

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN-MANAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



TRABAJO MONOGRÁFICO PARA OPTAR
AL TÍTULO DE MÉDICO Y CIRUJANO GENERAL

Título

CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
EN ADOLESCENTES NULIGESTAS DEL INSTITUTO CARMELA NOGUERA Y
PRIMIGESTAS ATENDIDAS EN HOSPITAL AMISTAD JAPÓN-NICARAGUA,
GRANADA, DEL PRIMERO DE MARZO AL PRIMERO DE ABRIL 2017

AUTORES:

BRA. HILMA DEL CARMEN BERMÚDEZ GONZÁLEZ
BRA. FÁTIMA DANIELA JARQUÍN SOLÓRZANO

TUTORA:

DRA. XIMENA GUTIÉRREZ GÓMEZ
MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN MATERNO INFANTIL

MANAGUA, NICARAGUA 2018

DEDICATORIA

A Dios por ser el pilar principal de nuestra vida y la luz que ilumina el camino a la sabiduría.

A nuestros papás y mamás, por ser los seres que nos han acompañado en todo nuestro trayecto de vida, siendo las principales personas que pusieron su confianza en nosotras, apoyándonos y impulsándonos a lograr nuestras metas.

AGRADECIMIENTO

Primeramente, a Dios, permitirnos culminar con el estudio.

A nuestra Tutora Dra. Ximena Gutiérrez, por habernos dado todo el apoyo para la finalizar nuestro estudio monográfico, y así dar un paso más cerca para culminar una más de nuestras metas.

A la directora del Colegio Carmela Noguera por permitirnos aplicar nuestro estudio en dicho centro.

Al personal en general del Hospital Amistad Japón Nicaragua, por habernos abierto las puertas en todos los sentidos y lograr la finalización de nuestra tesis indispensable en nuestra profesionalización como médicos.

Por último, a las adolescentes que aceptaron participar en el estudio, ya que sin el apoyo de ellas no se hubiera podido realizar el trabajo monográfico.

OPINIÓN DEL TUTOR

Según la Organización Mundial de la Salud, para el año 2014 se calculaba que aproximadamente 222 millones de mujeres y adolescentes no desean quedar embarazadas o quieren retrasar su próxima maternidad no usan métodos anticonceptivos.

Los y las adolescentes deberían tener acceso a información acerca de los diferentes métodos anticonceptivos, que contribuya a reducir las actitudes negativas y las prácticas inapropiadas de los mismos, así mismo espaciar los embarazos y limitar el tamaño de la familia si así lo desean. Algunas referencias mencionan que las mujeres que han tenido más de cuatro hijos tienen más riesgo de morir por complicaciones en el embarazo o el parto.

Abordar el tema acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas en adolescentes es de gran relevancia ya que está demostrado que la primera relación sexual coital se inicia cada vez a edades más tempranas, además, existe poca capacidad de negociación con la pareja para utilizar los métodos anticonceptivos, situación que los expone a riesgos como embarazos no planeados, abortos e infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH. La información disponible sobre el uso de anticonceptivos en adolescentes muestra que existen mayores tasas de fracaso, menores tasas de continuidad y menor cumplimiento en comparación con los adultos.

Por lo antes expuesto, el presente tema de investigación "*Conocimientos, actitudes y prácticas de métodos anticonceptivos en adolescentes nuligestas del Instituto Carmela Noguera y primigestas atendidas en el Hospital Amistad Japón-Nicaragua, Granada, de primero de marzo al primero de abril del 2017*", realizadas por la Bachillera Hilma del Carmen Bermúdez González y la Bachillera Fátima Danelia Jarquin Solórzano, es un tema de gran relevancia ya que intenta describir los conocimientos, actitudes y prácticas de métodos anticonceptivos en dos poblaciones, las nuligestas y las primigestas, lo que puede generar intervenciones futuras a nivel de las instituciones involucradas, que tomen en consideración las necesidades particulares de cada grupo de edad, así como su paridad.

Aprovecho para felicitar a las autoras de la investigación, por su entrega, su flexibilidad, deseos de mejorar día a día su trabajo y dar lo mejor de ellas para aportar conocimientos científicos basados en evidencia.



Dra. Ximena Gutiérrez Gómez

Magíster en Salud Pública con mención en materno infantil

Profesora Titular

Departamento Medicina Preventiva

RESUMEN

El objetivo del presente estudio es valorar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos en adolescentes nuligestas del Instituto Carmela Noguera y primigestas atendidas en Hospital Amistad Japón- Nicaragua, Granada.

Realizamos un estudio descriptivo, transversal mixto enfoque cuanti-cualitativo; se describen, analizan niveles de conocimientos, actitudes y prácticas al uso de métodos anticonceptivos. La fuente de información fueron las adolescentes de 14-19 años nuligestas y primigestas, además se realizaron grupos focales de 10 participantes adolescentes y se aplicaron 152 encuestas correspondiendo a 105 nuligestas (66.8%) y a 52 primigestas (33.1%).

Se encontró que el 76% de adolescentes nuligestas practicaba religión católica y las primigestas pertenecían en 48% a la iglesia Evangélica. Con respecto al estado civil no se encontró proporcionalmente diferencias en los niveles de conocimiento.

El nivel de conocimiento regular en primer lugar y adecuado en segundo lugar predominaba en adolescentes primigestas, mientras que en nuligestas presentaban un nivel de conocimiento principalmente regular y deficiente. La actitud al uso de métodos anticonceptivos en primigestas era favorable en 67% y en nuligestas un 11%.

El inicio de vida sexual fue menor que la media mundial de 17.5 años y el uso de métodos anticonceptivos en primera relación coital fue usado en 78% de nuligestas y tan solo en 52% en pacientes primigestas. El método anticonceptivo más utilizado fue en condón y pastillas de anticoncepción de emergencia.

Se concluye que las adolescentes primigestas presentaron mejores conocimientos y actitud al uso de métodos anticonceptivos sin embargo la población de nuligestas presentó mayor uso de planificación familiar en primera relación sexual.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
OPINIÓN DEL TUTOR.....	iv
RESUMEN.....	v
ÍNDICE.....	vi
Capítulo I.....	1
INTRODUCCIÓN.....	1
ANTECEDENTES.....	2
JUSTIFICACIÓN.....	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
OBJETIVOS.....	8
Objetivo General.....	8
Objetivos Específicos.....	8
Capítulo II.....	9
MARCO TEÓRICO.....	9
Conocimiento.....	9
Actitud.....	9
Práctica.....	9
Salud sexual y Reproductiva.....	10
Adolescencia.....	11
Etapas de la adolescencia.....	12
Sexualidad en la Adolescencia.....	15
Educación integral de la sexualidad.....	16
Realidad de la educación sexual en adolescencia.....	18
Métodos Anticonceptivos.....	21
Principios básicos sobre uso de métodos anticonceptivos en Adolescentes.....	31
Capítulo III.....	35
DISEÑO METODOLÓGICO.....	35
Tipo de Estudio:.....	35
Área de Estudio:.....	35

Universo:	35
Muestra:	36
Criterios de Inclusión y exclusión	36
Variables.....	38
Operacionalización de Variables	39
Técnica y procedimiento de recolección de la información	44
Procesamiento y análisis de la información	45
Plan de tabulación y análisis.....	46
Consideraciones éticas.....	47
RESULTADOS	49
DISCUSIÓN Y ANÁLISIS.....	57
CONCLUSIONES.....	67
RECOMENDACIONES	68
BIBLIOGRAFÍA	69
ANEXOS	75
Gráficos	79

Capítulo I

INTRODUCCIÓN

La población adolescente en Nicaragua representa alrededor en un 23% del total de habitantes, los cuales 1 de cada 6 adolescentes de 10-19 años no asisten a las escuelas mientras que una quinta parte de ellos estudia uno o dos años inferior al año que le corresponde para su edad.⁴ Se considera que la base de la educación está en hogares y en el sistema educativo; sin embargo, deben preguntarse cuánta información dominan los jóvenes sobre la sexualidad o salud sexual, prácticas sexuales saludables y sobre su derecho a protección en una relación sexual.

