y los 19 años; es decir, la segunda década de la vida.

Definir la adolescencia como la segunda década de la vida permite reunir datos basados en la edad, con el propósito de analizar este período de transición. Actualmente se reconoce que la adolescencia es una etapa independiente de la primera infancia y de la edad adulta, y que requiere atención y protección especial.

Resulta difícil definir a la adolescencia por diversas razones. Primero, porque las experiencias individuales en este período son diferentes, en relación con las variaciones físicas, la maduración emocional y cognitiva, entre otras eventualidades. A la pubertad no es posible considerarla como la línea de demarcación entre la niñez y la adolescencia pues se suceden cambios a diferentes edades en hembras y varones, incluso existen diferencias individuales en el mismo sexo. El segundo factor que complica la definición de adolescencia es la gran variación en relación con las leyes

en distintas naciones relacionadas con la minoría y la mayoría de edad, incluyendo actividades como: contraer matrimonio y el comienzo del consumo de bebidas alcohólicas. El tercer factor se refiere a que no se respeta lo establecido legalmente para los niños, los adolescentes y los adultos y se permite que los primeros asuman actividades que no les corresponden. **(12)**

La adolescencia es una categoría variable y a su vez flexible, dinámica y compleja, tanto por las definiciones socioculturales y etarias propias de cada lugar, como por factores influyentes, como las uniones tempranas y el embarazo, que se superponen por encima de elementos fisiológicos y de maduración emocional. **(13)**

1) La adolescencia ante el amor

Iturralde de Ardevín (1994) define al amor como algo limpio, sincero, inteligente y que busca siempre el bien de la persona que se ama. Sin embargo, con respecto al constructo, Alberoni (2008), concibe en el ser humano dos tendencias innatas: el sexo, que lleva a la exploración y búsqueda de experiencias sexuales; y el enamoramiento, que conduce a buscar una relación profunda, duradera y exclusiva con una sola persona. Yela García (2001), considera cierto conjunto de pensamientos, sentimientos, motivaciones, reacciones fisiológicas, acciones y declaraciones que ocurren en las relaciones interpersonales. La definición del amor variará en función del estado de la relación.

El constructor de amor es propio de cada persona, sin embargo, varios estudios encontraron diferencias que se dan con respecto al sexo (Caycedo, 2007) y la edad (Leal, 2007).

En cuanto a la edad, los adolescentes de 13-15 años tienen pocas diferencias en su forma de concebir el amor. Las chicas priorizan la importancia de la entrega y la necesidad de rehacerse luego del desamor. Los chicos resaltan los aspectos placenteros y dolorosos.

La maduración es diferente en hombres y mujeres. Los varones desean madurar precozmente; éstos tienen una mayor autoestima, presentan sentimientos ansiosos o agresivos y menos impulsividad. En cuanto a las mujeres, se sienten más cómodas al madurar al mismo tiempo que sus

contemporáneas. (Papalia, Wendoks y Duskin, 2009). Las relaciones románticas son importantes en la socialización, la formación de la intimidad y la identidad. Durante la adolescencia ocurre la heterosociabilidad (Rice, 2000), cuando el sexo opuesto deja de ser discriminado y comienza la atracción. Los adolescentes buscan compañía, aprecio y aceptación, sin embargo, puede ocurrir el apego y comienzan a tener fantasías que pueden producir lapsos de depresión y enojo que frustran la confianza del adolescente y lo hacen aislarse.

El “primer amor. En la adolescencia, este tipo de experiencias es una preparación para el amor verdadero (Ituarte de Ardavín, 1994). Investigaciones revelan que las personas se enamoraron por primera vez alrededor de los 15 años. **(14)**

2) La sexualidad en la adolescencia

La adolescencia resulta una etapa decisiva en la formación del individuo para hacerse adulto. Chicas y chicos afrontan esta etapa como un proceso complejo que, como se ha señalado antes, abre la toma de decisiones que afectarán su desarrollo y bienestar. Como período de tránsito de la infancia hacia la adultez, la adolescencia se constituye en una etapa puente o “bisagra”, en la que se abandona comportamientos y actitudes infantiles para encaminarse a la consolidación de la identidad de un individuo joven¹⁶. En ese periodo, una esfera enormemente novedosa para los individuos es el paulatino descubrimiento de su sexualidad. En este proceso de cambios físicos y psicológicos, que traen aparejadas nuevas sensaciones y experiencias reveladoras de un ser sexual, el adolescente comienza a darse cuenta que va dejando atrás el cuerpo infantil para reconocerse como sujeto de vivencias novedosas en la búsqueda de placer. La sexualidad constituye para el adolescente uno de los temas de preocupación en este período de cambios vertiginosos. El adolescente encuentra que sus inquietudes acerca de la sexualidad se plantean en un escenario plagado de cuestiones complejas. De una parte, el mundo adulto suele otorgar libertades a los jóvenes y, hasta cierto punto, aparece respetuoso de la autonomía de ellos en la toma de decisiones pero, de otra parte, los adolescentes perciben y viven

cotidianamente los temores paternos respecto a las consecuencias de aquellas decisiones. **(15)**

a) Orientación Sexual

El concepto de orientación sexual puede definirse como un patrón de preferencias sexuales y afectivas por personas de un determinado sexo. La orientación sexual se extiende desde la heterosexualidad (atracción predominantemente hacia individuos del otro sexo) hasta la homosexualidad (atracción predominante hacia individuos del mismo sexo), incluyendo una condición intermedia de bisexualidad (similar atracción hacia individuos de ambos sexos). En mayor medida que los adolescentes heterosexuales, los adolescentes homosexuales, lesbianas y bisexuales presentan habitualmente conductas riesgosas para la integridad física, como también una mayor frecuencia de síntomas emocionales asociados a la discriminación por su orientación sexual. Esta desadaptación a lo establecido como “normal” (“ser heterosexual”) origina que muchos de estos adolescentes tengan conductas sexuales de riesgo: inicio precoz de relaciones sexuales, mayor número de parejas sexuales, relaciones sexuales sin uso de método anticonceptivo, sexo bajo la influencia de alcohol y/o drogas. **(16)**

En vista de estos cambios corporales y psíquicos, durante la pubertad y adolescencia son recurrentes los cuestionamientos en torno a la construcción de la identidad de género, en vista de la necesidad de interpretar los cambios corporales que irrumpen sin aviso. Para Tubert (2000) el nuevo ideal del yo de la joven transita por la identificación con emblemas que orientarán su identidad sexuada y genérica, los cuales son transmitidos de manera principal por la madre y por modelos culturales del entorno de la joven, propiciando la dialéctica entre separación e identificación. Durante la adolescencia existe una mayor intensificación de cumplir con los roles de género asignados por el entorno familiar, escolar y social; lo cual plantea la responsabilidad e influencia que los grupos sociales en los cuales el púber y adolescente se desenvuelve– tienen en la subjetividad de la joven y en la instauración de ciertas maneras reconocidas como válidas de vivir su identidad de género. **(17)**

b) Sexualidad en Adolescentes.

La sexualidad es, en los contextos estudiados, un tabú. Desde las y los adultos se habla poco de sexualidad y menos aún de sexualidad adolescente.

El tabú también está presente entre las y los adolescentes, y mayoritariamente entre las mujeres, quienes muchas veces desarrollan alternativas desde la soledad, el secreto y el silencio para absolver sus dudas, miedos y necesidades. Algunas de ellas hoy en día acuden a la información accesible en internet y las redes sociales, que no requiere comunicación interpersonal pero que sin duda implica serios riesgos respecto a la calidad, fiabilidad y pertinencia de la información. **(13)**

c) Características De La Conducta Sexual Adolescente

La anticoncepción en la adolescencia exige tener en cuenta una serie de factores que directa o indirectamente inciden sobre el elevado riesgo de embarazo en este grupo de edad:

Inicio precoz de las relaciones sexuales coitales: Numerosos estudios señalan que la media de edad de inicio de las relaciones sexuales coitales se sitúa en torno a los 15-17 años; además hay un acceso más directo y en menor tiempo desde otras conductas al coito. Factores biológicos, familiares y socioculturales como la disminución de la edad de la menarquia, la existencia de familias desestructuradas, la presión del grupo de iguales, la permisividad y sobreexcitación sexuales, el consumo de alcohol y otras drogas condicionan en gran medida esta conducta.

Relaciones sexuales irregulares, con frecuencia espaciada y muchas veces no previstas.

Se consideran monógamos, pero son frecuentes los cambios de pareja y en muchos casos la duración de la pareja es breve. Monogamia sucesiva o “en serie”.

Escasa y deficiente utilización de métodos anticonceptivos, atribuible a desinformación sobre anticoncepción y sobre riesgo de embarazo, creencias erróneas, objeciones morales o de otra índole, falta de previsión

y dificultades de acceso a los servicios. La anticoncepción no precede ni acompaña a las primeras relaciones coitales, se pospone entre 12 y 24 meses desde su inicio, y cuando son usuarios de anticoncepción el uso es muy irregular y la mayoría de las veces de métodos no eficaces.

Dificultades para establecer relaciones de causa-efecto entre la conducta sexual que proporciona placer inmediato y el riesgo probable futuro de gestación y ETS.

El ocio está mediatizado por el consumo de alcohol y otras drogas. Numerosos estudios señalan que en muchos casos los adolescentes realizan las primeras relaciones sexuales bajo el influjo del alcohol, y que hasta un 17% de adolescentes reconoce utilizar menos el preservativo después de haber consumido alcohol.

Este conjunto de factores, unido a su escasa valoración del riesgo, la presión del grupo de iguales, sobreexcitación de los medios de deficiente educación sexual y las dificultades de acceso a los servicios sanitarios, sitúa a los adolescentes en una franca situación de riesgo no sólo frente al embarazo no planificado, sino también frente a las enfermedades de transmisión sexual y la infección por VIH. La mitad de las nuevas infecciones por VIH en el mundo, se producen en jóvenes de 15 a 24 años de edad; la OMS considera a los adolescentes como un grupo diana en cuanto al riesgo de infección por VIH. Por ello, el abordaje de la anticoncepción en la adolescencia debe realizarse desde un doble aspecto preventivo, que incluya prevención del embarazo no planificado y prevención de enfermedades de transmisión sexual. Es decir, desde la perspectiva de doble protección o "Double Ducht". **(18)**

d) rol del internet y teléfono inteligente en la adolescencia

Internet

Los adolescentes se han incorporado a Internet a un importante ritmo que los sitúa en el segundo lugar en cuanto a usuarios de la Red, después de los jóvenes de dieciséis a veinticuatro años. En la actualidad, el 91.2% de los menores de diez a quince años acceden habitualmente a Internet, elevándose este porcentaje con la edad hasta alcanzar el 96.5% a los quince años.

Además de por su uso extensivo de Internet, los adolescentes han sido etiquetados como “grupo de riesgo” en la medida que son considerados como el grupo de edad más vulnerable de desarrollar comportamientos conflictivos en torno a la Red o de verse afectados por ellos en base a la conceptualización común que se hace de los mismos como seres inmaduros, inestables emocionalmente e irresponsables.

En esta etapa de transición hacia la edad adulta, Internet se ha convertido para los menores en un espacio en el que explorar su propia identidad y sexualidad, experimentar con nuevas emociones y relaciones sociales y mejorar su autoconocimiento, lo que a menudo conlleva la exposición a situaciones que son consideradas amenazantes y peligrosas para su seguridad física y mental o el desarrollo de comportamientos que pueden ser valorados como problemáticos, en tanto que implican la trasgresión de ciertas normas y conceptos socialmente aceptados entre los adultos **(19)**

Smartphone

Se denomina smartphone a los dispositivos que, partiendo de la funcionalidad de un simple teléfono móvil, han evolucionado hasta estar más cerca en la actualidad de un ordenador personal portátil. Es normal hoy en día que este tipo de teléfonos dispongan de agenda, GPS, reproductor de vídeos y música, amplias opciones de conectividad y unas funcionalidades que hace unos años eran impensables para este tipo de dispositivos⁶ Los principales fabricantes han desarrollado sistemas operativos móviles que permiten la gestión de los procesos informáticos del dispositivo, así como el funcionamiento de otros programas y aplicaciones que se instalan posteriormente.

Estudio sobre hábitos seguros en el uso de smartphones por los niños y adolescentes españoles, Página 22, instituto nacional de tecnologías en la comunicación, España, noviembre 2001.

Decisión de compra y papel de los padres en la decisión En el 42,3% de los casos los menores acceden a su smartphone porque se lo piden a sus

padres y estos acceden a comprárselo. Además, en un 13,5% de las ocasiones los padres se lo compran sin que el menor lo haya pedido. Por otra parte, en el 41% de los casos el menor accede a su primer Smartphone por herencia o regalo de otra persona o del operador. Sólo el 3% de los menores accede a su primer Smartphone comprándolo él mismo.

Estudio sobre hábitos seguros en el uso de Smartphone por los niños y adolescentes españoles, Página 41, instituto nacional de tecnologías en la comunicación, España, noviembre 2001. **(20)**

3.2.2 conocimiento, actitudes, prácticas y percepciones culturales

1) conocimientos

El conocimiento es definido como diferentes puntos de vista; así en pedagogía el conocimiento es denominado como: tipo de experiencia que contiene una representación de un suceso o hecho ya vivido; también se le define como la facultad consciente o proceso de comprensión, Entendimiento, que pertenece al pensamiento, percepción, inteligencia, razón.

Desde el punto de vista filosófico: el conocimiento se define como un acto y un contenido; Según Salazar Bondy define el conocimiento como un acto es decir es la aprehensión de una cosa, objeto, etc., a través de un proceso mental y no físico; contenido es aquello que se adquiere a través de los actos de conocer, estos son acumulos, transmitidos de unas personas a otras, no son subjetivos, son independientes para cada sujeto debido al lenguaje.

Distingue además 2 niveles de conocimientos:

Conocimiento Vulgar: aquel que es adquirido y usado espontáneamente. Conocimiento Científico: aquel que se adquiere adoptando un papel que requiere de esfuerzos y preparación especial, es caracterizado por ser selectivo, metódico, explicativo, analítico y objetivo (apoyado en la experiencia).

Según Manuel Kant (19) en su "Teoría de conocimientos" refiere: que el

conocimiento está determinada por la intuición sensible y los conceptos distinguiéndose dos tipos de conocimientos: Conocimiento puro o priori que se desarrolla antes de la experiencia Conocimiento empírico elaborado después de la experiencia. De lo cual se puede considerar que el conocimiento es la adquisición de conceptos, conjunto de ideas que pueden ser ordenados, siendo importante considerar que es adquirido por una educación formal e informal es decir todos tenemos conocimientos, el cual puede ser vago o inexacto pero que se vuelve racional o verificable a través de la experiencia, por medio formal o informal mediante el ejercicio intelectual. **(21)**

2) Actitudes

Definición

Las actitudes forman parte de nuestra vida y de nuestro comportamiento. Poseemos múltiples actitudes (a favor o en contra del: aborto, del divorcio, de la pena de muerte, de una determinada alternativa política, de la religión, de la donación de órganos). Todas ellas son aprendidas y las adquirimos en el transcurso de nuestra interacción social, a través de las distintas agencias de socialización. **(22), (23)**

Existen múltiples y variadas definiciones de actitud, ya en 1935 Allport (Allport, 1967) Recopiló más de cien. Esta Gran cantidad de definiciones existentes nos informa ya de la ambigüedad del concepto y por lo tanto también de las dificultades metodológicas en su investigación. Así, Nos encontramos con que frecuentemente las actitudes se asimilan a valores, creencias, estereotipos, sentimientos, opiniones, motivación, prejuicios e ideología (Claramunt & Huertas, 1999). Seguidamente se recogen algunas de las definiciones existentes: **(22)**

- “Predisposición aprendida a responder de una Manera consistente favorable o desfavorablemente respecto al objeto dado” (Fishbein & Ajzen, 1975).