En nuestro país el acceso a métodos anticonceptivos es de carácter gratuito por estar incluidos en la lista básica de medicamentos, a pesar de los esfuerzos del ministerio de salud por distribuir a todos los departamentos de Nicaragua, nuestro país sigue teniendo una tasa de natalidad elevada que fue del 19.51% para el 2016 siendo el país 103 en tasa de natalidad, con un índice de fecundidad de 2,20.⁶

Con la presente investigación se comparó los conocimientos, actitudes y prácticas de adolescentes nuligestas y primigestas acerca del uso de métodos anticonceptivos. Las adolescente nuligestas procedían del Instituto Carmela Noguera y las primigestas fueron atendidas en Hospital Amistad Japón- Nicaragua, con el objetivo describir las diferencias en cada grupo que aporte al desarrollo futuro de intervenciones educativas que permitan el acceso a información veraz y oportuna para mejorar los conocimientos, reducir las actitudes desfavorables y mejorar las prácticas inadecuadas de los métodos métodos anticonceptivos.

ANTECEDENTES

De acuerdo a los objetivos planteados se encontraron estudios en Latinoamérica que abordaron el tema de anticoncepción en la adolescencia desde la misma perspectiva encontrando lo siguiente:

Un estudio realizado en Perú en embarazadas año 2016 “Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos de adolescentes primigestas en una población rural” se encontró que el 45% de adolescentes primigestas estaban entre 17-18años, 75% tenía un embarazo no deseado por no utilizar métodos anticonceptivos, en nivel de conocimiento tenía en 50% conocimiento medio y 30% bajo¹⁵

En México 2015 se realizó un estudio “Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de Salud” obtuvieron que el inicio de vida sexual fue 15.1 años, el porcentaje de uso de métodos anticonceptivos fue 55%, en conocimiento obtuvieron medio y bajo en 84.1%.⁴³

Según reporte anual, en el 2014 la International Planned Parenthood Federation (IPPF) expresó que el 22% de las adolescentes mujeres en América latina y el Caribe reportan que tienen relaciones sexuales antes de los 15 años, la tasa más alta a nivel mundial.²²

Un estudio en Caracas Venezuela 2012 “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” se incluyeron a adolescentes con conocimiento regular en 61.5% y buen nivel de conocimiento en 23.1%, en el inicio de vida sexual presentaban un 69.2% vida sexual activa y 44% han utilizado algún método anticonceptivo.³

En estudios consultados a nivel nacional relacionados con los objetivos de la investigación se encontró:

En 2015 se hizo un estudio en Rio San Juan titulado “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre los métodos anticonceptivos en adolescentes de 14 a 19 años atendidas en Morrito- Rio San Juan en Junio 2015” obteniéndose un conocimiento excelente en 22.2%, muy bueno en 40% y 33.3% Bueno; la actitud hacia uso de métodos anticonceptivos obtuvieron actitud favorable en 66.7%; en uso de métodos anticonceptivos en prácticas sexuales refirieron usar el 42.2% algún método en su primera relación sexual; los métodos

más utilizados en relaciones sexuales fueron un 31% píldoras y un 68.9% método inyectable; en la frecuencia de uso el 82.2% los usaban en todas sus relaciones sexuales.²⁷

Otro estudio realizado en Managua “Conducta sexual de riesgo en estudiantes adolescentes Colegio Público Miguel de Cervantes Managua septiembre y octubre 2015”. Que en uno de sus objetivos planteaban describir las prácticas sexuales en las adolescentes; El 45% de adolescentes refirieron no tener religión; en comportamiento sexual el 40.5% habían iniciado relaciones sexuales a temprana edad con una media entre 14-15 años; el 56% utilizó métodos anticonceptivos en primera relación sexual; el 44% usaban condón en relaciones sexuales y un 65% usaban métodos anticonceptivos, en 46% el más usado era método de anticoncepción de emergencia.¹¹

En el departamento de Juigalpa Chontales se aplicaron dos estudios el primero “Conocimiento, actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos de emergencia de adolescentes del Municipio de Juigalpa, Chontales Febrero 2011”. El 70% tenían nivel de conocimiento regular, el 60% consideran son métodos abortivos, 90% consideran se debe usar cuando se tiene relaciones y no se está planificando. Más del 85% de los adolescentes presentaron una actitud favorable, dijeron que no reciben información ni hablan con su pareja. Cerca del 40% de los entrevistados habían iniciado vida sexual activa, de ellos el 50% estaban utilizando algún método anticonceptivo de manera incorrecta.

El segundo estudio realizado en dicho departamento fue “Conocimientos actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos en adolescentes del turno matutino de secundaria del Colegio Nuestra Señora de la Asunción del municipio de Juigalpa-Chontales en el periodo comprendido del 1º agosto al 30 de noviembre 2011”, reveló que el 70.8% de los adolescentes tenían edades comprendidas entre los 15-19 años sexo femenino con un 65.6% con 96.6% eran solteros y católicos 64.4%. El 77.2% con nivel de conocimiento Bueno. Actitud favorable con un 81.3% y desfavorable 18.2%. Práctica 62% mala 22.2% regular y 15.9% buena.

Ese mismo año en Managua se aplicó un estudio parecido al anterior que se titula “Conocimientos actitudes y prácticas de métodos anticonceptivos en los adolescentes de secundaria del colegio del poder ciudadano Benjamín Zeledón del municipio de Managua en el periodo del 1º de septiembre al 30 de noviembre 2011”. El mayor porcentaje del sexo

femenino predominante religión católica. El nivel de conocimiento fue bueno con 77.8% con actitud favorable y práctica mala con 59.8%.

En la revisión que se realizó no se encontró ningún estudio que compara el conocimiento, actitud y practica sobre métodos anticonceptivos en adolescentes que son madres y adolescentes que no han estado embarazadas en Nicaragua.

JUSTIFICACIÓN

El tema de la anticoncepción es de importancia para nuestra sociedad, por ser la única manera de prevenir el embarazo no deseado y de planificar la vida de las familias; la práctica anticonceptiva en adolescentes con vida sexual activa es una de las metas que el Ministerio de Salud se ha planteado en el Modelo de Salud Familiar y Comunitario implementado desde el 2008, por el incremento en los últimos años de los embarazos en adolescentes.