- “Disposición relativamente duradera hacia cualquier característica de una persona, lugar o cosa” (Liebert & Neale, 1984).
- “Evaluaciones duraderas de diversos aspectos del Mundo social, evaluaciones que se almacenan en la memoria” (Judd, Drake, Downing, & Krosnick, 1991).
- “Organización De los sentimientos, de las creencias y los valores, así como predisposición de una persona para comportarse de una manera dada” (Miguel, 1991).
- “Asociaciones Entre objetos actitudinales (prácticamente Cualquier aspecto del mundo social) y las evaluaciones de estos objetos” (Fazio & Roskos---Ewoldsen, 1994).
- “Reacción evaluativa favorable o desfavorable hacia algo o alguien, que se manifiesta en nuestras creencias, sentimientos y conducta” (Quiles, Marichal, & Betancort, 1998).
- “Predisposiciones a valorar positiva o negativamente objetos, personas o conductas” (López, 1999).
- “Predisposición a actuar, aprendida, y dirigida hacia un objeto, persona o situación” (Morales, Reboloso, & Moya, 1997b).

2.1) Formación de las actitudes

Algunas tendencias evaluativas positivas y negativas parecen ser innatas, como por ejemplo preferir el placer al dolor. Sin embargo, la mayoría de nuestras actitudes son adquiridas o aprendidas a través de la experiencia. De acuerdo a la investigación reciente, que como tal enfatiza los aspectos cognitivos, a medida que las personas aprenden acerca de un objeto actitudinal (ya sea por interacción con él o conociéndolo a través de otras fuentes), ellas construyen una representación cognitiva del objeto, la cual incluye información cognitiva, afectiva y conductual asociada con ese objeto.

La información cognitiva es lo que la persona conoce acerca del objeto actitudinal, los hechos y creencias que tiene sobre él (por ejemplo, el fumar causa daño). La información afectiva consiste en cómo la persona

se siente hacia el objeto, los sentimientos y emociones que provoca el objeto actitudinal (ejemplo, malestar frente al humo del cigarrillo). Y la información conductual comprende el conocimiento acerca de las interacciones pasadas, presentes o futuras de la persona con el objeto actitudinal (ejemplo, el hecho que la persona no fume). ¿Cómo surgen las actitudes a partir de la variada información acumulada sobre los objetos actitudinales? Al parecer, actuamos como jurados que ponderan el peso de las evidencias, formando actitudes que sean consistentes con la mayor parte de lo que sabemos, sentimos y experimentamos. Como se ha afirmado en capítulos anteriores, la consistencia parece ser una fuerza poderosa en el pensamiento: la presencia de información positiva acerca de un objeto resultará habitualmente en una actitud positiva hacia él, mientras que la presencia de creencias, sentimientos o conductas negativas producirá una actitud negativa.

No siempre las diferentes informaciones acumuladas conducen a una evaluación consistente de un objeto actitudinal. Muchas veces las personas conocen argumentos a favor y en contra de ciertos aspectos sociales importantes (aborto, pena de muerte, etc.), o tienen creencias y sentimientos mixtos hacia objetos particulares. Frente a estos casos de información inconsistente, existen algunos mecanismos que ayudan a evitar o resolver la inconsistencia (Smith & Mackie, 1995):

- 1) Información unilateral:** podemos evitar inconsistencias interactuando mayormente con personas que compartan nuestras opiniones o, en el caso de personas nuevas, haciendo que nuestra impresión inicial prevalezca en las futuras interacciones con ellas (al respecto, el lector podrá recordar el llamado efecto de primacía, visto en el tema de la percepción social).
- 2) Ponderación de la información:** las personas no dan igual peso a cada porción de información disponible cuando ellas forman actitudes. En lugar de eso, ellas se focalizan más en aquellos aspectos que aparecen como especialmente importantes, significativos, o salientes. De esta manera, en algunas ocasiones pueden jugar el rol principal los aspectos cognitivos, pero en otras instancias pueden adquirir mayor relevancia factores afectivos o la información acerca de la conducta pasada o habitual.

3) Accesibilidad de la información: la información que es más accesible, aquella que viene más fácilmente a la mente o que capta más nuestra atención, puede determinar un juicio actitudinal. Aquí el lector puede recordar el rol de la accesibilidad de las representaciones cognitivas en la percepción social, especialmente el fenómeno de preactivación (o priming). Aquella información que es más accesible, debido a que es perceptivamente saliente, también tiende a ejercer un efecto poderoso en los juicios actitudinales. Esto se puede ilustrar mediante el hecho simple que la preferencia por ciertos alimentos favoritos probablemente se relaciona más con su atractivo sensorial evidente, que con sus beneficios nutricionales ocultos.

Aunque estos procesos contribuyen a lograr una mayor consistencia en la materia prima actitudinal, las personas tienen aún que combinar muchas porciones de información en una única evaluación, y al parecer ellas emplean dos estrategias para lograr esto. En la primera, se pondera cada trozo de información de acuerdo a su valor e importancia, y luego se los combina ya sea sumándolos o extrayendo un promedio de ellos. En la segunda, se trata de configurar la información en un todo significativo, permitiendo que cada trozo influya en los otros, más que evaluando cada uno independientemente. Sin importar qué estrategia usen las personas (las cuales son nuevamente similares a las que se usan en la formación de impresiones), el producto final es una actitud, la cual actúa como "un resumen evaluativo de información accesible acerca del objeto actitudinal" (Smith & Mackie, 1995, p. 273). **(23)**

2.2) Características de las actitudes

Entre las principales características de las actitudes tenemos: son aprendidas ya que se forman a través de la experiencia y representan cambios potenciales en nuestro comportamiento, por lo tanto no son innatas; son dinámicas porque cumplen un papel importante motivacional vinculado al sujeto con los objetos de la realidad y son susceptibles de

modificación o sustitución, sin extensión variable es decir pueden abarcar o comprender múltiples objetos; se interrelacionan debido a que las actitudes presentan una vinculación entre si constituyendo conjuntos consistentes o sin contradicción; tiene una dirección u orientación frente a los objetos este puede ser favorable (aceptación), desfavorable (rechazo), o neutral (indiferente). **(22), (23)**

2.3) Dimensión de la medición de las actitudes

La tendencia de las actitudes esta dado porque puede ser descrita de manera completa por medio de dos propiedades. La dirección de la actitud (positiva o negativa) y el grado del sentimiento (por la intensidad) Esperado considerándola como una sola dimensión.

Dirección: Señala el modo de sentir de las personas hacia el objeto es decir puede ser positiva si la tendencia al acercamiento hacia el objeto al cual tienen determinada actitud, mientras que el negativo se refiere a la predisposición a evitar el objeto.

Intensidad: Indica la fuerza de los sentimientos que entraña la actitud determinada el grado de intensidad con que reacciona frente al objeto de las actitudes es decir el grado de sentimiento representado (favorable, medianamente favorable o desfavorable).

Finalmente es preciso señalar que “la dirección y la intensidad entraña al componente afectivo”.

2.4) Evaluación de las actitudes

Evaluar consiste en asignar un valor a algo. “Las actitudes no son susceptibles de observación directa sino que han de ser la intensidad de las expresiones verbales o de la conducta observada”. Esta medición indirecta se realiza por medio de unas escalas en las que partiendo de una

serie de funciones, proporcione a juicios sobre lo que los individuos manifiestan se deduce o infieren las actitudes.

La escala de Lickert toma un número de proposiciones consideradas pertinentes a la actitud que se ha de medir, los sujetos deben indicar para cada una de ellas si prueban, está indecisos o desaprueban, el resultado es la suma final de las categorías que registran, el proceso siguiente es ver en qué medida los juicios por cada proposición están en correlación con el resultado final y eliminar aquellas que no manifiestan un acuerdo sustancial. **(21)**

3.2.3 anticoncepción en la adolescencia

Es importante conocer los conceptos existentes sobre anticoncepción en la adolescencia y su relación con los derechos sexuales y reproductivos. Podemos definir la anticoncepción en la adolescencia como la prestación de un servicio de salud integral, ante la solicitud espontánea de anticoncepción por un o una adolescente de 19 años o menos, o pareja de adolescentes, con vida sexual activa, permanente o esporádica o en riesgo de iniciarla.

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

La indicación de un método anticonceptivo a una adolescente o pareja de adolescentes no es igual que en los adultos, sino por el contrario, no todos serán adecuados en la adolescencia, principalmente debido a las mayores tasas de fracaso, menor aceptabilidad y mayores tasas de discontinuación, siendo prioritario frente a la indicación de anticoncepción evaluar los aspectos biopsicosociales involucrados. **(24)**

La anticoncepción en la adolescencia debe reunir una serie de requisitos por las circunstancias y características especiales de la vida en general, a esta edad, donde el grado de maduración biológica y la adecuación a la

actividad sexual, valorando su tipo y frecuencia, y la existencia de compañero no monógamo o cambios frecuentes de pareja, depende del usuario y del método que se le incumbe la reversibilidad y que sea de fácil manejo para la pareja.

Hasta el presente, los anticonceptivos en todas las edades, especialmente en la adolescencia, se enfrentan generalmente como un problema de la mujer, son pocos los varones que se responsabiliza con esta problemática. La mayoría de las adolescentes que interrumpen los embarazos son estudiantes, lo que puede indicar, que la detención de los estudios, influye en la decisión que ellas y ellos asumen de interrumpir el embarazo. **(25)**

Perfil De Uso De Anticoncepción En Adolescentes

Los factores más importantes asociados al perfil de uso de anticonceptivos en adolescentes son de índole biopsicosocial, relacionados con las fases del desarrollo de la adolescencia y con el entorno psicosocial. En general, respecto a la elección del método debemos elegir el o los métodos anticonceptivos que puedan prevenir las principales consecuencias de la actividad sexual no protegida, como embarazo e ITS/VIH. En la gran mayoría de los casos se trata de adolescentes sin ninguna patología, por lo que la indicación anticonceptiva puede realizarse por cualquier profesional de la atención primaria debidamente capacitado, resultando la referencia a nivel secundario en situaciones muy particulares. Es crucial entender que las principales limitaciones en la indicación y continuidad de la anticoncepción tiene relación con los condicionantes de la conducta de los/las adolescentes, con los mitos y creencias existentes y con el acceso a la atención en salud.

1. Accesibilidad a la atención en salud

Es otro pilar fundamental a considerar cuando hablamos de anticoncepción en adolescentes. Sin duda que la falta de preparación del equipo que atiende adolescentes, así como la inexperiencia del profesional, la dificultad en la comunicación con el/la adolescente, el manejo dificultoso de los padres o acompañantes y finalmente la valoración negativa sobre la

sexualidad de los/ las adolescentes, contribuye a una atención de menor calidad que incidirá directamente sobre la continuidad del método indicado.

Adela Montero V. Anticoncepción en la adolescencia. (p.59, 61) 2011 (24)

2. El Costo De Los Anticonceptivos Para Las Adolescentes.

Las limitaciones financieras pueden incidir negativamente en el uso de anticonceptivos por parte de las adolescentes más pobres. Para aumentar su utilización, los responsables de políticas deben considerar reducir el costo financiero de los anticonceptivos para las adolescentes.

3. Educar A Las Y Los Adolescentes Sobre El Uso De Anticonceptivos

Tal vez los adolescentes no sepan dónde conseguir anticonceptivos y cómo usarlos correctamente. Los esfuerzos por brindar información exacta sobre anticoncepción deben ir de la mano de la educación sexual. **(26)**

3.2.4 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

El propósito principal de los métodos anticonceptivos es el de evitar el embarazo. Cuando la célula masculina (espermatozoide) se une con la célula femenina (óvulo) ocurre el embarazo.

PERFIL DEL MÉTODO:

1. Eficacia: Es la capacidad de un método anticonceptivo de impedir la gestación

a nivel teórico, es decir, utilizado en condiciones óptimas. No debe confundirse con la efectividad, que es la capacidad de impedir la gestación en condiciones reales de uso y está condicionada por posibles fallos humanos. En la tabla 1 se exponen la eficacia y la efectividad de los distintos métodos anticonceptivos (OMS).

2. Seguridad: Es el atributo que describe la capacidad del método para alterar positiva o negativamente el estado de salud del usuario o de amenazar su vida. Como ejemplos tenemos el riesgo de enfermedad tromboembólica en usuarias de anticonceptivos orales combinados o los efectos adversos posibles, tales como cambios de las características de la menstruación con el uso de los DIU de cobre o de los anticonceptivos que contienen sólo gestágenos. También deben incluirse los efectos secundarios deseables como la capacidad de prevenir enfermedades de transmisión sexual de los métodos barrera o el alivio de la dismenorrea con los anticonceptivos hormonales.

3. Reversibilidad: Informa sobre si es posible el retorno a la fertilidad después de la interrupción de un método determinado.

4. Complejidad: Algunos métodos como el del calendario o el diafragma necesitan unos conocimientos mínimos y unas habilidades especiales con un mínimo de destreza.

5. Aceptabilidad: Es la capacidad de un determinado método para «convencer» a la pareja de su empleo. La aceptabilidad del método por parte de la pareja es fundamental para asegurar su continuidad y por lo tanto para asegurar la eficacia en la prevención de un embarazo no planificado. La aceptación inicial depende tanto de la motivación original, como de la presentación del método que hacen los profesionales que llevan a cabo el Consejo contraceptivo. La aceptación continuada depende más del método en sí.

6. Relación con el coito: Distinguimos los que tienen una relación inmediata (preservativo), mediata (esponja vaginal, espermicidas y diafragma) y lejana (esterilización, dispositivo intrauterino y anticonceptivos hormonales). En este apartado debemos incluir la anticoncepción de urgencia, la cual brinda la oportunidad de cubrir a posteriori una relación no protegida.

7. Precio: Aunque pueda parecer de escasa importancia, sobre todo comparado con los costes de un embarazo no deseado, sí que puede influir en la selección del método y en el cumplimiento, ya que algunas usuarias se ven obligadas a costear personalmente su opción

anticonceptiva. Existen métodos que están financiados por el Sistema Nacional de Salud, como algunos anticonceptivos hormonales combinados y aquéllos que sólo contienen gestágenos.

Perfil del usuario:

- 1. Frecuencia coital:** Otro factor importante a la hora de valorar la eficacia es la exposición, es decir la frecuencia del coito, ya que a mayor frecuencia mayor probabilidad de que el método falle. Por lo tanto, si la frecuencia coital es alta, debemos recomendar un método más seguro. Este factor es importante a la hora de elegir el método anticonceptivo.
- 2. Objetivo de la contracepción:** Puede ser el espaciar los embarazos o la contracepción definitiva.
- 3. Edad de la usuaria y su perfil de salud:** Puede influir en la selección de algunos métodos.
- 4. Riesgo de ITS:** En el caso de que exista ese riesgo, siempre debemos recomendar el uso del preservativo.
- 5. Grado de colaboración de la pareja:** Es un factor importante a considerar, por ejemplo con los métodos naturales o con el preservativo masculino. Es importante además tener en cuenta las creencias religiosas o normas confesionales del potencial usuario.

1. MÉTODOS NATURALES DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR (MMPF)

- Se basan en el conocimiento de la fisiología de la ovulación, determinando qué días son fértiles durante el ciclo menstrual.
- Precisan un aprendizaje y entrenamiento por parte de la mujer.
- Generalmente son poco efectivos, aunque su eficacia aumenta si se unen varios de ellos y en personas entrenadas.

- El método de la temperatura basal se basa en el efecto termogénico de la progesterona.
- El método del moco cervical está basado en los cambios que éste sufre a lo largo del ciclo en función de los niveles de estrógenos y de progesterona.
- El método del ritmo calcula de forma teórica los periodos del ciclo de máxima fertilidad.
- En el método sintotérmico se combinan varios métodos para determinar la fecha de la ovulación.
- El método de la amenorrea y la lactancia (MELA) tiene una eficacia del 98-99%.