La anticoncepción puede ser de uso temporal, a largo plazo, con beneficios de protección a enfermedades de transmisión sexual y para prevenir embarazos; estos últimos pueden crear un impacto en el desarrollo psico-social de la adolescente, aumentan el número de descensos escolares, gastos médicos, deterioro de la salud, aumento de población económicamente inactiva y tasa de natalidad; teniendo en cuenta los riesgos que corre un embarazo adolescente por no tener un organismo lo suficientemente maduro para engendrar, aportando así al aumento en la tasa de mortalidad materna.

El estudio surgió al ver en salas hospitalarias el alto número de adolescentes embarazadas las cuales presentaban algún nivel de educación; se maneja que el sistema educativo nacional tiene un plan de estudios en el cual se deberían impartir temas de salud sexual y reproductiva en la adolescencia y que el ministerio de salud tiene coordinación con el sistema educativo para apoyo en temas sobre la salud; por lo cual surgió la incógnita del por qué el alto número de embarazos en adolescentes; se decidió comparar conocimientos en los dos grupo de adolescentes, para determinar los conocimientos, actitudes y prácticas que poseen una nuligestas frente a los que posee una primigestas y si en el periodo de gestación y por el seguimiento del personal de salud en controles prenatales, las adolescentes adquirirían mejores conocimientos, actitudes y prácticas al uso de métodos anticonceptivos

El aporte del estudio es detectar cuáles son las áreas donde Ministerio de Educación y de Salud pueden intervenir para promover la educación sexual desde los centros escolares, apropiada a la etapa de la adolescencia (14-16 años y 17-19 años) también pretendemos del mismo crear bases para nuevas investigaciones en el área de salud sexual y reproductiva dirigidas a población adolescente enfocadas en la prevención de embarazos que pueden

generar cambios para modificar la problemática de la alta tasas de natalidad en adolescentes y las disminuciones de complicaciones obstétricas en estos grupos de edad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según UNFPA en 2014 el porcentaje de uso en Nicaragua de métodos anticonceptivos en adolescentes era 47.4%, el uso de condón en relaciones coitales era 4.4% y uso de métodos anticonceptivos modernos en 43%.⁴⁷, este bajo porcentaje de uso de anticonceptivos en adolescentes lleva a Nicaragua a ser uno de los países con más embarazos en toda América Latina después de Honduras, con tasa de 109 nacimientos por cada mil mujeres entre 15-19 años.³³

Según ENDESA 2011/2012 las mujeres en edad fértil a nivel nacional usaban en un 80% algún método anticonceptivo siendo los más utilizados los métodos hormonales, las inyecciones en 26% y los gestágenos orales en 11%. En Granada las mujeres usaban planificación en 84%, el 16% de las mujeres en unión con alguna pareja, no utilizan ningún método anticonceptivo. Además, en la misma encuesta se encontró que la mediana de edad para la primera relación sexual en este departamento era de 17 años y el nacimiento del primer hijo a los 18 años.¹⁶

Una de las consecuencias de la desinformación y las prácticas inapropiadas en el uso de métodos anticonceptivo es el embarazo no planificado. Según el Sistema Informativo perinatal del Hospital Amistad Japón Nicaragua, en el 2017 hubo un total de 2508 partos de esos 698 correspondía a adolescentes representando el 27% del total, donde 70% (492) era un embarazo no planificado. Esta situación es más alarmante ya que en el primer Semestre del 2018 se registraron 1435 partos, de esos 26.8% (385) son de adolescentes, 67% no era embarazo planificado.

Por los datos antes descritos se plantea lo siguiente pregunta de investigación:
¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos, de adolescentes nuligestas del Instituto Carmela Noguera y primigestas atendidas en el Hospital Amistad Japón – Nicaragua, Granada en periodo primero de marzo al primero de Abril 2017?

OBJETIVOS

Objetivo General

- Comparar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos en adolescentes nuligestas del Instituto Carmela Noguera y primigestas atendidas en Hospital Amistad Japón- Nicaragua, Granada, en periodo de primero de marzo a primero de abril del 2017.

Objetivos Específicos

- Enunciar las características sociodemográficas de las adolescentes participantes en el estudio.
- Describir los conocimientos que poseen las adolescentes en los dos grupos
- Identificar las actitudes de las adolescentes respecto el uso de los métodos anticonceptivos.
- Valorar las prácticas relacionadas con el uso de métodos anticonceptivos en los grupos de estudio

Capítulo II

MARCO TEÓRICO

Conocimiento

El conocimiento es definido por la Real Academia Española como “Acción o efecto de conocer” además como “Noción, saber o noticia elemental de algo”. El conocimiento es abstracto y en la historia se puede definir de muchas maneras y se encuentra relacionado con el entendimiento, inteligencia, razón natural y sabiduría. Por lo tanto, se podría decir que el conocimiento es parte del ser humano, sin embargo, algunas personas tienen más conocimientos en algunas áreas en comparación a otras; bien puede ser por la preparación académica o por el interés a cierto ámbito del saber.⁹

En esta investigación se abordará el conocimiento como la noción que tienen las adolescentes en el estudio respecto a los métodos anticonceptivos.

Actitud

Actitud es definido por la Real Academia española como “disposición de ánimo manifestada de algún modo”.⁹ Actualmente esta palabra es ampliamente utilizada en la sociedad. Y desde hace muchos años atrás ha sido tema de debate por los distintos usos de esta palabra.

En 1918 Thomas y Znanieckia firman definieron que la actitud es una tendencia a la acción, en cambio Sarnof en 1960 describe que actitud es una disposición a reaccionar de forma favorable o desfavorable. Unos cuantos años después Rokeach da un concepto más completo de actitud “es una organización, relativamente estable, de creencias acerca de un objeto o situación que predispone al sujeto para responder preferentemente en un determinado sentido”.

Práctica

Práctica es “Usar o ejercer algo continuamente” según la Real Academia Española; también se puede definir como uso o costumbre, manera que se tiene de hacer una cosa. Es importante señalar que la práctica está relacionada con los conocimientos.⁹

La práctica se puede decir en otras palabras que son las acciones que se realizan, al hacerlo se necesita tener conocimientos previos. Por lo que para realizar una práctica adecuada se necesitan conocimientos sólidos.

Salud sexual y Reproductiva

El abordaje sobre la adolescencia y la anticoncepción se ha planteado desde hace años y fue tema de apertura en la conferencia internacional de población que se desarrolló en el Cairo en 1994; se analiza por el hecho de que hasta ese momento no se había visto la necesidad de abordar a los jóvenes desde ese punto de vista, por lo que planteó la facilitación de educación y servicios a los adolescentes con la educación de la pareja y el respeto a la libre determinación de las mujeres, la aceptación de la responsabilidad sexual; con el objetivo de reducir el crecimiento demográfico; además que el embarazo a temprana edad se planteó como impedimento para mejorar condición educativa, económica y social de las mujeres.⁴⁶

La OMS define salud sexual como “estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia”.³⁶

En otras palabras, la salud sexual es algo que todo ser humano necesita y no consiste únicamente en relaciones coitales entre personas, sino que abarca toda la sexualidad del individuo. La Real Academia española define sexualidad “conjunto de condiciones anatómicas y fisiológicas que condicionan cada sexo”.⁹

La salud reproductiva va de la mano con la salud sexual, la OMS³⁶ refiere que esta aborda los mecanismos de la procreación y funcionamiento del aparato reproductor en todas las etapas de la vida. Por lo que todas las parejas deben tener el derecho a escoger un método de control de la fertilidad que más les convenga, el cual sea seguro asequible y accesible.