1.1 MÉTODO DE LA TEMPERATURA BASAL

Se basa en el efecto termogénico de la progesterona.

La temperatura basal del organismo es aquella que existe en situación de mínimo gasto energético, es decir, durante las fases finales del sueño de entre 6 y 8 horas

Continuadas. Se modifica a lo largo del ciclo en función de la progesterona. Esta hormona eleva entre 4 y 6 décimas de grado la temperatura y la mantiene elevada durante los 12– 14 días que dura la fase lútea.

El método consiste en medir y registrar en un gráfico la temperatura bucal o rectal durante un periodo no inferior a tres meses. El aumento de la temperatura se produce en las 24–48 horas posteriores a la ovulación

El periodo fértil abarca desde los 7 días anteriores al día en que se espera que aumente la temperatura y los 3 días posteriores al que se produce dicho aumento. La eficacia del método aumenta si no se realiza el coito desde el primer día de la menstruación hasta 4 días después del aumento de la temperatura.

El empleo de este método exige una gran disciplina en la continuidad de la toma.

La temperatura debe medirse a diario por la mañana, a la misma hora, tras un periodo de sueño o descanso continuado al menos de 6-8 horas y sin haberse levantado de la cama.

Al analizar un elevado número de gráficas, el nivel de eficacia no suele superar el 65% en cuanto a diagnóstico de ovulación.

Entre las circunstancias que pueden falsear la información se encuentran las siguientes:

- Enfermedades que produzcan aumento de la temperatura corporal.
- Indisciplina en las normas de la toma.
- Falta de continuidad.
- Trabajadoras por turnos.
- Síndrome de luteinización folicular (en el que el ovocito no ha sido expulsado del folículo y existe efecto termogénico de la progesterona).

Tanto éste como los demás métodos naturales, pueden utilizarse como método para mejorar la fertilidad en aquellas parejas que tengan dificultades para conseguir un embarazo.

1.2 MÉTODO DEL MOCO CERVICAL

La fase estrogénica determina una secreción de moco cervical que va aumentando en cantidad y en filancia y disminuyendo en viscosidad durante la primera mitad del ciclo de la mujer.

Una vez que se produce la ovulación se empieza a secretar progesterona y ésta actúa sobre el moco cervical haciendo que se convierta en escaso, pegajoso y turbio. Estos cambios del moco cervical se pueden observar a nivel del introito vulvar.

El matrimonio John y Evelyn Billings, dividieron el ciclo en varias fases según las características de la secreción vaginal:

- Fase 1: Días secos; no hay secreción o, si la hay, se produce en escasa cantidad, en grumos, compacta. Esta fase comienza inmediatamente tras la menstruación.

- Fase 2: Aumento progresivo de la secreción. El moco es cada vez más transparente y viscoso.
- Fase 3: La secreción es abundante y clara (como «clara de huevo»). Es la señal de que se va a producir la ovulación y el último día en que la secreción es de estas características se llama «día pico». La ovulación ocurre 24-48 horas antes o después del día pico.
- Fase 4: La progesterona producida tras la ovulación en la fase lútea hace que la secreción se vuelva espesa, opaca, turbia y pegajosa, hasta provocar la sequedad.

El periodo fértil comienza con el primer día de la secreción postmenstrual (fase 2) hasta el 3º día tras la aparición del moco del «día pico». A partir de aquí (4º día) comienza la fase infecunda, previa a la menstruación.

El método exige cierto nivel cultural y un entrenamiento durante al menos tres meses, siendo estos los motivos por los que su difusión resulta difícil.

Las ventajas de este método son:

- Eficacia alta si la mujer está bien entrenada y sus ciclos son regulares.
- Se puede aplicar a cualquier tipo de ciclo.
- Se puede utilizar en cualquier época de la vida de la mujer.
- No se altera con la fiebre, infecciones o vaginitis.

Sus inconvenientes son:

- Exige un aprendizaje que debe ser monitorizado por personal entrenado.
- Depende de la subjetividad de quien lo utiliza.
- Precisa gran disciplina por parte de la mujer pues se precisa una autoexploración Del moco cervical diaria.
- Puede producir rechazo en algunas mujeres.
- Alta tasa de fallos si no hay un aprendizaje correcto.

El aprendizaje debe realizarse durante tres meses seguidos con entrevistas cada 10-15 días en las que las mujeres deben identificar en qué fase se encuentran e identificar los síntomas y signos de su fertilidad. Las sensaciones y apariencia del moco guardan relación

Con cada fase del ciclo y la mujer puede ser instruida para verificar estos cambios.

1.3 MÉTODO DEL RITMO O DEL CALENDARIO O MÉTODO DE OGINO

Se basa en fórmulas que calculan de forma teórica los periodos del ciclo de máxima Fertilidad. Para ello:

- Se toma nota de la duración de 12 ciclos consecutivos.
- Se resta 18 al ciclo más corto: primer día fértil.
- Se resta 11 al ciclo más largo: último día fértil.
- Se podrá realizar el coito antes del primer día fértil y después del último día fértil.

Su principal inconveniente es que limita mucho las relaciones sexuales. Además precisa de 12 meses de medida del ciclo antes de comenzar a utilizarlo y se considera de Escasa eficacia global.

Puede ser de poca utilidad cuando los ciclos son muy irregulares.

El conocido como método de días estándar puede ser utilizado por mujeres con ciclos entre 26-32 días. Requiere evitar el coito intravaginal sin protección entre los días 8–19 del ciclo. Es una simplificación del anterior, estudiado por el Population Council, para dar un método más sencillo de aprender en una determinada población.

1.4 MÉTODO SINTOTÉRMICO

Se combinan varios métodos para determinar la fecha de la ovulación: síntomas de la Ovulación, temperatura basal, ritmo y método del moco cervical.

Los llamados «síntomas y signos de la ovulación» (presentes sólo en algunas mujeres)

Son:

- Dolor o peso en el hipogastrio.

- Hinchazón abdominal y mamaria. A veces se prolonga hasta la menstruación.
- Dolor mamario e hipersensibilidad en los pezones.
- Manchado a mitad de ciclo.
- Cambios del carácter: aumento de la irritabilidad.
- Cambios en cérvix: se ablanda y se dilata en el momento preovulatorio.

El primer día fértil estaría definido por el método del ritmo (ciclo más corto menos

18) y por el inicio de la fase 2 del método del moco cervical (si no coinciden elegiremos el día más bajo de los dos).

El último día fértil lo definiremos por el método de la temperatura basal y por el moco cervical (en caso de no coincidencia, elegiremos el día más alto). Los síntomas de la ovulación sirven de apoyo al diagnóstico de la ovulación. **(27)**

1.5 MÉTODO DE LA AMENORREA Y LA LACTANCIA

Es un método de planificación familiar temporal, basado en la lactancia exclusiva en el que la mujer debe cumplir obligatoriamente con 3 condiciones:

- Lactancia materna a libre demanda, de día y de noche, sin uso de fórmulas o sucedáneos de leche materna
- Amenorrea
- Recién nacido/a menor de 6 meses

Indicaciones:

- Deseo de no usar o contraindicación para métodos hormonales o de Barrera.
- Contraindicación de anticoncepción de índole moral, familiar y/o

Religiosa.

- Condición médica grave que impida utilizar otro método anticonceptivo.
- Lactancia materna a libre demanda, de día y de noche, sin uso de Fórmulas o sucedáneos de leche materna.
- Amenorrea y recién nacido menor de 6 meses.

Contraindicaciones:

- Mujeres con contraindicación de lactancia
- Mujeres con VIH y SIDA
- Retorno a ciclos menstruales regulares o irregulares
- Lactancia materna no exclusiva o con el uso de sucedáneos de leche Materna
- Recién nacidos con condiciones que dificulten la correcta lactancia y Succión (prematuros, bajo peso, malformaciones orofaciales)
- Mujeres que durante la lactancia estén utilizando medicamentos como: reserpina, ergotamina, antimetabolitos, ciclosporina, bromocriptina, Corticoides, drogas radioactivas, litio, anticoagulantes, antidepresivos, ansiolíticos (28)

2. METODO DE BARRERA

- Los métodos de barrera impiden que los espermatozoides alcancen el canal cervical y/o bloquean su progresión por el mismo.
- El preservativo ha demostrado la protección contra el VIH y otras ITS, por lo que puede usarse con este fin asociado a otros métodos con mayor eficacia contraceptiva.
- El 6–7% de la población es alérgica al látex; para estos casos, existen en el mercado preservativos de poliuretano.
- La eficacia del preservativo puede mejorarse con el uso adecuado por lo que resulta apropiado explicar su uso y entregar información por escrito.
- El preservativo femenino, al igual que el masculino, protege del embarazo y de las

ITS, teniendo la ventaja de que, en ocasiones, se mejora el cumplimiento.

- Por su escasa eficacia, los espermicidas deben usarse siempre asociados a otro método anticonceptivo.
- El diafragma debe usarse siempre con espermicida.

PRESERVATIVO MASCULINO

Se basan en la obstaculización del paso y/o depósito de los Espermatozoides en el interior del tracto reproductivo de la mujer.

A) FEMENINOS

VAGINALES

BARRERA QUÍMICA:

Utilización de productos con efecto nocivo sobre el espermatozoide,
Principio activo: nonoxynol 9; Cl. de benzalconium, etc.

Presentación: pomada, gel, óvulos, etc.

Eficacia: IP= 15-20, Inocuidad: raras alergias.

Aceptabilidad: Poca eficacia utilizados solos.

Barrera mecánica: Impide al espermatozoide el pasar al tracto genital Superior.

Diafragma: Siempre con espermicida.

Eficacia: IP= 3-4 Inocuidad: Compresión uretra: cistitis a la larga,

Aceptabilidad: Personas de nivel intelectual alto en países de influencia americana.

Tapón: Esponja de poliuretano impregnada de espermicida. Vale para 48 horas.

Eficacia: IP= 5-8 Inocuidad: Retirar a las 48 horas. Más tiempo produce Graves infecciones.

Aceptabilidad: Escasa en nuestro País.

Preservativo femenino Funda de poliuretano, delgado, pre-lubricado, que adopta inmediatamente la temperatura corporal. Uno de los extremos está cerrado y tiene un aro flexible que se coloca en la vagina. El lado opuesto tiene un anillo de mayor tamaño y está abierto. Mide cerca de 17 centímetros e impide el contacto del esperma con el útero. Es el único método de uso femenino que protege contra el VIH/SIDA y otras ETS.

Puede colocarse antes del coito. La mujer oprime el extremo cerrado del mismo y lo mete en la vagina. Es necesario introducir el dedo dentro del preservativo para colocarlo del todo y comprobar que queda derecho. El anillo externo queda por fuera para evitar que haya contacto entre pene y vagina. Al concluir la relación sexual, dar media vuelta al anillo externo para evitar que el semen se derrame. No es reutilizable y no se debe usar al mismo tiempo que el preservativo masculino. Eficacia IP: 2-4%

INTRAUTERINOS

D.I.U.

Modo de actuar complejo: endometritis aséptica, acción espermicida de Cobre.

Eficacia: IP: 0.8 - 2,5.

Contraindicado en adolescentes nulíparas.

MASCULINOS

PRESERVATIVO: es uno de los métodos anticonceptivos más comunes. Es una funda de látex o poliuretano que retiene el semen evitando que alcance el óvulo. Es el único método anticonceptivo eficaz en la Prevención de la transmisión de ETS

Indicaciones:

- Deseo expreso de la pareja de usarlo como método anticonceptivo.
- contactos sexuales ocasionales o imprevistos.
- Contraindicación de otro método hormonal o mecánico.
- Refuerzo en casos de mal uso de píldoras.
- Protección frente a ETS y especial del HIV.

Debe colocarse cuando el pene está erecto, antes de la penetración y dejarse durante el coito. Se abre el envase con cuidado de que no roce con objetos cortantes o uñas. Se coloca sobre la punta del pene con la parte enrollada hacia fuera, se aprieta el extremo del preservativo entre los dedos pulgar e índice para expulsar el aire, dejando un espacio entre el extremo del preservativo y el extremo del pene para recoger el semen, y se desenrolla cubriendo el pene. Después de la eyaculación se retira antes de que desaparezca la erección, sujetándolo por la base. Hay que desechar el preservativo y no reutilizarlo.

Eficacia: IP= 5-7. Inocuidad: Excepcionalmente alergias. Protege de las E.T.S. y SIDA. Aceptabilidad: Aumento espectacular por ser la única protección contra el SIDA **(21)**

3. ANTICONCEPCIÓN HORMONAL

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.

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).

A) 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 . 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. Las características y los componentes de los servicios que son específicos para cada método se incluirán en la descripción de cada uno de ellos.

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.

Efectos adversos

Los efectos adversos de los ACO han sido ampliamente estudiados y se describen más adelante. 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. Por esto, los Criterios Médicos de Elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se basan en la evidencia científica obtenida para los ACO.

Evaluación de la potencial usuaria

- Los anticonceptivos combinados deben ser proporcionados a cualquier mujer que los solicite, después de haber recibido orientación apropiada y haber hecho una elección informada, si no tiene ninguna contraindicación para su uso según los criterios médicos de elegibilidad de la OMS.
- La historia clínica permite descartar un embarazo en curso y evaluar los factores de riesgo y las condiciones que restringen el uso de ACO según los criterios médicos de la OMS.
- Las mujeres jóvenes sanas, no fumadoras, no necesitan exámenes previos. En las mujeres adultas, es importante controlar la presión arterial y descartar ictericia y signos de trombosis venosa profunda. Los análisis de laboratorio sólo se justifican si la mujer pertenece a una categoría de riesgo en la que estos se requieran.
- En ausencia de patologías que contraindiquen el uso del método, la mujer puede iniciar el método sin necesidad de otra evaluación previa. Sin embargo, es buena práctica desde el punto de vista de salud de la mujer evaluar otros aspectos clínicos antes o poco después de iniciado el uso, mediante anamnesis y examen físico que incluya control de peso, presión arterial, examen ginecológico y mamario y frotis cervical para Papanicolaou.

Seguimiento

Se recomienda un control a los dos o tres meses de comenzar el método, para evaluar la respuesta inicial. Se debe recomendar a las mujeres consultar fuera de los controles programados en caso de problemas o dudas o si presentan síntomas. Si hay amenorrea, goteo o irregularidades menstruales se debe reforzar la orientación y evaluar la necesidad de cambiar método. Como a toda mujer en edad reproductiva, se debe recomendar un control periódico de salud que incluya presión arterial y citología de cuello uterino en los intervalos recomendados.

a.1) Anticoncepción combinada oral.

La anticoncepción combinada oral (ACO) o píldora combinada es uno de los métodos más estudiados y se estima que son usados por más de 90 millones de mujeres en edad fértil en todo el mundo.

La mayoría de las usuarias evitan embarazos no deseados usando este método sin riesgo para su salud y sin efectos secundarios aunque algunas mujeres tienen mayor riesgo de presentar ciertas enfermedades, especialmente cardiovasculares

Composición

Cada píldora de ACO contiene un estrógeno y un progestágeno (o progestina) sintéticos en dosis variable de acuerdo a la formulación del preparado comercial. El estrógeno sintético más utilizado es el etinil estradiol, que es metabolizado en el hígado y tiene una vida media de 24 a 28 horas. La dosis de estrógenos actualmente en uso son 30, 20 y 15 mcg de etinil estradiol.