Es importante señalar que en muchos países la mujer se ve sumisa al hombre y en lugar de ser una decisión de pareja se convierte en una decisión del hombre; otras personas tienen poca información o una fuente no confiable respecto a métodos de planificación familiar, es por esto que la educación sexual y reproductiva es un pilar en desarrollo de un país.

La OMS abarca la salud sexual y reproductiva como un conjunto refiriendo que “es un estado general de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Además, la salud reproductiva comprende la libertad y capacidad

para disfrutar de una vida sexual satisfactoria, placentera y sin riesgos y de procrear con la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.³⁶

El nivel económico de un país se puede medir según el cumplimiento de las necesidades básicas; y la multiparidad, disminuye la capacidad de satisfacción de las necesidades básicas y de hacer algún ahorro o inversión para mejorar la situación económica de la familia, que incrementa el riesgo de muerte prematura por deterioro de la salud y la desnutrición, así como bajo rendimiento académico y deserción en la edad escolar.

El Ministerio de salud ha tratado implementar programas para la disminución de la tasa de natalidad en Nicaragua que fue 19.51% en 2016⁶ y fomentar la salud sexual y reproductiva; se ha implementado desde el 2008 el Modelo de salud de salud familiar y comunitario (MOS AFC) con el fin de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, centrado en las personas, la familia y la comunidad, este modelo considera de modo diferenciada la salud sexual y reproductiva de acuerdo a las edades de las personas desde niñez, adolescencia, adultos y adultos mayores. Aborda las etapas de la siguiente manera de 0-9 años, 10-19, 20-60 y 60 a más años. En los adolescentes se han hecho grupos de adolescentes guiados por personal de salud de la comunidad en donde se orienta la promoción del desarrollo humano, de valores y autoestima, del proyecto de vida; prevención de la violencia, postergar el inicio de vida sexual activa, prevenir ITS, VIH, todo se abarca en sesiones grupales donde los adolescentes pueden ser partícipes y aclarar dudas sobre el tema, esto hace que los jóvenes tengan mayor información y inicien a tener confianza para acercarse a un personal de salud capacitado en el área para su orientación.

Adolescencia

La adolescencia según la Organización mundial de la Salud (OMS), brinda una definición que unifica muchas definiciones; “periodo de crecimiento y desarrollo humano, que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 a 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importante en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios”.³⁵

La OMS además dice que “Los determinantes biológicos de la adolescencia son prácticamente universales; en cambio, la duración y las características propias de este periodo pueden variar a lo largo del tiempo, entre unas culturas y otras, y dependiendo de los contextos socioeconómicos.³⁷ En otras palabras, los cambios fisiológicos que se

producen en la adolescencia son los mismos sin embargo la parte psíquica de cada adolescente cambia a un ritmo distinto dependiendo de su entorno.

El periodo de la adolescencia es de mucha confusión generalmente, ya que este busca su identidad y reclama su independencia. Lo que conlleva muchas veces en procesos de mucho cuestionamiento de sí mismo como de los demás. El adolescente intenta comprender conceptos abstractos que antes desconocía o no eran de su interés al mismo tiempo explora su sexualidad.⁴⁸

“Se calcula que en el mundo hay 1.200 millones de jóvenes de entre 10 y 19 años de edad, la mayor generación de adolescentes de la historia. Más de cuatro quintas partes de ellos viven en países en desarrollo.”⁴⁸ Se considera que por tener una población principalmente joven se debe implementar en cada región un ambiente sano y que permita potenciar todas las áreas del adolescente; que desde esta etapa de su vida empieza adquirir muchas responsabilidades. Un adolescente que se desarrolla plenamente llegará a ser un adulto que contribuirá positivamente en la sociedad.

Etapas de la adolescencia

La pubertad es el despertar de una compleja maquinaria neuroendocrina que provoca maduración anatómica y funcional del eje hipotálamo-hipofisario-gonadal cuya finalidad es conseguir la capacidad de reproducción, alcanzar el tamaño adulto y vivir en la sociedad.⁵

En años anteriores se creía que cuando el niño tenía unos 6 años de edad este había desarrollado todas sus conexiones neuronales; sin embargo especialistas en neurociencia afirman que “estudios recientes muestran que el cerebro experimenta un ciclo continuo de crecimiento cada pocos años de edad; se produce una explosión de actividad eléctrica y fisiológica que reorganiza drásticamente miles y millones de redes neuronales que afectan a las aptitudes emocionales y a las habilidades físicas y mentales. La cantidad de materia gris en algunas zonas del cerebro puede casi doblarse en solo un año.”⁴⁸

Dicho de otras maneras la capacidad de raciocinio y aprendizaje aumenta drásticamente en los adolescentes, sin embargo, necesitan de la orientación de los adultos para desarrollarse plenamente. Un ambiente óptimo en la familia, así como en los centros de estudios favorece el desarrollo cognitivo de los mismos.

La adolescencia es un periodo algo extenso de muchos cambios; sin embargo, estos cambios se dan paulatinamente por lo que expertos la clasifican en dos etapas: temprana y tardía.

La adolescencia temprana comprende el periodo de 10-14 años de edad, por lo general en esta etapa se empiezan a notar los cambios físicos. “que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias”.⁴⁹ además se dan cambios en los comportamientos que pueden ser la mayor cercanía a personas de su mismo sexo, con los que pueden llegar a compartir la ansiedad que pueden llegar a producir estos cambios.

En la etapa temprana los cambios se producen más rápido en las niñas que en los niños, “unos 12 a 18 meses antes que en los varones se refleja en tendencias semejantes en el desarrollo del cerebro”.⁴⁸ El cerebro experimenta un súbito desarrollo eléctrico y fisiológico; también el lóbulo frontal del cerebro que es el responsable del razonamiento y la toma de decisiones empieza a desarrollarse.

La etapa tardía abarca de los 15-19 años, en este periodo generalmente ya se han producido la mayoría de los cambios físicos, sin embargo, el cuerpo continúa desarrollándose se vuelven más analíticos y reflexivos. Las opiniones que tienen los demás de ellos es muy importante en particular su grupo de amigos, esto llega a ser menos relevante en la medida en que el adolescente adquiere más confianza en sí mismo.⁴⁹

La adolescencia tardía es una etapa muy peligrosa para el adolescente, ya que pueden llegar a ser víctimas de manipulaciones y abusos producto de la confusión e inseguridad que muchos presentan. En particular el sexo femenino que en muchos países son víctimas de acosos y de matrimonios forzados, entre otras.⁴⁹

Otros autores clasifican la adolescencia en tres fases: temprana, media y tardía; con aceleraciones y desaceleraciones, que dependen de su subcultura, interacciones del entorno y de las relaciones de género. Cada etapa está centrada en distintas preocupaciones y características³⁸.

Adolescencia temprana (10-13años)

- Es un niño-adolescente que está alcanzando el pensamiento hipotético-deductivo.
- Utiliza como mecanismo de defensa habitual la racionalización.
- Todo lo discute con autoafirmación y de rebeldía.