Según su formulación, existen dos tipos de ACO:

- La mayoría son de tipo monofásico, en que el contenido de estrógeno y progestágeno es el mismo en todas las píldoras. Los

más evaluados son los que contienen 30 mcg de etinilestradiol y 150 mcg de levonorgestrel. Para los otros progestágenos usados (derivados de la 19 nortestosterona: noretinodrel, noretidrona, lynestrenol, etinodiol diacetato, desogestrel, gestodeno, norgestimato, dienogest; relacionados con la progesterona: acetato de clormadinona, acetato de nomegestrol; relacionado con la

espironolactona: drospirenona,) y para ACO con dosis más bajas de etinilestradiol hay menos evaluación epidemiológica.

- Los preparados multifásicos (bifásicos y trifásicos) contienen distintas concentraciones de los esteroides durante los 21 días de administración, no hay evidencias de que sean mejores o más inocuos que los monofásicos, y son habitualmente más caros.

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 etinilestradiol 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.

Efectos adversos menores

Los efectos colaterales de la ACO se presentan en una proporción baja de usuarias. La cefalea es el más frecuente, seguido por náuseas, aumento de peso, acné, mastalgia, edema, flujo vaginal inespecífico y tensión premenstrual. También puede presentarse irritabilidad, disminución de la libido y ánimo depresivo. Al igual que en el embarazo, puede presentarse cloasma en algunas mujeres. Además, se producen cambios en el endometrio que determinan tanto los sangrados cíclicos como los sangrados intermenstruales y otras alteraciones de los sangrados uterinos que se observan

ocasionalmente. Estos efectos adversos menores pueden causar malestar, afectar la vida sexual de la mujer y crear pérdida de la confianza en el método.

Efectos adversos severos

El uso de ACO se asocia a algunas patologías, siendo especialmente importantes las relacionadas al aparato cardiovascular. Sin embargo, el riesgo de muerte por todas las causas es similar para las mujeres que han usado ACO y las que nunca los han usado.

Enfermedades del sistema circulatorio

Es raro que las mujeres jóvenes, usuarias de ACO, presenten patología cardiovascular arterial; pero pueden presentar un discreto incremento del riesgo de enfermedad tromboembólica. En mujeres de más edad, especialmente en las mayores de 40 años, el uso de ACO se asocia a un mayor riesgo de patología arterial cuando existen otros factores de riesgo, como hipertensión y consumo de cigarrillo.

- Infarto del miocardio: El infarto agudo de miocardio es infrecuente en mujeres en edad reproductiva. El riesgo de presentar un infarto del miocardio es mayor en las usuarias de ACO, fumadoras, mayores de 40 años, hipertensas o que no se controlan rutinariamente la presión arterial, en comparación con las no usuarias.

Este riesgo es independiente del progestágeno usado.

- Accidente vascular cerebral: Las mujeres mayores de 35 años que emplean ACO tienen más riesgo de presentar trombosis cerebral que las no usuarias

especialmente si son hipertensas o fumadoras y el riesgo no se relaciona con el tipo de progestágeno usado. El riesgo de isquemia cerebral se incrementa significativamente en usuarias con migraña con aura.

- Hipertensión arterial: La mayoría de las mujeres que usan ACO presentan un leve aumento de la presión arterial dentro del rango normal. Solo un 2.5% desarrolla hipertensión arterial clínica, reversible al suspender el tratamiento.
- Enfermedad tromboembólica: El uso de ACO se asocia a un mayor riesgo de enfermedad tromboembólica (ETE), especialmente en el primer año de uso, el que desaparece al suspender la píldora. El riesgo aumenta con la edad, la obesidad, cirugía reciente y algunas formas de trombofilia. El estudio de la OMS mostró que el riesgo es mayor al usar ACO que contienen desogestrel o gestodeno, en comparación con levonorgestrel. Nuevos estudios han mostrado que los ACO con progestágenos de tercera o cuarta generación (desogestrel, gestodeno, drospirinona) tienen 2 o 3 veces mayor riesgo de ETE que los ACO con levonorgestrel.

Cáncer

- Cáncer de la mama: Las usuarias de ACO que contienen 30 mcg EE o más tienen un pequeño pero estadísticamente significativo aumento del riesgo de cáncer de mama (riesgo relativo 1.24), el que disminuye paulatinamente al suspender su uso de modo que diez años después de la discontinuación, el riesgo es igual al de las mujeres que nunca emplearon el método. Este mayor riesgo ha sido confirmado en otros estudios , aunque un estudio no encontró asociación entre el riesgo de cáncer de mama y el uso de ACO de dosis bajas . Estos estudios se resumen en la . Esta información es más pertinente en usuarias mayores de 40 años

ya que el cáncer de mama aparece con mayor frecuencia a estas edades.

- Cáncer cérvico-uterino: Estudios recientes sugieren que el uso de ACO por más de 5 años se asocia con un leve aumento (RR 1.9, IC 1.7-2.1) del riesgo de carcinoma escamoso del cuello uterino en mujeres portadoras del virus papiloma humano oncogénico. La asociación disminuye al suspender los ACO y es muy débil después de 10 años de su discontinuación. Por lo tanto, el uso prolongado de ACO merece especial monitoreo por parte de programas de tamizaje de cáncer cérvicouterino.

Recuperación de la fertilidad

Seis meses después de discontinuar el método, el 99% de las mujeres ya han recuperado los ciclos menstruales. A los dos años después de suspendido el uso, las tasas de embarazo son de 90% o más. No hay relación entre tiempo de uso y el intervalo hasta la recuperación de la fertilidad. Los anticonceptivos orales combinados no producen infertilidad

Embarazo durante el uso

Las mujeres deben ser advertidas de que deben suspender la píldora si existe la sospecha de embarazo. La evidencia existente no sugiere consecuencias negativas para el feto en mujeres que usaron ACO inadvertidamente durante las primeras semanas de embarazo.

Elección del anticonceptivo combinado oral

- Se recomienda comenzar con píldoras monofásicas que contengan 30 mcg o menos de etinilestradiol y levonorgestrel, que se asocian a menor riesgo de enfermedad tromboembólica .
- Los progestágenos de tercera generación (desogestrel, gestodeno, drospirinona) están asociados a un mayor riesgo de enfermedad tromboembólica, lo que debe informarse a la mujer, en especial si se trata de mujeres nulíparas.
- Las píldoras con 50 mcg de etinilestradiol deben considerarse sólo para casos especiales como el uso de drogas que interactúan con la ACO como ciertos anticonvulsivantes (fenitoína, carbamezapina, barbitúricos, primidona) y rifampicina, si la píldora es la única alternativa anticonceptiva posible.
- Los preparados contra el acné que contienen acetato de ciproterona y que tienen efecto anticonceptivo deben restringirse sólo a los casos en que estén indicados por hiperandrogenismo, como lo establece el registro de estos preparados en el Instituto de Salud Pública, ya que tienen mayor riesgo de enfermedad tromboembólica.

Inicio del anticonceptivo oral

- La ACO 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.
- En el período post-parto, la mujer que no amamanta puede empezar la ACO después de la tercera semana porque antes hay riesgo de trombosis. Si está lactando, no debe usar ACO en los primeros 6 meses porque altera la producción y la composición de la leche. Después de 6 meses, puede iniciar su uso aunque esté en amenorrea de lactancia, si está segura de no estar

embarazada, debiendo usar protección adicional durante los primeros siete días de uso.

a.2) Anticoncepción combinada inyectable mensual

Alrededor de 5 millones de mujeres utilizan inyectables combinados mensuales (ACI) en el mundo y su uso se ha difundido principalmente en China, algunos países de América Latina e India.

Composición

Son preparados inyectables sintéticos que contienen una combinación de un estrógeno y un progestágeno (o progestina) y que se administran en intervalos mensuales. En Chile existen dos productos que han demostrado beneficios y ventajas con relación a otros inyectables mensuales:

- Presentación con 25 mg de acetato de medroxiprogesterona (AMP) y 5 mg de cipionato de estradiol (CE)
- Presentación con 50 mg de enantato de noretisterona (EN) y 5 mg de valerato de estradiol (VE) Después de la administración de estos inyectables se observa una elevación máxima del estradiol endógeno, que decae dentro de las primeras dos semanas, lo que se asocia a un sangrado uterino por privación. La progesterona plasmática se mantiene baja y solo se detectan concentraciones compatibles con ovulación a los 59 a 80 días después de la inyección. Se ha comprobado que los dos preparados inhiben la maduración folicular y la ovulación por más de 30 días.

Efectos beneficiosos no anticonceptivos

Evitan el primer paso de los esteroides por el hígado, por lo que los Criterios Médicos de Elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud son menos restrictivos que los de los ACO para condiciones que afectan la función hepática.

Efectos adversos

- Efectos adversos menores: Son similares a los observados con la píldora combinada como cefalea, mareos, mastalgia.
- Efectos adversos severos: Los estudios a corto plazo señalan poco efecto de los ACI sobre la presión arterial y la coagulación. No hay estudios epidemiológicos que permitan describir efectos adversos severos poco frecuentes, y se presume que son semejantes a los de las píldoras combinadas.
- Efectos metabólicos: Sólo se han observado cambios menores en el metabolismo de los lípidos, que desaparecen a los tres meses después de la suspensión del anticonceptivo.

Retorno de la fertilidad

La función ovárica se recupera rápidamente al discontinuar el uso de los inyectables combinados mensuales. El 78% de las mujeres ovula en los primeros 6 meses y 83% de las mujeres se embarazan al año de suspensión del anticonceptivo.

Inicio del inyectable mensual combinado

- La primera inyección debe administrarse entre el 1° y 7° día del ciclo menstrual, aunque podría comenzarse más tarde si se está segura/o que la mujer no está embarazada . Si comienza después del 7° día del ciclo menstrual se recomienda usar métodos de barrera o abstinencia durante los primeros siete días de uso.
- La inyección es intramuscular, con las precauciones de asepsia habituales. La presentación de noretisterona y valerato de estradiol se comercializa en jeringas especialmente cargadas con el anticonceptivo para que la propia mujer pueda administrarse la inyección.
- En el período post-parto, la mujer que no amamanta puede empezar el uso de ACI después de la tercera semana ya que antes hay riesgo de trombosis. Si está lactando, no debe usarlo en los

primeros 6 meses. Después de 6 meses, puede iniciar su uso aunque esté en amenorrea, si está segura de no estar embarazada, en cuyo caso debe usar protección adicional durante los primeros siete días de uso.

Uso de los inyectables combinados mensuales

- Las inyecciones deben repetirse cada 4 semanas. El sangrado ocurrirá alrededor de 15 días después de la primera inyección. Se debe enfatizar que la fecha de sangrado no es lo que determina cuando repetir la inyección sino la fecha de la primera administración.
- Si no es posible cumplir con la fecha exacta, se pueden usar hasta 7 días antes y 7 días después de la fecha indicada, advirtiendo que esto producirá desorden de los sangrados.
- Para minimizar el riesgo de atraso en la inyección mensual, que conlleva riesgo de embarazo, la mujer debe saber exactamente cuándo le corresponde y tener citación para recibirla.

a.4) Anticoncepción combinada en parche transdérmico

El Parche Transdérmico Combinado (PTC) es un sistema anticonceptivo transdérmico que contiene 6 mg de etinilestradiol (EE) y 600 mcg de norelgestromin (NGM) y que libera 20 mcg de EE y 150 mcg de NGM al día. El norelgestromin es el principal metabolito activo del norgestimato.

Se debe iniciar su uso aplicando el primer parche durante las primeras 24 horas de la menstruación. Posteriormente debe cambiarse el parche cada 7 días durante tres semanas consecutivas hasta completar 21 días (3 parches). No se debe aplicar parche durante la cuarta semana, período en que se produce el sangrado por deprivación hormonal. Después de 7 días sin parche se comienza nuevamente la aplicación. En caso de despegue total o parcial de menos de un día se debe reaplicar el mismo parche o aplicar uno nuevo inmediatamente. Si el despegue lleva más de

un día, se debe aplicar un nuevo parche y agregar un método de barrera durante siete días. Si se olvida el recambio del segundo o tercer parche hasta 48 horas, recambiar normalmente sin necesidad de método adicional. Las zonas de aplicación recomendadas son el tórax, glúteos, abdomen y parte superior externa de los brazos. Para evitar irritación de la piel, se recomienda no aplicar el nuevo parche exactamente en el mismo lugar, ni en zonas donde recientemente se hayan aplicado cremas, maquillajes u otros productos.

B) Anticonceptivos de progestágeno solo

Los anticonceptivos con progestágeno solo o progestina sola (APS) son usados por un número creciente de mujeres, particularmente en el período de lactancia o por mujeres que deben evitar el uso de estrógenos. Estos anticonceptivos incluyen diferentes vías de administración del esteroide:

- Anticoncepción oral: los esteroides usados por vía oral (llamados también mini-píldoras) son linestrenol, levonorgestrel, desogestrel y noretindrona.
- Anticoncepción inyectable: los esteroides usados por esta vía son acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) o enantato de noretisterona (EN-NET).
- Implantes sub-dérmicos: los esteroides usados por esta vía son levonorgestrel o etonogestrel.
- Anillo vaginal de progesterona.
- Dispositivo intrauterino (DIU) liberador de levonorgestrel.

Mecanismo de acción anticonceptiva

El mecanismo de acción de los métodos de progestágeno solo tiene similitudes y diferencias de acuerdo al esteroide usado y a la vía de administración. Todos estos métodos

reducen la cantidad del moco cervical, e inhiben la penetración de los espermatozoides impidiendo así la fecundación . La mayoría de las píldoras de progestágeno solo y los implantes de levonorgestrel inhiben la ovulación en el 50% a 60% de los ciclos . Las píldoras y el implante de etonogestrel, y los inyectables, que liberan dosis más altas de esteroides, prácticamente siempre inhiben la ovulación.

Efectos adversos

Los APS determinan pocos problemas serios de salud ya que no contienen estrógenos y pueden usarse cuando los métodos hormonales combinados representan un riesgo para la salud. El más frecuente de los efectos adversos menores son las Inyectables Píldoras e implantes Implantes e inyectables Mayor dosis del esteroide Muy efectivos en inhibir la Ovulación Bajos niveles endógenos de estrógenos Menor dosis diaria del esteroide Inhibición de la ovulación menos consistente Se mantiene la producción de estrógenos endógenos Evitan el primer paso por el hígado alteraciones menstruales. Otros son similares a los producidos por la ACO pero menos frecuentes y dependen del esteroide y la vía de administración: cefalea, náuseas, aumento de peso, acné, mastalgia, edema, flujo vaginal inespecífico, tensión premenstrual, irritabilidad, disminución de la libido y ánimo depresivo. El manejo de estos efectos adversos es similar al descrito para los métodos hormonales combinados

Orientación y consejería

Una vez que la mujer ha decidido usar APS, se le debe explicar claramente:

- Las características de los diferentes métodos de progestágeno solo, tales como forma de administración, eficacia, sangrados uterinos, efectos adversos, riesgos y beneficios, y costo. Enfatizar las diferencias que hay entre los métodos progestágeno Solo en estas materias.
- La forma de usarlos.
- Los factores de riesgo.
- Los contenidos específicos referentes al método elegido.
- Que no protegen de las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH.
- Métodos anticonceptivos alternativos.

Seguimiento

El seguimiento es básicamente el mismo que el descrito para la píldora combinada. Si hay amenorrea, goteo o irregularidades menstruales es preciso reforzar la orientación y evaluar la necesidad de cambiar método.

a.4) Píldoras de Progestágeno solo

Los anticonceptivos orales de progestágeno solo (AOPS) o píldoras de progestágeno solo (PPS) disponibles en Chile son: linestrenol 0.5 mg/día; levonorgestrel 30 mcg/día y desogestrel 75 mcg/día.

Eficacia anticonceptiva

Durante la lactancia, la tasa de embarazo durante uso correcto de las píldoras de progestágeno solo es 0.5 por 100 años-mujer, y de 1 por 100 años-mujer durante uso típico. Se estima que las tasas de embarazo son más altas en mujeres que no están amamantando, 6-8 por 100 años-mujer durante uso típico, y en mujeres menores de 35 años. Es esencial la regularidad de uso de esta píldora para obtener la mayor efectividad posible, lo que debe ser un aspecto destacado de la orientación a las usuarias de este método. El riesgo de

embarazo ectópico en una usuaria de AOPS es menor que el de la población general que no usa anticoncepción, dada la alta eficacia anticonceptiva del método. Sin embargo, cuando se produce un embarazo en usuarias de estas píldoras, éste tiene más probabilidades de ser ectópico que un embarazo que ocurre por falla de otros métodos o en mujeres sin anticoncepción.

Las tasas de continuación son inferiores a las observadas con la píldora combinada y fluctúan entre 37 y 58% a los 12 meses de uso. La principal causa de discontinuación son las irregularidades menstruales.

Efectos benéficos

Las píldoras de progestágeno solo son uno de los métodos anticonceptivos que determina menos problemas de salud dada la baja dosis de esteroides que contienen. No afectan la presión arterial ni aumenta el riesgo de enfermedad tromboembólica. Tampoco afectan el metabolismo de los lípidos ni la función hepática o la masa ósea.

Efectos adversos

Además de los síntomas y alteraciones de los sangrados ya descritos, comunes a los APS, ocasionalmente se detectan folículos persistentes o quistes foliculares en el examen ginecológico, los que habitualmente son asintomáticos y regresan espontáneamente en 30 a 60 días con o sin interrupción del método

Uso de las píldoras de progestágeno solo

- Se recomienda iniciar la ingesta entre el 1er y 5to día del ciclo menstrual, aunque puede hacerlo más tarde si la mujer está

segura de no estar embarazada. En ese caso, debe usar protección adicional al menos por 48 horas.

- Se debe tomar la píldora cada día sin interrumpir su uso y, en lo posible, a la misma hora. La eficacia anticonceptiva depende del uso correcto.

- Durante la lactancia se recomienda comenzar después de 6 semanas post-parto y continuar sin interrupción mientras dure el amamantamiento. Una vez finalizada la lactancia, se recomienda continuar tomando la píldora hasta el inicio de la menstruación que sigue al destete. En ese momento se debe decidir continuar o cambiar de método anticonceptivo.

- Si se olvida una píldora o se retrasa la ingestión más de 3 horas debe tomarse la píldora omitida lo antes posible y usar otras precauciones anticonceptivas por 48 horas. **(29)**

C. 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.

Eficacia Anticonceptiva

La anticoncepción de emergencia (AE) se refiere a los métodos anticonceptivos que una mujer puede usar después de una relación sexual sin protección para prevenir un embarazo no deseado. Existen varios tipos de pastillas envasadas y etiquetadas para ser usadas específicamente como anticonceptivos de emergencia. Éstas reciben el nombre de productos “dedicados” de píldoras de anticoncepción de emergencia o PAE. Cuando estos productos dedicados no están disponibles en el mercado, pueden utilizarse anticonceptivos orales, es decir, píldoras anticonceptivas regulares, como AE. Este régimen se conoce como “Yuzpe

Régimen

El régimen Yuzpe puede crearse a partir de ciertas píldoras anticonceptivas orales que contengan una combinación de estrógeno y progestágeno. Las píldoras se toman en dos dosis. La primera dosis debe tomarse lo antes posible después del coito desprotegido (preferiblemente dentro de las 72 horas, pero hasta en un máximo de 120 horas, o sea 5 días) y la segunda dosis debe tomarse 12 horas después de la primera.

Cada dosis debe contener estrógeno (entre 100 y 120 mcg de etinil estradiol) y progestágeno (entre 500 y 600 mcg de levonorgestrel (LNG) o 1.0-1.2 mg de norgestrel). Si se producen vómitos dentro de las dos primeras horas de haber tomado una dosis, la dosis debe repetirse.

Seguridad: Las píldoras anticonceptivas orales combinadas que se utilizan como AE pueden ser utilizadas con seguridad por mujeres y niñas. Los efectos secundarios ocurren con más frecuencia que con otros regímenes de PAE, pero son temporales y la mayoría desaparecen en 24 horas.

Eficacia: Tomar la dosis correcta de píldoras combinadas de estrógeno y progestágeno reduce el riesgo de embarazo en un único coito desprotegido hasta en un 75%. La eficacia depende del ciclo menstrual de la mujer y de cuán rápido después del coito desprotegido se toma la dosis. Dependiendo de estos factores, la eficacia puede ser menor de 75%. El régimen Yuzpe es menos efectivo que otros métodos de AE y no debería ser la primera opción si hay otros métodos disponibles. **(30)**

4. MÉTODOS QUIRURGICOS

LIGADURA TUBARICA

La ligadura tubarica es un método anticonceptivo permanente para la mujer, que consiste en la oclusión (mediante la ligadura, sección u obstrucción) bilateral de las trompas de Falopio, con el fin de evitar la unión de las gametos (óvulo-espermatozoide)

Mecanismo de acción

La oclusión (mediante la ligadura, sección u obstrucción) bilateral de las trompas de Falopio evita que los óvulos liberados por los ovarios puedan desplazarse a través de las trompas y, por lo tanto, no entran en contacto con los espermatozoides.

Eficacia anticonceptiva

La LT es un método altamente efectivo, alcanza el 99,5% de Efectividad.

Recuperación de la fertilidad

La cirugía para revertir la ligadura tubarica es difícil, costosa, no siempre es efectiva y no está disponible en el sistema público de salud.

Para lograr un embarazo luego de una LT, también pueden practicarse técnicas de fertilización asistida. El sistema de salud no garantiza, a la fecha, tratamientos de fertilidad asistida.

Protección contra ITS/VIH

La ligadura tubarica no ofrece ninguna protección contra el VIH/Sida y otras infecciones de transmisión sexual (ITS)

VASECTOMIA

La vasectomía es un método anticonceptivo permanente quirúrgico, seguro y sencillo, que consiste en la ligadura de los conductos deferentes a nivel escrotal con el fin de impedir el pasaje de los espermatozoides provenientes del testículo. La baja adopción de este método por parte de la población de algunas sociedades en las que la vasectomía está legalmente aceptada puede explicarse en parte por algunos mitos, como el que identifica la fertilidad con la potencia sexual. La difusión de la información a la población acerca de las características de este método, así como una adecuada consejería, podrá hacer de la vasectomía un recurso anticonceptivo más, disponible para todos aquellos que lo requieran.

Mecanismo de acción

A partir de la ligadura de los conductos deferentes, se impide el pasaje de los espermatozoides al líquido seminal. Se eyacula semen, pero éste no contiene espermatozoides, con lo cual no se produce el embarazo

Eficacia anticonceptiva

La eficacia es mayor al 99,5% si se respeta el cuidado anticonceptivo en los tres meses posteriores a la cirugía.

Recuperación de la fertilidad

La mayoría de los hombres que deciden someterse a una anticoncepción quirúrgica no se arrepienten de su elección

cuando han recibido una adecuada consejería. No obstante, se estima que entre el 2 al 4% de los hombres puede llegar a solicitar en un futuro la recanalización de los conductos.

La reversión de una vasectomía es una operación que debe ser efectuada por cirujanos experimentados en técnicas microquirúrgicas. El porcentaje de éxito medido por los embarazos de sus parejas, varía de un 16% a un 85%, dado que la reversión no garantiza embarazo. Es importante destacar que la cirugía para revertirla es difícil, costosa y no está disponible en el sistema público de salud.

Para lograr un embarazo luego de una vasectomía, también puede practicarse técnicas de fertilización asistida. El sistema público de salud no garantiza a la fecha tratamientos de fertilidad asistida.

Protección contra ITS/VIH

La vasectomía no ofrece ninguna protección contra el VIH/Sida y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). **(31)**

2.2. HIPOTESIS, VARIABLES, INDICADORES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

Hipótesis:

Los estudios descriptivos no requieren formulación de hipótesis, sin embargo se sugiere:

Hipótesis orientadora: Los adolescentes del 4to y 5to grado de secundaria en el Colegio Nacional Aplicación-UNHEVAL y Colegio Particular San Vicente De La Barquera tienen un alto nivel de conocimiento y una actitud favorable (positiva) sobre métodos anticonceptivos durante el periodo 2015.

Hipótesis estadística:

Conocimiento y actitud:

H₀: P conocimiento = P actitud.

H_a: P conocimiento ≠ P actitud.

2.3 Sistema de Variables: definición operacional, Dimensiones e Indicadores.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:								
del 4to y 5to de secundaria del colegio nacional Aplicación – UNHEVAL y colegio particular San Vicente de la Barquera. Huánuco 2015								
VARIABLE	DEF. CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEF. OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	CATEGORÍA	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE
variable independiente CONOCIMIENTO DE LOS ESTUDIANTES SOBRE MAC	Se define como conocimiento adecuado sobre métodos anticonceptivos a la información mínima recibida en la consejería sobre MAC que debería saber toda mujer y varón sexualmente activa; esta información consta de reconocimiento, forma de uso, mecanismo de acción y efectos secundarios de los MAC	Se define como conocimiento adecuado que tienen los adolescentes del 4° y 5° grado de secundaria sobre métodos anticonceptivos a la información mínima recibida en la consejería sobre MAC que debería saber toda mujer y varón sexualmente activa; esta información consta de reconocimiento, forma de uso, mecanismo de acción y efectos secundarios de los MAC	conocimiento adecuado que tiene el adolescente del 4 sobre métodos anticonceptivos a la información mínima recibida en la consejería sobre MAC que debería saber toda mujer y varón sexualmente activa; esta información consta de reconocimiento, forma de uso, mecanismo de acción y efectos secundarios de los MAC	Cuantitativa discreta	categórica. Preguntas 1,2,3,4,5,6,7,8	numero de preguntas contestadas correctamente	razon	Cuestionario
variable dependiente ACTITUDES DE LOS ESTUDIANTES HACIA LOS MAC	Predisposición que presentan todas las personas frente al uso de los MAC	actitudes de los estudiantes hacia los MAC	Actitudes Predisposición que presentan los estudiantes de 4° y 5° de secundaria	Cuantitativa discreta	intervalos de 6 al 10, del 11 al 14 y 15 al 18	Se aplica un cuestionario estructurado, con el modelo de la escala de Lickert, y se evalúa como las respuestas a las 6 preguntas. Cada una con tres opciones	razon	Cuestionario

VARIABLES INTERVINIENTES								
INFORMACIÓN SOBRE LOS MAC	medio de comunicación por donde recibe información acerca de los métodos anticonceptivos	Medio de información sobre los MAC	medio de comunicación por donde los alumnos de 4° y 5° reciben información acerca de los métodos anticonceptivos	Cualitativo nominal politómica	Familia centro de estudios Centro de salud Amigos Medios de comunicación audiovisual	Medio de información sobre los MAC	Nominal	Cuestionario
PAREJA SENTIMENTAL	Persona que mantiene una relación sentimental con otra y que convive o no.	Pareja sentimental	Persona a la que el alumno de 4° y 5° denomina enamorada	Cualitativa nominal dicotómica	Si tiene. No tiene.	Pareja sentimental	Nominal	Cuestionario
INTERNET	Red mundial de comunicación compuesta por miles de redes telefónicas e informáticas que se encuentran conectada entre sí para transmitir información.	Internet	Red mundial de información a través del cual el alumno de 4° y 5° se informa sobre los MAC	Cualitativa nominal dicotómica	Si tiene. No tiene.	Equipo con acceso a internet	Nominal	Cuestionario
TELÉFONO INTELIGENTE	Teléfono celular con pantalla táctil, que permite al usuario conectarse a internet, gestionar cuentas de correo electrónico e instalar otras aplicaciones y recursos a modo de pequeño computador.	Teléfono Inteligente	Teléfono inteligente con conexión a internet, por el cual el alumno de 4° y 5° se informa sobre MAC	Cualitativa nominal dicotómica	Si tiene. No tiene	Teléfono inteligente con conexión a internet	Nominal	Cuestionario
EDAD	Tiempo que a vivido la persona desde que nació	Edad	edad cronológica, según figure en su DNI o partida de nacimiento	Cuantitativa discreta	Categorizar	Años	Razón	Cuestionario
GÉNERO	el sexo es un proceso de combinación de rasgos genéticos dando por resultado la especialización de organismos en variedades femenina y masculina	Género	Corresponde al género del alumno de 4° y 5°	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino Femenino	Género	Nominal	Cuestionario
RELIGIÓN	La religión es una práctica humana de creencias existenciales,	Religión	Tipo de religión que profesa el alumno de	Cualitativa nominal	Católica. Evangelica.	Religión	Nominal	Cuestionario

CAPITULO 3.

3.1. MARCO METODOLÓGICO.

Nivel y Tipo de Investigación.

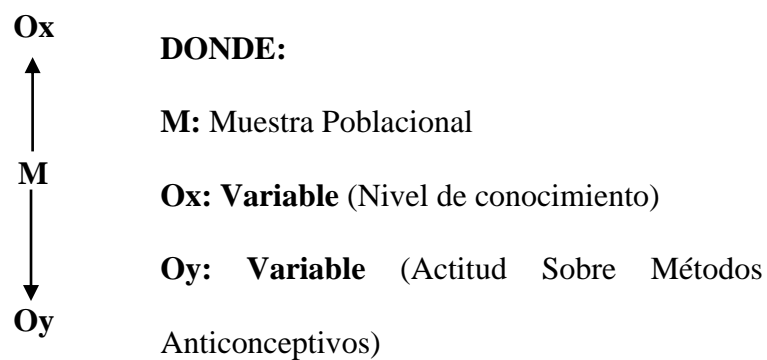
- **Nivel de Investigación:** Descriptivo
- **Tipo de Investigación:** Básica
- **Tipo de Estudio:** Descriptivo Transversal.

Tipo De Estudio

El presente estudio es de enfoque cuantitativo: descriptivo y transversal, analítico ya que nos permite describir los hechos tal y como se encuentran en la realidad en un determinado tiempo y espacio.

3.2 Diseño del estudio.

- **Diseño del Estudio:**



3.3. Población, Muestra y Unidad de análisis.

3.3.1. Población

La investigación está circunscrita a la población adolescente del 4to y 5to año de educación secundaria en los turnos de mañana y tarde del 4to y 5to grado de secundaria en el Colegio Nacional Aplicación-UNHEVAL y Colegio Particular San Vicente De La Barquera, siendo en total 180 alumnos; distribuida de la forma que presenta a tabla.

Tabla:1

SECCIÓN GRADO	A	TOTAL
CUARTO	37	37
QUINTO	37	37
TOTAL	74	74

Fuente: Registro de asistencia 4to y 5to grado de educación secundaria de año 2015 Colegio Nacional Aplicación Unheval.

Tabla:2

SECCIÓN GRADO	A	B	C	TOTAL
CUARTO	25	27	26	78
QUINTO	28	0	0	27
TOTAL	53	27	26	106

Fuente: Registro de asistencia 4to y 5to grado de educación secundaria de año 2015 Colegio Particular San Vicente de la Barquera

Población Diana

Alumnos matriculados en educación secundaria en el colegio Nacional Aplicación UNHEVAL y colegio particular San Vicente de la Barquera en los turnos mañana y tarde en el año 2015.

Población Accesible

Alumnos matriculados en el 4to y 5to grado de educación secundaria en el colegio Nacional Aplicación UNHEVAL y colegio particular San Vicente de la Barquera en los turnos mañana y tarde en el año 2015.

Población Elegible

Alumnos matriculados en el 4to y 5to grado de educación secundaria en el colegio Nacional Aplicación UNHEVAL y colegio particular San Vicente de la Barquera en los turnos mañana y tarde en el año 2015. Que cumplen los criterios de inclusión y exclusión.

3.3.2. Muestra.

El tamaño de muestra constituye los 180 alumnos del 4to y 5to de secundaria, seleccionados con técnica de tipo no probabilístico por cuotas, en donde la muestra está conformada por la misma cantidad que la población.