- Buscan grupos sociales con los que se identifican.
- El crecimiento es acelerado y no se adapta al nuevo esquema corporal, y puede tener preocupaciones acerca de su proceso de maduración.
- Se enfrenta a los cambios propios de la pubertad, se debe adaptar a las presiones sexuales propias de la elevación de sus hormonas sexuales.
- Empiezan a sentir independencia y tienden a tomar propias decisiones acerca de ellos regulando su propia conducta.
- Frecuentes fantasías sexuales y autoerotismo.
- Hacen parte de grupos homogéneos, se enfrenta y comparte juegos que lo ayudan a la maduración heterosexual. Pueden aparecer conductas de tipo homosexual que no indican una orientación anormal.

Adolescencia Media (14-17 años)

- Periodo de rápido conocimiento cognitivo, emergen pensamientos operacionales formales.
- Empiezan a entender pensamientos abstractos y pueden cuestionar el juicio del adulto.
- Hay cambio del individuo egocéntrico al mundo sociocéntrico.
- Comienza a modular conducta impulsiva.
- Temor al rechazo.
- No hay identidad propia, etapa en la cual puede afirmar en su Yo y en su independencia creciente.
- Relaciones de pareja más formales y de enamoramiento y compromiso afectivo. Interés en la experimentación sexual.
- Sentimientos de omnipotencia, se sienten invulnerables, pueden presentar conductas de riesgo como anorexia, bulimia, obesidad, consumo de alcohol y tabaco son parte de ellas.
- Periodo de mayor acercamiento y participación con sus padres y de compartir sus valores.

Adolescencia Tardía (17-19 años)

- Periodo donde se establece identidad personal con relaciones íntimas y una función en la sociedad.

- Características sexuales secundarias definidas
- Consolidación de pensamiento abstracto.
- Consolidación de capacidad de intimar y establecer relaciones de parejas estables.
- Desarrollo de propia escala de valores
- Metas de vida y proyectos más reales.
- Aceptación de propia imagen corporal.

Sexualidad en la Adolescencia

La sexualidad es un aspecto fundamental de la condición humana, presente a lo largo de la vida y abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se vivencia y se expresa por medio de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, funciones y relaciones. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se vivencian o expresan siempre.²⁶

El interés de este tema es por los cambios hormonales que hay en la adolescencia, los cuales se muestran en aumento estimulando la maduración de órganos sexuales primarios y producen la aparición de caracteres sexuales secundarios, acentuando también las conductas masculina y femenina. Los impulsos sexuales se relacionan con el aumento brusco de la testosterona y los estrógenos, acentuando en esta etapa el deseo sexual.³¹

El desarrollo de estos cambios biológicos, propician el cambio de la imagen corporal y social hacia la adultez: la aparición de la menarquía acompañada con la nueva distribución de la grasa corporal (senos y glúteos) en las muchachas y la capacidad de eyaculación, el vello facial, la voz más grave y la amplitud de los hombros en los muchachos. Son elementos muy importantes para la esfera auto valorativa y en su desarrollo psicológico en general, siendo la inconformidad con su imagen uno de los conflictos que más les afecta.²⁶

En la producción hormonal que se desencadena en la pubertad, se libera la aparición de impulsos sexuales (la libido), los deseos y la necesidad de experiencias sexuales en ambos sexos, con mayor o menor vehemencia en cada individuo. Encontrando en la masturbación autosatisfacción. Permitida y mistificada para los muchachos; prohibida y sancionada para las muchachas. Se ha considerado que es importante y necesaria en ambos sexos para el desarrollo pleno y placentero de su sexualidad ya que da salida a los impulsos sexuales, es una vía de descarga de sus tensiones físicas y psicológicas acumuladas; aprenden a conocer

más profundamente las capacidades y zonas erógenas de su cuerpo y desarrolla la experiencia orgásmica en ambos sexos así como el control de la eyaculación en los varones.²⁶

El desarrollo de fantasías sexuales y sueños eróticos no vinculados a comportamientos patológicos; surgen espontánea y comúnmente en esta etapa de la vida como resultado de su desarrollo sexual. Así como el enamoramiento que es la primera expresión de atracción por el otro sexo, sin que necesariamente implique un deseo de intercambio carnal. Lo que lleva al establecimiento de las relaciones sexuales que se pueden producir por presión grupal, instintos, deseo, curiosidad, reafirmación, independencia, imitación de otros adolescentes, jóvenes o adultos.²⁶

Por lo tanto, si miramos la sexualidad desde una perspectiva amplia, esta define a las personas, forma parte de su desarrollo y expresión a lo largo de su ciclo vital; las decisiones que se toman marcan a los adolescentes toda su vida. Su vulneración afecta la salud y el bienestar, tiene directa relación con el cuidado y formación de las siguientes generaciones y tiene directa relación con la forma como nos relacionamos con otras personas. Por lo que educar en sexualidad implica hablar abiertamente de temas sensibles como la masturbación, la diversidad sexual y el placer, entre otros, que son fundamentales para el adolescente que no cuenta con la madurez necesaria para enfrentar cambios y entender el porqué de todos los acontecimientos lo que los hacen actuar impulsivamente sin prever consecuencias.⁴⁴

Educación integral de la sexualidad

Se define por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) que “es un proceso de enseñanza y aprendizaje basado en planes de estudios que versa sobre los aspectos cognitivos, psicológicos, físicos y sociales de la sexualidad. Su propósito es dotar a los niños y jóvenes de conocimientos basados en datos empíricos, habilidades, actitudes y valores que los empoderarán para disfrutar de salud, bienestar y dignidad; entablar relaciones sociales y sexuales basadas en el respeto; analizar cómo sus decisiones afectan su propio bienestar y el de otras personas; y comprender cómo proteger sus derechos a lo largo de su vida y velar por ellos.”⁴⁵

Los jóvenes reciben información confusa y contradictoria sobre las relaciones y el sexo a medida que hacen la transición de la niñez a la edad adulta. Ello ha conducido a un

aumento de la demanda por parte de los jóvenes de información confiable que los prepare para llevar una vida segura, productiva y satisfactoria. La educación integral en sexualidad responde a esta demanda, empoderando a los jóvenes para que tomen decisiones fundamentadas en lo que respecta a las relaciones y la sexualidad, ayudándolos a desenvolverse en un mundo donde la violencia y las desigualdades basadas en el género, los embarazos precoces y no deseados, y el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) continúan planteando graves riesgos para su salud y bienestar.⁴⁴

Existen pruebas significativas del impacto de la educación en sexualidad sobre el comportamiento sexual y la salud como:⁴⁵

- Aumenta el conocimiento de los jóvenes y una mejora de su actitud en lo que respecta a la salud y los comportamientos sexuales y reproductivos.
- No aumenta la actividad sexual, el comportamiento sexual de riesgo o los índices de ITS y VIH.
- Se ha demostrado que los programas que promueven únicamente la abstinencia no tienen ningún efecto en el retraso de la iniciación sexual ni en la reducción de la frecuencia de las relaciones sexuales o el número de parejas sexuales, mientras que los programas que combinan el retraso de la actividad sexual con el uso de preservativos u otros métodos anticonceptivos resultan eficaces.
- Los programas centrados en el género tienen una eficacia considerablemente superior a la de los programas que no integran consideraciones de género a la hora de alcanzar resultados en materia de salud como la reducción de los índices de embarazo no deseados o de ITS.
- La educación en sexualidad logra mejores resultados cuando los programas escolares se complementan con la participación de padres y docentes, de los institutos pedagógicos y los servicios de salud pensados para los jóvenes.

Realidad de la educación sexual en adolescencia.

La salud y los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos. También están vinculados al desarrollo económico, la salud y la sostenibilidad.

Las desigualdades persistentes se agravan por el estigma y los mitos sobre el Virus de inmunodeficiencia Humana, el aborto y el sexo, que hacen que las poblaciones clave sean más alienadas y la necesidad de los derechos sexuales sea más pertinente. El uso de la anticoncepción y acceso a esta es transformador para las mujeres y las comunidades. Está vinculado a una mayor igualdad de género, logro educativo e incluso desarrollo económico. Cada dólar invertido en salud sexual y reproductiva y necesidades insatisfechas de planificación familiar tiene el potencial de ahorrar en Estados Unidos \$ 120 en otras áreas.²⁵

En 2011 en el Día Mundial de la Anticoncepción (apoyada por la IPPF), cuestionaron 5.426 jóvenes de 15 a 19 años de 29 países alrededor del mundo. En muchos países, la proporción de adolescentes que tienen relaciones sexuales sin protección con una nueva pareja está aumentando abruptamente - en algunos casos en un 111% en sólo dos años. Apenas el 50% de los encuestados en Europa informan recibir educación sexual, en comparación con un promedio global de alrededor del 75%. No es sorprendente que abunden los mitos sobre los métodos de sexo seguro (abstinencia, sexo durante la menstruación e incluso duchas después del coito).

Las razones para no descubrir o usar la anticoncepción son una letanía familiar: la vergüenza, la falta de conocimiento, la falta de acceso a los suministros y servicios, y el temor de que los padres se enteren. Y en algunos casos, los adolescentes simplemente consideran la anticoncepción como poco “Genial”.

La realidad es que entre el 30% y el 50% de los encuestados conocen a un amigo íntimo o familiar que ha tenido un embarazo no deseado.¹⁹

La sexualidad forma parte de todo el ciclo vital, y en la adolescencia juegan factores como el propio desarrollo puberal, la aceptación de la imagen el desarrollo de la personalidad, el aprendizaje de las relaciones sexuales y el establecer un sistema propio de valores sexuales, todo mientras están sometidos a la presión ejercida por grupos iguales. En la actualidad, estudios parecen coincidir en que la actividad sexual en jóvenes se tiende a

igualar, dándose un androgenización del comportamiento donde explican que las chicas se aproximan más al estereotipo de comportamiento sexual masculino, particularmente en contextos socioeconómicos y educativos igualitarios.¹¹

En revista Médica chilena⁶sobre abordaje de la sexualidad en adolescentes expresan que el uso de protección en relaciones sexuales en Estados Unidos, del 34% de los estudiantes sexualmente activos, el 59.1% informó que ellos o su pareja usó un preservativo durante la última relación sexual y su uso disminuye de 1° a 4° Medio, pasando de 63 a 58%. En Chile, en la población que tiene entre 15 y 29 años, el uso de algún tipo método anticonceptivo en la última relación ha ido en aumento; de 2009 a 2012 subió de 74 a 87.5%. Sin embargo, en los adolescentes de 13 a 15 años, sólo el 51.2% usó condón en su última relación.⁷

En un Estudio por la Universidad de Oviedo, España, se obtuvieron resultados sobre uso de métodos anticonceptivos el más usado en relaciones coitales fue el preservativo en un 68.5%, empleando el doble método (preservativo más anticoncepción hormonal) son un 7.7%. La anticoncepción hormonal solo fue usada en un 4% de las encuestadas; 10% no usaban anticoncepción y en 3.6% métodos naturales.¹²

Se describe que en países como Bolivia (uno de los países con una prevalencia de uso de anticoncepción más baja) la proporción de mujeres en edad fértil que utiliza anticoncepción ha aumentado del 30,3% en 1989 al 45,3% en 1994 y al 48,3% en 1998; y en Nicaragua del 49% en 1993 al 60,3% en 1998. En el otro extremo del espectro (países con frecuencias de uso elevadas), Colombia muestra un aumento del 72% en 1995 al 77% en 2000, y en México se observa una tendencia ascendente sin interrupciones: del 63,1% en 1992 al 66,5% en 1996 y al 70,8% en 2000.²⁹

En estudio del 2007 en Lima, Perú sobre Conocimientos de sexualidad, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar, en adolescentes de instituciones educativas nacionales del distrito del Agustino. El grado de Conocimiento sobre sexualidad de los adolescentes, fue: 27.5% bueno, 50% malo y 15.5% muy malo. El inicio de la vida sexual activa de los adolescentes fue de 17.9%; siendo la edad promedio de inicio a los 14.5 años de edad; de los cuales el 83% han tenido relaciones sexuales de riesgo sin protección de "condón" mientras un 82.1% que aún no inician su vida sexual.⁴²

La primera relación sexual cada vez ocurre en estadios de la vida más tempranos y mientras más precoz ocurre el primer coito, mayor es el número de parejas sexuales que tienen esas personas y por lo tanto los riesgos se multiplican embarazos y enfermedades de transmisión sexual. Las estadísticas muestran que el inicio de la actividad sexual (AS) ocurre alrededor de los 16 años, con un creciente índice de embarazos en adolescentes y la presencia de Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en personas jóvenes. El embarazo no planeado en esta etapa de la vida, se asocia con el inicio temprano de relaciones sexuales y el uso inconsistente de métodos anticonceptivos, incluyendo el condón.

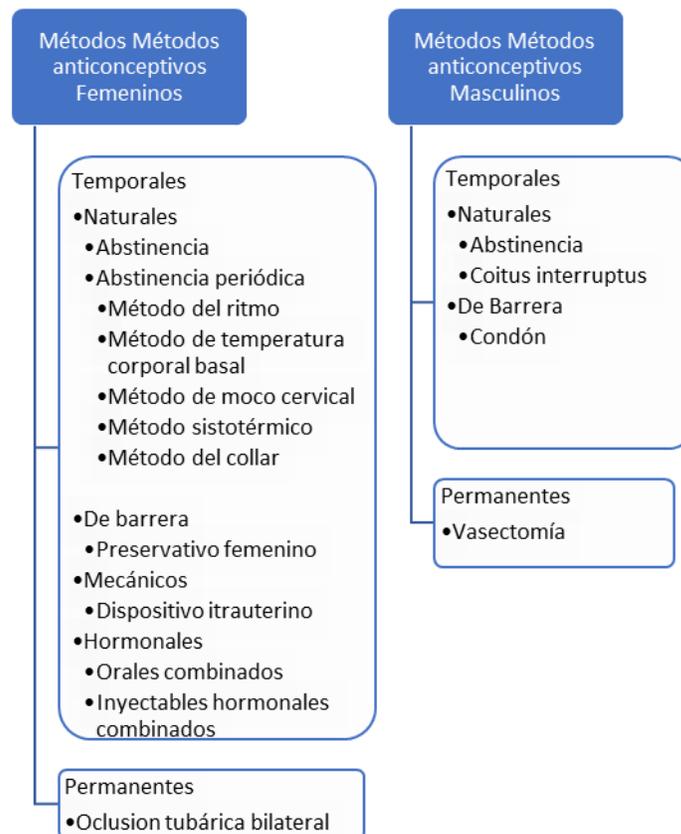
En Chile, la Sexta Encuesta Nacional de la Juventud de 2009 que incluyó 7570 encuestados) mostró que la edad promedio de inicio de la actividad sexual es a los 16.4 años en hombres y 17.1 años en mujeres, siendo la edad de inicio algo menor en los niveles socioeconómicos más bajos del país. La mitad de los adolescentes entre 15 y 19 años, declaró haber iniciado actividad sexual y un 14.6% de los adolescentes y jóvenes encuestados se inició antes de los 15 años. En el grupo total evaluado, de 15 a 29 años, el 83% declaró haber iniciado actividad sexual antes de los 20 años. Con respecto a la utilización de métodos de prevención de embarazo, el 58.3% de los adolescentes entre 15 a 19 años declaró haber usado algún método en la primera relación sexual, siendo el condón el más usado. Al preguntar por el uso de protección en la última relación sexual, un 68% respondió positivamente, siendo los métodos más utilizados el condón (65%) y las pastillas anticonceptivas (33%).⁸