Criterio de inclusión.

Alumnos matriculados en el 4to y 5to grado de educación secundaria en el colegio Nacional Aplicación UNHEVAL y colegio particular San Vicente de la Barquera en los turnos mañana y tarde en el año 2015. Que asisten regularmente, con interés y deseos de participación previa información y firma del asentimiento informado, así como el consentimiento informado de sus padres o tutores.

Criterio de exclusión.

Alumnos matriculados en el 4to y 5to grado de educación secundaria en el colegio Nacional Aplicación UNHEVAL y colegio particular San Vicente de la Barquera en los turnos mañana y tarde en el año 2015. Que no asisten regularmente, con desinterés, sin deseos de participación y previa información que no firmen del asentimiento informado, así como la negativa de sus padres o tutores.

3.3.3. Unidad de análisis.

La unidad de análisis está conformada por el alumno (a) del 4to y 5to de secundaria, del colegio Nacional Aplicación UNHEVAL y colegio particular San Vicente de la Barquera en los turnos mañana y tarde en el año 2015.

En la presente investigación se incluyó a la población total, que comprende 180 alumnos, dado que es accesible y para evitar el error aleatorio.

3.4. Ámbito Geográfico

Esta investigación se realizó en las instituciones educativas Aplicación UNHEVAL, la cual se encuentra ubicada en la Mz A lote 1 Leoncio Prado en el distrito de Amarilis y en el san Vicente de la Barquera, , la cual se encuentra ubicada en el Jr. Crespo y Castillo N° 854 en el distrito de Huánuco, ambas en la Provincia y Región de Huánuco.

3.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Se utilizó un cuestionario de 23 preguntas aplicado como encuesta a los sujetos de nuestra población, el cual fue sometido a los siguientes procesos para su validación:

La confiabilidad se evaluó sometiendo el cuestionario al juicio de 5 expertos quienes evaluaron de manera independiente la claridad, objetividad,

actualización, organización, suficiencia, intencionalidad, consistencia, coherencia, metodología y pertinencia de las 23 preguntas, cuyo informe final fue el siguiente:

Experto N° 1: 95

Experto N° 2: 87

Experto N° 3: 91

Experto N° 4: 85

Experto N° 5: 93

Además, con una prueba piloto realizada a 9 alumnos de la institución educativa Nacional Aplicación-UNHEVAL y 9 alumnos de la institución educativa Particular San Vicente De La Barquera, que tiene similares características de la población a estudiar; dándonos un Alfa de Cronbach de 0,92; lo cual nos indica que el instrumento empleado en nuestra investigación es fiable.

CODIFICACIÓN DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

	NIVEL DE CONOCIMIENTO	ACTITUD
NÚMERO DE PREGUNTAS	8	6
VALOR POR CATEGORÍAS	Incorrecto: 0 Correcto: 1	No : 0 Talvez : 1 Si : 2
FÓRMULA	Máximo – mínimo + 1 $8 - 0 = 8$	Máximo – mínimo + 1 $12 - 0 = 12$
CATEGORÍAS	2 categorías $8/2 = 4$ 4	3 categorías $12/3 = 4$ 4
PUNTUACIÓN	deficiente: 0 – 4 adecuado: 5 – 8	desfavorable: 0 – 4 indiferente: 5 – 8

		favorable: 9 - 12
--	--	-------------------

Fuente: elaboración propia

3.5.1. Procedimiento De Recolección De Datos

Se realizó la coordinación entre los investigadores, quienes solicitamos autorización a las autoridades de la I. E. Aplicación UNHEVAL y San Vicente de la Barquera para la realización de la investigación. Una vez obtenida la autorización por las autoridades, se dio a conocer a los padres de los alumnos a través de la entrega de un consentimiento informado una semana antes de la encuesta, antes de la recolección se explicó y entregó el asentimiento informado y posterior a este se recolectó la información correspondiente al estudio.

La recolección de la información estuvo a cargo de los 2 investigadores, capacitados en el formato de nuestra ficha de recolección de datos. Los investigadores guiaron, supervisaron y resolvieron las dudas y los problemas en el momento de la recolección de datos.

3.6. PROCESAMIENTO, ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE DATOS

3.6.1. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

La información se registró en un formato de captura (Encuesta-Ficha de recolección de datos) para almacenarse posteriormente en una base de datos (Microsoft Excel). Se utilizó el software estadístico SPSS. V20 apoyado con el Microsoft Excel. Se calculó las medidas de tendencia central (media en las variables cuantitativas) y de asociación Chi cuadrado (para establecer relaciones entre las variables de estudio), comparando las variables principales y considerando las diversas variables secundarias.

Se tomó en cuenta un valor de $p < 0,05$, como nivel de significancia estadística y un intervalo de confianza del 95%.

Se utilizó para hallar significancia estadística, entre variables la prueba de Chi cuadrado

3.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

En la presente investigación se tuvo presente las siguientes consideraciones éticas, respetando el tratado de Helsinki y el informe de Belmont.

PROTECCIÓN DE LOS DATOS DE LOS ADOLESCENTES

El adolescente y su intimidad fueron totalmente protegidos porque no había modo de identificar al alumno que contestó el cuestionario. El cuestionario fue totalmente anónimo, las respuestas solo pudieron ser vistas por los investigadores y nunca por los padres ni los profesores. Toda la información que el alumno proporcionó se agregó a una base de datos que fue analizada mediante el empleo de técnicas estadísticas. Se respetaron en todo momento las normas de seguridad y protección de datos y su intimidad.

AUTORIZACIÓN PATERNA

Los investigadores pusieron a disposición del centro educativo la documentación necesaria, consentimiento informado, para informar a los padres o apoderados de los alumnos, ya que los participantes del estudio son menores de edad.

Se realizó según el protocolo de comunicación con los padres que aplique cada institución educativa. Los investigadores empleamos un consentimiento informado que se le proporcionó al alumno una semana antes de la encuesta, el cual fue llevado a su domicilio, dando conocimiento a los padres o tutores, luego entregado el día de la encuesta a los investigadores.

Además, el formato de consentimiento y asentimiento informado, ha sido evaluado y aprobado por las autoridades de las instituciones educativas participantes, antes de iniciar la recolección de información.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA DE LOS ALUMNOS

Los jóvenes fueron informados sobre el estudio una semana antes de su participación. La participación en el estudio fue voluntaria y se les pidió firmar un asentimiento informado luego de la autorización de sus padres.

Los adolescentes, tuvieron la opción de hacer o no la encuesta. Además, si el adolescente no se sentía cómodo respondiendo a alguna pregunta concreta, se le pidió que escriba en la pregunta correspondiente lo siguiente “No aplica o no la quiero contestar”.

3.7.1. CONSENTIMIENTO Y ASENTIMIENTO INFORMADO

Se anexa en la última página

CAPITULO 4.

4.1. RESULTADOS.

Tabla1. Variables sociodemográficas

variable		Frecuencia	Porcentaje
edad	14	27	14.4
	15	118	63.1
	16	42	22.5
genero	femenino	101	54.0
	masculino	86	46.0
procedencia	urbano	185	98.9
	rural	2	1.1
religión	Católico	142	75.9
	Evangélico	21	11.2
	otras	24	12.8

Grado de Instrucción Madre	primaria	2	1.1
	secundaria	20	10.7
	superior	165	88.2
Grado de Instrucción Padre	analfabeto	1	.5
	primaria	1	.5
	secundaria	23	12.3
	superior	162	86.6

Fuente: Base de datos

En número de participantes del estudio incluyen 187 adolescentes, del colegio nacional aplicación UHNEVAL (70 participantes) y el colegio particular san Vicente de la Barquera (117 participantes) de sexo femenino de 54% (101), masculino 46% (86), la edad de los participantes incluyen adolescentes de 14 en 14.4% (27), 15 años 63.1% (118) y 16 años 22,5% (42) años. Con una distribución en cuanto a religiones de católico 75,9% (142), evangélico 11,2% (21) y otros 12,8% (24). Con una distribución de procedencia de urbano 98,9% (185) y rural 1,1% (2), Con grado de instrucción de la madre: Primaria 1,1% (2), secundaria 10,7% (20), superior 88,2% (75). Grado de instrucción del padre: analfabeto 0,5% (1), primaria 0,5 (1), secundaria 12,3% (23) y superior 86,6% (162).

Tabla 2. Variables intervinientes.				χ^2	p
variable		Frecuencia	Porcentaje		
Quien Informa Sobre MAC	Personal de salud	15	8.0	7,856	0,248
	Padres	49	26.2		
	Familia	8	4.3		
	Pareja	2	1.1		
	Amigos	24	12.8		
	Colegio	51	27.3		
	Yo mismo	38	20.3		
IRS	No	168	89.8	6,525	0,163
	12	2	1.1		
	13	5	2.7		
	14	6	3.2		
	15	6	3.2		

N° Rela Sexales	0	168	89.8	9,842	0,131
	1	6	3.2		
	2	6	3.2		
	3	2	1.1		
	4	2	1.1		
	5	2	1.1		
	6	1	.5		
MAC usan Amigos	natural	4	2.1	6,286	0,098
	barrera	138	73.8		
	hormona	19	10.2		
	ninguno	26	13.9		
MAC Usarias	barrera	129	69.0	3,105	0,375
	natural	14	7.5		
	hormonal	23	12.3		
	ninguno	21	11.2		
Pareja	no	126	67.4	0,147	0,701
	si	61	32.6		
Comunicación Familiar	buena	83	44.4	1,579	0,454
	regular	80	42.8		
	mala	24	12.8		
Internet	no tiene	8	4.3	0,034	0,853
	si tiene	179	95.7		
Telefono Inteligente	no tiene	33	17.6	2,969	0,084
	si tiene	154	82.4		

En número de participantes del estudio incluyen 187 adolescentes, del colegio nacional aplicación UHNEVAL (70 participantes) y el colegio particular san Vicente de la Barquera (117 participantes) de sexo femenino de 54% (101), masculino 46% (86), la edad de los participantes incluyen adolescentes de 14 en 14.4% (27) ,15 años 63.1% (118) y 16años 22,5% (42) años. Con una distribución en cuanto a religiones de católico 75,9% (142), evangélico 11,2% (21) y otros 12,8% (24). Con una distribución de procedencia de urbano 98,9% (185) y rural 1,1% (2), Con grado de instrucción de la madre: Primaria 1,1% (2), secundaria 10,7% (20), superior 88,2% (75). Grado de instrucción del padre: analfabeto 0,5% (1), primaria 0,5 (1), secundaria 12,3% (23) y superior 86,6% (162).

Características de las variables intervinientes

En cuanto a quien informa más sobre los MAC se encontró que fue mayor en el colegio 27,3 (51) y los padres 26,2% (49), y menor en la pareja 1,1% (2) y el personal de salud 8% (15).

El grupo de adolescentes con inicio de relaciones sexuales, la mayoría aun no inicia 89,8% (168) y los grupos con mayor participantes que si iniciaron las relaciones sexuales fueron los de 14 y 15 con 3,2% (6) cada uno, En cuanto al número de parejas sexuales tiene una distribución: en su mayoría no han tenido pareja sexual 89,8% (168), llegando a tener hasta 6 parejas sexuales 0,5% (1). En cuanto al MAC que usan sus amigos son mayormente el método de barrera 73,8% (138), El MAC que el adolescente usaría más fue el método de barrera 69% (129). En su mayoría los adolescentes no tienen pareja sentimental 67,4 % (126). La comunicación familiar de los adolescentes es buena 44,4% (83), regular 42,8% (40) y mala 12,8% (24). Los adolescentes que si tiene internet son 95,7% (179). Cuentan con teléfono inteligente 82,4% (154).

Conocimientos		
variable	Frecuencia	Porcentaje
Deficiente	76	40.6
Adecuado	111	59.4
Total	187	100

Actitud		
variable	Frecuencia	Porcentaje
Desfavorable	3	1.6
Indiferente	82	43.9
Favorable	102	54.5
Total	187	100

Tabla 3. Analisis Bivariado actitud * conocimiento

χ^2

p

		conocimiento				
		Deficiente	Adecuado	Total		
actitud	Desfavorable	3(1,6%)	0(0,0%)	3(1,6%)		
	Indiferente	32(17,1%)	50(26,7)	82(43,9%)		
	Favorable	41(21,9%)	61(32,6)	102(54,5%)	4,479	0,106
Total		76(40,6)	111(59,4%)	187(100 %)		

El análisis bivariado del nivel de conocimiento y actitud sobre los MAC de cada uno de los colegios

En el colegio nacional aplicación UNHEVAL los adolescentes con conocimiento adecuado con actitud favorable 37,1% (26), con actitud indiferente 22,9% (16) y con actitud desfavorable 0% (0). Con conocimientos deficiente con actitud favorable 30% (21), con actitud indiferente 10% (7) y con actitud desfavorable 0% (0). Obteniendo en el análisis estadístico (chi cuadrado), con valor de 1,3 con nivel de significancia de 0,253.

Del colegio particular san Vicente de la Barquera, adolescentes con conocimiento adecuado con actitud favorable 29,9% (35), con actitud indiferente 29,1% (34) y con actitud desfavorable 0% (0). Con conocimientos deficiente con actitud favorable 17,1% (20), con actitud indiferente 21,4% (25) y con actitud desfavorable 2,6% (3). Obteniendo en el análisis estadístico (chi cuadrado), con valor de 4,8 con nivel de significancia de 0,088.

El análisis bivariado del nivel de conocimiento y actitud sobre los MAC de ambos colegios

El conocimiento de los adolescentes respecto a los MAC tiene una distribución de deficiente 40,6% (76) y adecuado 59,4% (101). En cuanto a la actitud de los adolescentes sobre los MAC favorable 54,5% (102), indiferente 43,9% (82) y desfavorable 1,6% (3).

En cuanto al análisis bivariado entre el nivel de conocimiento y actitud sobre los MAC se observa adolescentes de conocimiento adecuado con actitud favorable 32,6% (61), con actitud indiferente 26,7% (50) y con actitud desfavorable 0% (0). De conocimientos deficiente con actitud favorable

21,9% (41), con actitud indiferente 17,1% (32) y con actitud desfavorable 1,6% (3). Obteniendo en el análisis estadístico (chi cuadrado), con valor de 4,4 con nivel de significancia de 0,107

CAPITULO 5

5.1. DISCUSIÓN:

La ciudad de Huánuco, está ubicada en la zona central del país, que cuenta con colegios nacionales y particulares, de nivel primario y secundario, con personal docente y no docente. Entre el representativo de los privados tenemos al colegio San Vicente de la Barquera con reconocido prestigio y altos costos de educación. En los nacionales el colegio aplicación UNHEVAL es diferenciado por un rígido sistema de selección y buenos estándares educativos. Epidemiológicamente tiene una transición con características de una región pobre (una de las más pobres).

Existen distintos factores relacionados al nivel de conocimiento y actitud sobre MAC. Donde encontramos Aspectos que incluyen aspectos sociodemográficos y epidemiológicos en la región de Huánuco que intenta explicar el conocimiento y actitud sobre MAC, entre los factores relacionados podemos encontrar: la edad, el género, lugar de procedencia, la religión. Grado de instrucción tanto de la madre como del padre que podrían explicar el nivel de conocimiento y actitud de los adolescentes.