En otro estudio de conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano. En cuanto a los métodos de planificación familiar 66,5 % de los adolescentes expresaron conocerlos. El 76,5 % de los adolescentes consideran importante el uso de métodos de planificación familiar y 14 % expresan no saber la importancia de los mismos. Las píldoras, las inyecciones anticonceptivas y el condón son los métodos más conocidos por los encuestados en un 9,2 %. El 19 % de adolescentes usan o han usado algún método de planificación familiar, de estos 69,7 % son hombres y el 30,2 % son mujeres. Siendo el condón el mecanismo de protección más utilizado.³⁹

Métodos Anticonceptivos

Nicaragua cuenta con un amplio programa de planificación familiar el cual tiene sus bases en la Normativa -002 “Norma y protocolo de planificación familiar” 2015, el acceso gratuito a consejería y a obtención de estos métodos favorece a pacientes que recurran en busca de información, que sean aclaradas sus dudas y que elijan el método anticonceptivo más adecuado en cada caso; además se trabaja en hospitales y centros de salud para que cada paciente con vida sexual activa tenga un método de planificación.

Los métodos anticonceptivos con los que se cuentan en el país están representados en el siguiente cuadro:³⁰



Métodos Mecánicos

Dispositivos Intrauterinos (DIU)

El dispositivo intrauterino (DIU) de cobre es un pequeño armazón de plástico flexible rodeado de mangas o alambres de cobre es un reversible, seguro y efectivo es introducido en la cavidad uterina e impiden el embarazo mediante una combinación de mecanismos.

Uno de los métodos más eficaces y perdurables menos de 1 embarazo por 100 mujeres que utilizan un DIU en el correr del primer año (6 a 8 por 1000 mujeres).

Más de 10 años de uso del DIU: Aproximadamente 2 embarazos por 100 mujeres. Ha demostrado ser muy eficaz durante 12 años y es inmediatamente reversible.⁵⁰

Los estudios han encontrado que el TCU-380A funciona durante 12 años. Sin embargo, la etiqueta del TCU-380A establece un uso máximo de 10 años. El retorno de la fertilidad tras la extracción del DIU es sin demora, y no tiene protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS).⁵⁰

Mecanismo de Acción del DIU T de Cu:

Al liberar cobre actúa interfiriendo el proceso reproductivo antes de que ocurra la fertilización.

- Afecta la capacidad de migración de los espermatozoides de pasar a través de la cavidad uterina inmovilizándolos o destruyéndolos.
- Altera el moco cervical, espesándolo, disminuyendo de esta forma la movilización y la capacidad de penetración de los espermatozoides, este mecanismo es más intenso por los cambios que provoca en la cantidad y viscosidad del moco cervical en el caso de DIU con levonorgestrel.
- Aumenta la fagocitosis en la cavidad uterina.³⁰

Efectos colaterales

- Dolor post inserción.
- Leve: es normal.
- Severo: puede indicar una complicación (por ejemplo, una perforación).
- Dismenorrea: si persiste y es muy intensa se debe retirar el DIU.
- Flujo vaginal: En forma de exudado se considera normal.
- El spotting o sangrado leve inter menstrual: es normal durante los 3 a 6 meses de uso del DIU de cobre, disminuye con el tiempo

El uso de DIU es seguro y adecuado para casi todas las mujeres:

Casi todas las mujeres pueden utilizar el DIU de manera segura y eficaz según,⁴⁹ incluidas las mujeres que:

- Hayan tenido hijos o no
- No estén casadas
- Tengan cualquier edad, incluso las adolescentes y mujeres de más de 40 años
- Hayan tenido recientemente un aborto o una pérdida de embarazo (si no hay evidencia de infección)
- Estén amamantando
- Realicen trabajo físico intenso
- Hayan tenido un embarazo ectópico
- Hayan tenido enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)
- Presenten infecciones vaginales
- Tengan anemia
- Estén infectadas con VIH o estén en terapia antirretroviral y evolucionando bien.

Hormonales

Métodos hormonales orales combinados.³⁰

Eficacia: Su eficacia es alrededor del 97 al 99% cuando se utilizan en forma correcta y consistente. Esta efectividad en la población general, puede disminuir hasta un 92% por el uso incorrecto de la toma de la píldora, la tasa de falla es de 0.2 a 1 embarazo en cada 100 mujeres por año de uso.

Lineamientos específicos para su prescripción

- En el primer ciclo de uso, deben iniciarse preferentemente dentro de los 5 primeros días del ciclo menstrual.
- En amenorrea puede comenzar a tomarse los métodos anticonceptivos orales combinados en cualquier momento, siempre y cuando esté segura del embarazo. Deberá abstenerse de mantener relaciones sexuales o utilizar alguna protección anticonceptiva adicional hasta el siguiente ciclo.

- En lactancia, después de 3 semanas si no está lactando.
- En amenorrea por lactancia y han pasado ya más de 6 meses post- parto, puede utilizar los métodos anticonceptivos hormonales combinados orales.
- Después de 6 meses del post- parto y con presencia de ciclos menstruales, puede utilizar métodos anticonceptivos hormonales combinados orales.
- En post- aborto iniciar en los primeros 7 días post- legrado o post-aborto

Beneficios	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> • Eficacia inmediata al iniciarse dentro de los primeros siete días del ciclo. • Flujos menstruales menos profusos y menos dolorosos • Puede mejorar la anemia • Protegen contra el cáncer de ovario y del endometrio. • Disminuye la enfermedad benigna de la mama. • Previene el embarazo ectópico. • Disminuye el riesgo de enfermedad pélvica inflamatoria. 	<ul style="list-style-type: none"> • No se pueden utilizar durante la lactancia • Se requiere administración periódica de píldoras y estricta ingestión diaria. • No protege contra infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA • Alteración del metabolismo de los lípidos, según dosis. • Alteración del mecanismo de la coagulación provocado principalmente por el estrógeno.

Efectos Adversos

Candidiasis vaginal, dismenorrea, mastodinia, galactorrea.

- Náuseas, vómitos, mareos, cefalea.
- Leve ganancia de peso por retención hídrica que producen los estrógenos o por anabolismo que producen los progestágenos.
- Turgencia mamarias y sensibilidad de las mismas (mastalgia y mastodinia) por la retención de líquidos en las mamas.
- Retraso menstrual o amenorrea.
- Sangrado intermenstrual (spooting) o hipomenorrea, amenorrea.