El nivel de conocimiento y actitud sobre MAC en los alumnos de 4° y 5° de secundaria en el colegio nacional Aplicación UNHEVAL y el colegio privado san Vicente de la Barquera fue adecuado y favorable. El estudio de Ghulam Mustafa, Syed Khurram Azmat, Waqas Hameed, Safdar Ali et al, en hombres y mujeres entre 15 y 40 años, en tres provincias rurales de pakistan, se encontró un nivel de conocimiento sobre Mac bajo. Sin embargo en el estudio de Asmare Tesfa (32) , Asmamaw Demis Bizuneh, Temamen Tesfaye de 284 mujeres entre 14 a 17 años estudiantes de secundaria de seto Semero al sur oeste de etiopia se encontró una actitud positiva frente a MAC 73% (83) **(33)** en otro estudio de Lakshmidivi, Shreedhar Venkatesh, et al. en 175 mujeres urbanas en edad reproductiva se encontró que 54,3% (95) tenían algún conocimiento sobre MAC siendo la televisión la principal fuente de conocimiento 64,22% difiriendo a nuestros resultados. Esta diferencia puede estar explicada por las diferencias, social cultural y económica” de nuestra región. Esto nos llevaría a considerar que el nivel de conocimiento y actitud sobre MAC

podría estar principalmente en relación con la “actitud, edad, sexo, tipo de colegio (privado o nacional)” medios de comunicación e información, es decir con su entorno en el cual se desarrollan influenciado principalmente por lo social, familiar y educacional. **(34)**

En nuestro estudio el nivel de conocimiento fue predominantemente adecuado Con una actitud favorable hacia los MAC de acuerdo a la distribución de conocimientos: adecuados deficiente y la actitud desfavorable, indiferente, favorable. En el estudio de Obi Andrew Ifeanyichukwu y Labiran Adetunji en 161 mujeres de Nigeria entre 15 a 49 años, se vio que el 92,8% (128) tienen un conocimiento correcto y el 82,6% (114) tienen una actitud positiva de los MAC. Así también **(35)**. En el estudio de Verma A. Vir Singh S. Kishore V. et al realizado en la India (Delhi) realizado en mujeres de 18 a 45 años en zonas urbanas se encontró una 83,2 % actitud favorable hacia los anticonceptivos de emergencia. En este estudio, la actitud positiva hacia la CE fue mayor en el grupo de 18 a 25 años .se encontró una actitud negativa hacia el uso de anticoncepción de emergencia en 28,9 % debido a razones religiosas todo ellos debido al tipo de población en que se realizó que son los musulmanes y a las diferencias de creencias culturales **(36)**.Oliveira y Paula Farias en Brasil en adolescente de colegios del 7mo al 9 no grado de 11 a 19 años con una distribución similar en cuanto al sexo y grupo más prevalente de 11 a 14 años donde la gran mayoría no ha iniciado una actividad sexual 77,4%, entre los métodos más mencionados están el condón en 74,5 % de los MAC **(37)**.

En nuestro estudio el análisis de resultado del nivel de conocimiento y actitud sobre MAC al evaluar en el cuestionario mediante una serie preguntas establecidas y actitud con escala de Likert demuestra que hay un conocimiento adecuado en 111 (59,4%) y actitud favorable 102 (54,5%) No encontrando una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y actitud sobre MAC los resultados coincidiendo con en el estudio de Hogmark y Klingberg-Allvin et al. En estudiantes de una preparatoria medica en Maharashtra, India se encontró un conocimiento adecuado y actitud positiva hacia MAC y la comparación entre los estudiantes de la preparatoria privados y públicos no revelaron significativa diferencias (estudiantes privada 78,2%, IC 95%: 75,9% a 80,3%; estudiantes pública 70,6%, IC 95%: 66,6% a 74,4%) **(38)** en el estudio realizado Ayub y Kibria al evaluar el nivel de conocimiento y actitud sobre MAC en mujeres casadas de 25 a 40 años encontraron un conocimiento adecuado en 90,2% de ello condón fue 35,9% con una actitud positiva en 87,8% tenían actitudes positivas **(39)**.

Oliveira y Paula Farias describen que los adolescentes no tienen un conocimiento adecuado y actitud desfavorable 53,9% hacia los MAC **(37)**. Shelat y Hihoriya describen en el estudio realizado en dos grupos: estudiantes de medicina y otro no estudiantes de medicina en evidenciándose mayor conocimiento sobre MAC en el grupo de colegio médico 63 % con respecto al grupo no medico 30 % con una actitud desfavorable en ambos grupos .donde reconocieron la principal fuente de información la televisión y la menos indicada el personal de salud **(40)**. Chigozie O. Ifeadike¹, Precious encontraron en su estudio un alto nivel de conocimiento del significado de la sobre MAC, el 98,5% y 92,8% para encuestados urbanos y rurales, respectivamente. La diferencia es estadísticamente significativa (OR = 4,952; IC del 95% = 1,39-17,51 p <0,05) **(41)**

en el Perú se analizó en el 2010 la disponibilidad de los distintos métodos anticonceptivos ofrecidas por el ministerio de salud donde se evidencia el mayor distribución y uso de diversos métodos con la finalidad de evitar embarazos no deseados ,ETS ,VIH tomando como referencia como una intervención segura la doble protección haciendo uso de preservativo tanto masculino como femenino concluyendo que hay una protección contra las enfermedades de transmisión sexual pero que es un método de difícil adaptación en la población peruana debido a la falta de concientización ,conocimiento, motivación por parte de los personales de salud hacia la población ya que ello se refleja en que no hay cambios en la tasa de fecundidad en el país desde el momento de creación de esta intervención en el año 1989. **(42)**

López j. en el año 2015 en su estudio describe el perfil biosocial sobre conocimientos y prácticas de anticoncepción oral en el centro de salud Alamo en lima donde encuentra una asociación estadísticamente significativa del grado de instrucción ($p=0,032$), el inicio de relaciones sexuales ($p=0,000$) y el número de parejas sexuales ($p=0,002$). **(43)**

Se concluye que el nivel de conocimiento y actitud sobre MAC en adolescentes de 4° y 5° de secundaria en el colegio nacional Aplicación UNHEVAL y el colegio privado san Vicente de la Barquera fue adecuada y favorable, estuvieron relacionadas a la edad de 15 años, sexo femenino, quienes informaron fueron colegio 27,3% (51) y padres 26,2% (49). El método que más usan sus amigos y usarían ellos fue el condón con 73,8 (138) y 69% (129) respectivamente. En 67,4% (126) no tienen pareja sentimental y el 44,4% (83) tiene buena comunicación familiar. En su mayoría tienen internet y teléfono inteligente 95,7% (179) y 82,4% (154).

Debe realizarse más estudios y educación, a cargo de los profesionales de la salud, refería a MAC en esta población vulnerable, en forma regular durante todo el año, para conocer y mejorar el conocimiento y actitud sobre los Mac siendo importante el uso adecuado y oportuno de estos en las relaciones sexuales, previniendo y mejorando oportunidades que se verían afectadas por el no uso o uso inadecuado de estos MAC.

CAPITULO 6.

6.1. CONCLUSIONES

1. Los adolescentes de las instituciones educativas aplicación UNHEVAL y San Vicente de la Barquera tienen un adecuado nivel de conocimiento sobre los MAC en un 59,4 %.

2. Acerca de la actitud sobre los MAC, encontramos que la mayoría de los adolescentes encuestados tiene una actitud favorable hacia estos en un 54,5 %.
3. En cuanto a la relación entre nivel de conocimiento y la actitud sobre los MAC encontramos que el 61% de los adolescentes encuestados tienen un adecuado nivel de conocimiento con una actitud favorable sobre los MAC.
4. En el colegio nacional aplicación UNHEVAL los adolescentes con conocimiento adecuado con actitud favorable 37,1% (26). A diferencia del colegio particular san Vicente de la Barquera, adolescentes con conocimiento adecuado con actitud favorable 29,9% (35).
5. Mayor participación del sexo femenino de 54% (101), la mayoría de participantes se encuentra en 15 años 63.1% (118). En cuanto a religiones fue católico 75,9% (142), Con mayor procedencia urbana 98,9% (185), Con grado de instrucción de la madre superior 88,2% (75). Grado de instrucción del padre superior 86,6% (162). la mayoría aun no inicia relaciones sexuales 89,8% (168) y los grupos con mayor participantes que si iniciaron las relaciones sexuales fueron los de 14 y 15 con 3,2% (6), En su mayoría no han tenido pareja sexual 89,8% (168), llegando a tener hasta 6 parejas sexuales 0,5% (1). En cuanto al MAC que usan sus amigos son mayormente el método de barrera 73,8% (138), El MAC que el adolescente usaría más fue el método de barrera 69% (129). En su mayoría los adolescentes no tienen pareja sentimental 67,4 % (126). La comunicación familiar de los adolescentes es buena 44,4% (83). Los adolescentes que si tiene internet son 95,7% (179). Cuentan con teléfono inteligente 82,4% (154).

CAPITULO 7.

7.1. RECOMENDACIONES

1. Este estudio puede servir de base, para realizar en un futuro estudios analíticos que profundicen aspectos como por ejemplo la investigación de los factores preponderantes para el uso incorrecto de los métodos anticonceptivos en población adolescente sexualmente activa; ya que no existen estudios similares en ningún ámbito revisado.

2. Además, hemos observado que los conocimientos que les imparten a los adolescentes, son más enfocados al conocimiento, es decir, basados en nuestros resultados, los adolescentes estudiados tienen un adecuado conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos pero también una actitud favorable sobre estos, en ese sentido sugerimos que la enseñanza deba seguir y ampliar medios más explicativos para mejorar tanto el conocimiento y la actitud al uso práctico de los métodos anticonceptivos.

7.2. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Antonio J, Solís N, Conocimientos Y Actitudes Sexuales De Los Adolescentes Del Asentamiento Humano 9 De Octubre Pariñas Talara. Revista in crescendo - ciencias de la salud, (vol. 01 no 01, 2014), pp. 175 – 183.
2. Montalvo E. Comportamientos y Conocimiento sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes. Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y microbiología. Granma. Cuba, correo científico médico de holguín 2014:pp.405-406
3. Arriola A. Situación de la Educación en Salud Sexual y Reproductiva en Telebachillerato, facultad de estadística e informática especialización en métodos estadísticos, universidad Veracruzana-México, agosto 2014: pp10-11
4. Chelhond E, Leidy Contreras L, Ferrer 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. (Vol. 18 n°2 diciembre de 2012: pp 113. (175 – 183.)
5. Instituto nacional de estadística e informática, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013. Lima-Perú. Mayo-2014. : pp128 (132)
6. Instituto nacional de estadística e informática, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012 Departamento de Huánuco. Lima-Perú. noviembre 2013. pp 65-72 (68)
7. Ezzat A. Chelhond B; Leidy C; Michelle F, Iván R. 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. July/Dec. 2012. vol.18 no.2. pp, 112-115.
8. Electra G, Temístocles M, Carolina L. Características de la educación sexual escolar recibida y su asociación con la edad de inicio sexual y uso de anticonceptivos en adolescentes chilenas sexualmente activas. Revista chilena de obstetricia y ginecologia. Dicimber 2014. 80 (1). PP 24-32.
 9. Gutiérrez k, solís a. Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes del caserío chirinos. Piura. Revista in crescendo - ciencias de la salud. 2014. Vol. 01, n0 02. Pp. 471 – 476.
 10. Conde m. “conocimientos, actitudes y prácticas frente al uso de anticonceptivos orales de emergencia en internos de medicina del hospital nacional Daniel Alcides Carrión, diciembre 2014”. Título profesional. Lima – Perú, universidad nacional mayor de san marcos, 2015.
 11. Borrás T. Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad. Correo Científico Médico de Holguín. 2014. 18 (1). PP 5-7.
 12. Fondo de las naciones unidas para la infancia. Estado mundial de la infancia 2011. Nueva York, NY, EEUU: (UNICEF), febrero de 2011.
 13. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Vivencias y relatos sobre el embarazo en adolescentes. Panama: (UNICEF), 2014.
 14. Massa J, Pat Y, Keb R, Canto M y Chan N. La definición de amor y dependencia emocional en adolescentes de Mérida, Yucatán. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. Septiembre 2011. Vol. 14 No. 3. pp 176-193.
 15. Liga Española de la Educación. Relaciones afectivas sexualidad en la adolescencia. Madrid-España. Ministerio de sanidad servicio social e igualdad. 2013.
 16. Cid M, Pérez R, Sáez K. Orientación sexual en los adolescentes y su asociación con variables demográficas, socioconductuales y sexuales. Perinatología y Reproduccion Humana. 2011; 25 (2): pp 75.
 17. Fernández D. Construcción de la Identidad de Género en Adolescentes Chilenas. Revista de Psicología - Universidad Viña del Mar. 2012, Vol. 2, Nº 1, p.47.
 18. Sociedad Española de Contracepción. Manual de salud reproductiva En la adolescencia. San Sebastián – España, 1.ª Edición, enero 2001.

- 19.B Catalina García, MC López de Ayala López, A García Jiménez (2014):
“Los riesgos de los adolescentes en Internet: los menores como actores y víctimas de los peligros de Internet”. Revista Latina de Comunicación Social, 69, pp. 462 a 485 (463-464)
20. Pérez P, de la Fuente Rodríguez S, García L, Gutiérrez C, Álvarez E, Estudio sobre hábitos seguros en el uso de smartphones por los niños y adolescentes españoles, Noviembre de 2011.
21. Neto mullo, becker santiago, panchi paredes, mireya yesenia, “diseño de estrategias para prevenir embarazos en adolescentes de 14 a 19 años de la parroquia san buenaventura, partiendo del análisis de sus conocimientos, actitudes, prácticas y percepciones culturales sobre sexualidad y anticoncepción”. universidad técnica de Ambato facultad de ciencias de la salud carrera de medicina. ambato -ecuadoren; 2014: pp.35-6. (38-9).
22. Ortego m; López Álvarez m. ciencias psicosociales I: pp. 4.
23. Enrique barra Almagia, psicología social, universidad de concepción 1988,pp 88-90.
24. Montero A. Anticoncepción en la Adolescencia. REV. MED. CLIN. CONDES - 2011; 22(1). pp. 59-61.
25. Macias M, Molina M. Conocimientos sobre anticoncepción en adolescentes de un preuniversitario del municipio San José de las Lajas. Rev. cienc. méd. La Habana - cuba. 2012. 18(2). pp. 3.
26. Organización mundial de la salud. Prevenir el embarazo precoz y los resultados reproductivos adversos en adolescentes en los países en desarrollo: las evidencias, Ginebra, Suiza. OMS.2012.
27. Navarro M, Cristóbal T, Luque B, Seoane G, Alonso II, Gotor M. anticoncepción y salud sexual en atención primaria. Merck Sharp & Dame de España 2014. Pp.10-12 (55-60).

28. Luis E, Eduardo Y, Wilfrido Alexandra C, Belen N. Norma y Protocolo de Planificación Familiar, Ministerio de salud pública. Ecuador 2010: pp.129-36.
29. René C, Soledad D, Guillermo G, Carmen L, María I, Normas Nacionales sobre Regulación de la fertilidad. Programa Nacional Salud de la Mujer, Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER) Asociación Chilena de Protección de la Familia (APROFA). Chile 2010: pp. 55-78.
30. Anticoncepción de emergencia: uso de píldoras anticonceptivas regulares como ae. New york enero-2014.
31. Métodos anticonceptivos ,Guía práctica para profesionales de la salud ,Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMADA), Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) .Mar 2012:pp 182-91.
32. Mustafa G, Khurram S. Hameed W, et. al. Family Planning Knowledge, Attitudes, and Practices among Married Men and Women in Rural Areas of Pakistan: Findings from a Qualitative Need Assessment Study. International Journal of Reproductive Medicine india 2015. Pp 4- 6
33. Asmare Tesfa, Asmamaw Demis Bizuneh, Temamen Tesfaye, Addis Adera Gebru, Yonas Yimam Ayene, Birhan Alemnew Tamene. Assessment of Knowledge, Attitude and Practice Towards Emergency Contraceptive Methods Among Female Students in Seto Semero High School, Jimma Town, South West Ethiopia. Science Journal of Public Health. Vol. 3, No. 4, 2015, pp. 4-6.
34. Lakshmidivi M, Shreedhar Venkatesh, Rajivkumar Saxena, Pramila Pandey. "Knowledge, Experience and Opinion on Emergency Contraception among Urban Educated Women". Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences 2014. Pp 2-4

35. Andrew O and Adetunji L. Contraception Usage: Knowledge, Attitude and Associated Factors among Women of Reproductive Age Attending a Health Facility in Benin City, Nigeria 2015. Pp 3-5.
36. Verma A. Vir Singh S. Kishore V. et al. Attitude, Practice and Need Assessment of Emergency Contraception among Women of Reproductive Age Group in Delhi. Department of Community medicine, Maulana Azad Medical College, New Delhi-110002, India. PP 323 – 25.
37. Oliveira M, Paiva G. Farias m. et al. Contraception Knowledge, Attitudes and Practices of Adolescents at Risk of Pregnancy in Northeastern Brazil. 1Federal University of Paraíba, João Pessoa (PB), Brazil. Pp 302-06.
38. Hogmark S, Klingberg M, Gemzell K. et al. Medical students' knowledge, attitudes and perceptions towards contraceptive use and counselling: a cross-sectional survey in Maharashtra, India. 2013 pp 2-5.
39. Ayub A, Kibria Z, Khan F. Assessment of knowledge, attitude and contraceptive use in married women of Peshawar. J Dow Uni Health Sci 2015. Pp 3- 5.
40. Prakash R. Shelat*, Nikunj H. Hihoriya, Shivaprasad Kumbar. Knowledge and attitude towards the use of emergency contraceptive pills among college students. Department of Pharmacology, B. J. Medical College, India 2012. Pp 2-3.
41. Chigozie O. Ifeadike¹, Precious N. Eze¹, Uchenna M. Ugwoke¹ and Godswill A. Nnaji Comparative assessment of family planning knowledge and attitude of men in urban and rural areas of Anambra state, South-East of Nigeria . ¹Department of Community Medicine, Nnamdi Azikiwe University Teaching Hospital, Nnewi, Anambra State, Nigeria. 2015.pp 3-5.

42. Luis Távara-Orozco. Análisis de la oferta de anticonceptivos en el Perú. rev per ginecol obstet. 2010 pp 133-136.

43. Karol Juliette López Ramírez. Perfil biosocial y su relación con los conocimientos y prácticas sobre la anticoncepción oral de emergencia de las usuarias de planificación familiar del centro de salud el álamo, junio .lima – Perú 2015 pp 26-28.

7.3. ANEXOS.

- **Consentimiento informado.**

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD FRENTE A MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES.

LUGAR: Colegio Nacional APLICACIÓN-UNHEVAL y Colegio Particular SAN VICENTE DE LA BARQUERA.

Estimado Padre de Familia:

Su menor hijo (a) ha sido seleccionado e invitado a participar en un estudio de investigación. Antes por favor lea este consentimiento cuidadosamente. Haga todas las preguntas que considere necesarias para asegurarse de que entienda los procedimientos del estudio.

Los investigadores a cargo de este estudio cursan el 6to año en la Escuela académico Profesional de Medicina Humana de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco.

Este proyecto determinara el nivel de conocimiento y actitud frente a los métodos anticonceptivos en adolescentes, cuyo resultado contribuirá como guía para orientar a las autoridades, docentes, adolescentes, padres de familia a mejorar el nivel de conocimiento respecto a los métodos anticonceptivos y la actitud frente a ellos; además de que servirá a los investigadores para realizar su tesis de grado.

Se pedirá la participación de todos los alumnos matriculados en el 4to y 5to grado de educación secundaria de esta Institución educativa de los turnos mañana y tarde.

El estudio es completamente voluntario. Los participantes pueden abandonar el estudio cuando lo deseen.

Para la recolección de información relacionada con este estudio se solicitará a los voluntarios participar de una encuesta por medio de un cuestionario, donde se

pretende determinar el nivel de conocimiento, la actitud hacia los métodos anticonceptivos y factores relacionados.

El participante rellenar un cuestionario de 23 preguntas, para marcar o rellenar, sobre dichos temas.

La duración de la encuesta será de 30 min. La cual se llevara a cabo el día 25 del presente, de acuerdo al turno.

En ningún momento del estudio, se juzgará sus actitudes y comportamientos o los resultados obtenidos del estudio.

Debe quedar claro que usted no recibirá ningún beneficio económico por la participación de su hijo en este estudio

La información personal que se recolectará en el curso de este estudio permanecerá en secreto y no será proporcionada a ninguna persona; además, no se pedirá que escriba su nombre en ninguna parte del cuestionario (anónimo).

Los resultados de la investigación se darán a conocer a la institución. Solo el equipo de investigación y el personal de apoyo tendrán acceso a los cuestionarios.

Los resultados de esta investigación pueden ser publicados en revistas científicas o ser presentados en las reuniones científicas, pero la identidad del participante no será divulgada.

La información será revisada por el Comité de Ética de la facultad de Medicina Humana, el cual está conformado por un grupo de personas quienes realizarán la revisión independiente de la investigación según los requisitos que regulan la investigación.

El participante puede retirarse del estudio en cualquier momento. Sin embargo, los datos obtenidos hasta ese momento seguirán formando parte del estudio a menos que usted solicite expresamente que sea borrada de nuestra base de datos.

No firme este consentimiento a menos que usted haya tenido la oportunidad de hacer preguntas si las tuviera y recibir contestaciones satisfactorias para todas sus preguntas.

Si usted firma aceptando la participación de su hijo en este estudio, recibirá una

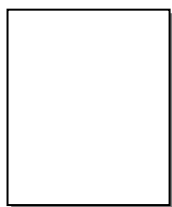
copia firmada.

En caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio o sobre los derechos como participante podrá comunicarse con los entrevistadores por los siguientes medios:

- Barrientos Salazar, José Luis
Nº celular: 989565536
E-Mail: joseleon69pp@gmail.com
- Cori Valverde, Víctor Rossini
Nº Celular: 942142450
E-Mail: valverde@hotmail.com

Agradecemos su gentil colaboración.

Huánuco,..... de..... del 2015



Huella digital

Firma y Nombre del Padre del Participante

Firma del Investigador

ASENTIMIENTO INFORMADO

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD FRENTE A MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES.

LUGAR: Colegio Nacional APLICACIÓN-UNHEVAL y Colegio Particular SAN VICENTE DE LA BARQUERA.

Estimado alumno:

Usted ha sido invitado a participar en un estudio de investigación. Por favor lea este consentimiento cuidadosamente. Haga todas las preguntas que usted tenga, para asegurarse de que entienda los procedimientos del estudio, incluyendo los riesgos y los beneficios.

Los investigadores a cargo de este estudio cursan el 6to año en la Escuela académica Profesional de Medicina Humana de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán.

Este proyecto determinará el nivel de conocimiento y actitud frente a los métodos anticonceptivos en adolescentes, cuyo resultado contribuirá como guía para orientar a las autoridades, adolescentes y padres de familia a mejorar el nivel de conocimiento respecto al uso de los métodos anticonceptivos; además de que servirá a los investigadores para realizar su tesis de grado.

Se pedirá la participación de todos los alumnos matriculados en el 4to y 5to grado de educación secundaria de estas Instituciones educativas.

El estudio es completamente voluntario. Usted puede participar o abandonar el estudio en cualquier momento.

Para la recolección de información relacionada con este estudio se solicitará a los voluntarios participar de una encuesta por medio de un cuestionario, donde se pretende determinar el nivel de conocimiento y actitud sobre los métodos anticonceptivos y factores relacionados.

El participante rellenará un cuestionario de 23 preguntas, para marcar o rellenar, sobre dichos temas.

La duración de la encuesta será de 30 min. La cual se llevara a cabo el día 25 del presente de acuerdo al turno.

En ningún momento del estudio, se juzgará sus actitudes y comportamientos respecto al tema mencionado o los resultados obtenidos del estudio.

Debe quedar claro que usted no recibirá ningún beneficio económico por participar en este estudio.

La información personal que se recolectará en el curso de este estudio permanecerá en secreto y no será proporcionada a ninguna persona; además, no se pedirá que escriba su nombre en

ninguna parte del cuestionario (anónimo).

Los resultados de la investigación se darán a conocer a la institución. Solo el equipo de investigación y el personal de apoyo tendrán acceso a los cuestionarios.

Los resultados de esta investigación pueden ser publicados en revistas científicas o ser presentados en las reuniones científicas, pero la identidad suya no será divulgada.

La información será revisada por el Comité de Ética de la facultad de Medicina Humana, el cual está conformado por un grupo de personas quienes realizarán la revisión independiente de la investigación según los requisitos que regulan la investigación.

Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento. Sin embargo, los datos obtenidos hasta ese momento seguirán formando parte del estudio a menos que usted solicite expresamente que sea borrada de nuestra base de datos.

No firme este consentimiento a menos que usted haya tenido la oportunidad de hacer preguntas y recibir contestaciones satisfactorias para todas sus preguntas.

Si usted firma aceptando participar en este estudio, recibirá una copia firmada.

En caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio o sobre los derechos como participante podrá comunicarse con los entrevistadores por los siguientes medios:

- Barrientos Salazar, José Luis

Nº celular: 989565536

E-Mail: joseleon69pp@gmail.com

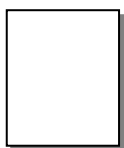
- Cori Valverde, Víctor Rossini

Nº Celular: 942142450

E-Mail: valverde@hotmail.com

Agradecemos su gentil colaboración.

Huánuco..... de..... del 2015



Huella digital

Firma y Nombre del Participante

Firma del Investigador (es)

- **Instrumento de recolección de información.**

Cuestionario sobre:

CUAL ES EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN LOS ALUMNOS DE 4° Y 5° GRADO DE SECUNDARIA EN EL COLEGIO NACIONAL APLICACIÓN-UNHEVAL Y COLEGIO PARTICULAR SAN VICENTE DE LA BARQUERA, HUANUCO - 2015

Instrucciones, Por favor:

1. Llenar los espacios en blanco con letra clara y Marque con una X en el casillero que refleje más su forma de pensar o de sentir o encierre en un círculo la alternativa de la respuesta que considere adecuada.
2. Responda a las afirmaciones de forma individual.
3. No escriba su nombre en el cuestionario.
4. No deje ninguna pregunta sin contestar.
5. Agradecemos tu valiosa colaboración, te pido que respondas con sinceridad.

PREGUNTA**I. DATOS GENERALES**

1. **Edad: Años:**

2. Género

a. Masculino

b. Femenino

3. Lugar de procedencia:

a. Urbano

b. Rural

4. Religión

a. Católico

b. Evangélico

c. Otra. Especifique:.....

5. ¿Cuál es el grado de instrucción de tus padres?**Madre**

a) Analfabetap

b) Primaria

c) Secundaria

d) Superior

Padre

a) Analfabeto

b) Primaria

c) Secundaria

d) Superior

**II. CONOCIMIENTO
ANTICONCEPTIVOS****SOBRE****MÉTODOS**

6. ¿Qué son los métodos anticonceptivos?

- a. Son métodos que evitan enfermedades en las mujeres
- b. Son métodos para regular la menstruación.
- c. Son procedimientos naturales o artificiales destinados a evitar el embarazo.
- d. Son métodos que provocan abortos.

7. ¿Cuál es el método anticonceptivo que le protege de las infecciones de transmisión sexual (ITS)?

- a. El método del ritmo.
- b. El condón.
- c. La T de cobre.
- d. Las Inyecciones.

8. Marque la respuesta correcta, en cuanto a la acción de los métodos anticonceptivos.

- a. El método del ritmo consiste en tener relaciones sexuales en la ovulación del ciclo menstrual
- b. El condón impide que los espermatozoides lleguen al tracto reproductor femenino
- c. Las píldoras anticonceptivas y los inyectables hacen que el óvulo muera.
- d. las píldoras anticonceptivas actúan inmediatamente

9. Marque la respuesta correcta, respecto a la de duración de los métodos anticonceptivos:

- a. La T de cobre dura para siempre.
- b. Existen inyectables mensuales y trimestrales.
- c. Si olvidas tomar una o dos píldoras no hay riesgo de salir embarazada.
- d. Los preservativos no tienen fecha de vencimiento.

10. Marque la respuesta correcta, respecto a los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos:

- a. La T de cobre puede aumentar el sangrado menstrual.
- b. Los anticonceptivos hormonales pueden producir retraso mental.
- c. Las píldoras anticonceptivas retienen el sangrado.
- d. El preservativo hacen que no se sienta placer en el acto sexual

11. Marque la respuesta correcta, con respecto al condón:

- a. Sirven para prevenir enfermedades venéreas.
- b. Es recomendable su uso en toda relación sexual.
- c. Se puede utilizar más de una vez.
- d. A y B

12. Marque la respuesta correcta, con respecto a los dispositivos intrauterinos:

- a. El único es la T de cobre.
 - b. Son de larga duración.
 - c. Regulan la menstruación.
 - d. Es uno de los métodos menos efectivos.
- | |
|--|
| |
| |
| |
| |

13. Marque la respuesta correcta, con respecto a la esterilización quirúrgica:

- a. Se puede emplear en la mujer y en el hombre.
 - b. Es una opción temporal.
 - c. Quienes se someten a la cirugía quedan sin apetito sexual.
 - d. A y B
- | |
|--|
| |
| |
| |
| |

III. ESCALA DE ACTITUDES HACIA LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Sí	Tal vez	No
----	---------	----

14. Marque con una (X)

- 1. Usar métodos anticonceptivos da seguridad en las relaciones sexuales.
 - 2. Cuando usas métodos anticonceptivos (condones) este seguro de no tener hijos.
 - 3. Usarías algún método anticonceptivo.
 - 4. Es fácil conseguir métodos anticonceptivos (condones)
 - 5. Usas correctamente los métodos anticonceptivos (condón)
 - 6. los métodos anticonceptivos (condón), además de evitar el embarazo te protege de enfermedades de transmisión sexual.
- | | | |
|--|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

IV. MEDIO DE INFORMACIÓN SOBRE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

15. La mayor parte de los conocimientos o información que tienes sobre métodos anticonceptivos la has adquirido de:

- Personal de salud
 - Padres
 - Familia (Hermanos, primos, tíos, etc.)
 - Pareja
 - Amigos
 - Colegio (Profesores)
 - Yo lo averigüe
- | |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Otras fuentes(especifique).....

V. RELACIONES SEXUALES

16. Si ya la tuvo, ¿A qué edad tuvo su primera relación íntima.?.....

17. ¿Con cuántas personas has tenido relaciones íntimas?.....

18. ¿Cuál es el método anticonceptivo más usado por sus _____

compañeros y amigos o conocidos?

- a. Métodos Naturales (ritmo, coitus interruptus)
- b. Métodos de barrera (condón)
- c. Métodos hormonales (píldoras mensuales, píldora del día siguiente, inyecciones)
- d. Ninguno

19. ¿qué método anticonceptivo utilizarías cuando tenga relaciones sexuales? o ¿qué método anticonceptivo utilizó? si ya tuvo relaciones sexuales

- a. Métodos de barrera (condón)
- b. Métodos Naturales (ritmo)
- c. Métodos hormonales (píldoras, inyecciones)
- d. Ninguno

VI. PAREJA SENTIMENTAL**20. ¿Tiene enamorado(a)?**

- a. Si
- b. No

VII. COMUNICACIÓN FAMILIAR**21. Marque la respuesta que corresponda, respecto a la comunicación sobre los métodos anticonceptivos, con tu familia?**

- a. Buena
- b. Regular
- c. Mala

VIII. INTERNET EN CASA**22. ¿Tiene internet en casa?**

- a. Si
- b. No

IX. TELEFONO INTELIGENTE**23. ¿Tiene teléfono inteligente? (smartphone)**

- a. Si
- b. No