- Trastornos psiquiátricos: cambios en el estado de ánimo, depresión, irritabilidad, cambios de la libido.
- Trastornos cutáneos: Cambios en la piel (cloasma, melasma, telangectasia, exantema, neurodermatitis, eritema nudoso, multiforme, eritema nodoso, eccema, foto sensibilidad, acné, seborrea).
- Pérdida del cabello o alopecia, Hirsutismo, hipertrichosis.
- Colestasis.
- Disminución del volumen y contenido de proteínas de la leche materna.
- Ectopia y ectropión del cérvix que producen aumento del flujo menstrual y mayor riesgo de cervicitis.
- Aumento de tamaño de miomas.
- Alergia a los esteroides.
- Retención de líquidos.
- Disminución de la gamma globulina circulante.
- Se reduce la tolerancia a la glucosa y en un 3% presentan hiperglicemia.

*Métodos hormonales inyectables intramusculares hormonales combinados*³⁰

Eficacia: La eficacia es mayor al 99%, se reporta tasa de fallo de un embarazo por cada 333 mujeres que lo usan durante un año.

- Tal como se utilizan comúnmente, se producen cerca de 3 embarazos por cada 100 mujeres que utilizan inyectables mensuales durante el primer año.
- Cuando la mujer recibe las inyecciones en fecha, se produce menos de 1 embarazo en cada 100 mujeres que utilizan inyectables mensuales durante el primer año (5 por 10.000 mujeres).

Retorno de la fertilidad tras la interrupción de las inyecciones: En promedio, aproximadamente 1 mes más que con la mayoría de los otros métodos.⁵⁰

Mecanismo de acción: Actúan inhibiendo la ovulación y espesando el moco cervical, lo vuelve inadecuado para la penetración de los espermatozoides.

La primera aplicación debe hacerse

- Durante el primer día de inicio de la menstruación para la mesigyna intramuscular en región glútea.

- En amenorrea: Puede recibir la primera inyección en cualquier momento, siempre y cuando este razonablemente segura de que no está embarazada.

En post parto y post cesárea después de 3 semanas si no está lactando.

- En lactancia: En posparto o post cesárea: Después de 3 semanas si no está lactando.
- Si está lactando y tiene más de 6 meses y se encuentra en amenorrea, puede aplicarse la inyección y manejarse como en amenorrea.
- Si presenta ciclos menstruales y han pasado más de 6 meses post parto o post cesárea, puede recibir la primera inyección tal como se aconseja para otras mujeres con ciclos menstruales.

En post aborto: Iniciar en los primeros 7 días post legrado o post aborto.

Beneficios	Efectos Adversos	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> • Pueden mejorar la anemia • Disminuyen la cantidad y duración del sangrado durante el período menstrual • Pocos efectos colaterales • Protegen contra el cáncer ovárico y del endometrio. • Disminuyen la enfermedad benigna de la mama. • Carecen de efectos masculinizantes aún en su uso prolongado. • Rápido retorno de la fertilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • La amenorrea no es frecuente • La mayoría de las usuarias tienen un patrón normal de sangrado menstrual • Cefalea. • Náuseas. • Vómitos. • Mareo • Mastalgia • Incremento de peso corporal. 	<ul style="list-style-type: none"> • No se puede usar durante la lactancia. • Puede haber aumento de peso. • Se debe administrar una inyección intramuscular. • No protege contra infecciones de transmisión sexual. • Una vez administrado no se puede discontinuar hasta que pase el efecto de la dosis administrada.

Hormonales inyectables intramusculares sólo con progestágenos de depósito trimestrales³⁰

Este anticonceptivo inyectable contiene una sustancia esteroidea de progestágenos sola, que administrada por vía intramuscular evita el embarazo durante tres o dos meses, con gran efectividad de depósito, son reversibles y de uso privado.

Mecanismo de acción: Actúa a nivel del moco cervical, endometrio y trompas de Falopio.

Eficacia: Tal como se utilizan comúnmente, se producen aproximadamente 3 embarazos en cada 100 mujeres que utilizan inyectables de progestágeno solo durante el primer año.

Cuando la mujer recibe sus inyecciones a tiempo, se produce menos de 1 embarazo en cada 100 mujeres que utilizan inyectables de progestágeno solo durante el primer año (3 por cada 1000 mujeres).

Recuperación de la fertilidad tras la interrupción de las inyecciones: En promedio, luego de recibir AMPD y NET-EN, la mujer demora unos 4 meses más y un mes más, respectivamente, que con la mayoría de los otros métodos.⁵⁰

Lineamientos para su prescripción: La primera aplicación debe hacerse en cualquiera de los primeros siete días del inicio del período menstrual o en cualquier momento si hay seguridad razonable de que no está embarazada.

- En Amenorrea: Puede recibir la primera inyección en cualquier momento si está razonablemente segura de que no está embarazada.
- En el posparto o post cesárea
- Si está lactando, aplicarla después de 6 semanas posteriores al nacimiento.
- Si no está lactando, a los 7 días del nacimiento o de inmediato.
- Si está utilizando el método de lactancia amenorrea (MELA) y desea cambio de método, después de seis meses de lactancia.
- Puede recibir la primera inyección en cualquier momento.

En el post aborto

- De inmediato o dentro de los primeros 7 días.
- De preferencia utilizar este método sólo durante la lactancia.

Administraciones subsiguientes:

Las aplicaciones subsiguientes deben hacerse para la DMPA cada tres meses, independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual.

La nueva inyección se puede administrar hasta dos semanas antes o después de la fecha prevista para el DMPA.

Inyección tardía: Si tiene más de 2 semanas de atraso para la administración de la nueva inyección de DMPA, podrá recibir la inyección si está razonablemente segura de que no está embarazada.

Beneficios	Efectos Adversos	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> • No contiene estrógenos • Ofrece privacidad a la usuaria, porque no necesita suministros en el hogar. • Disminuye cólico, dolor menstrual y el dolor ovulatorio. • Disminuye flujo menstrual. • Mejora la anemia. • Se puede utilizar durante la lactancia ya establecida. • Si se usa durante el embarazo no sospechado ni diagnosticado, hay estudios que confirma que no causa malformaciones congénitas. • Reduce riesgo de embarazo ectópico. • Reduce riesgo de cáncer endometrial. 	<ul style="list-style-type: none"> • El uso prolongado puede causar una reducción de la densidad ósea. • Hay ciclos menstruales irregulares con mayor frecuencia en el primer año de uso. • Hay disminución leve de las lipoproteínas de alta densidad y los hidratos de carbono. • Otros: cefalea, mastalgia, aumento de peso moderado, depresión, disminución del libido, mareos, reacción alérgica ocasional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Puede dar hipomenorrea o amenorrea, y en raros casos sangrado excesivo. • Aumento de peso, más o menos 4 libras durante el primer año de uso. • Después de la última aplicación la fertilidad retorna en 2-6 meses. • Existe riesgo de transmisión de infecciones por vía directa.

Implantes Hormonales Subdérmicos³⁰

Son pequeños cilindros de plástico especial, que liberan prostágeno parecido a la progesterona natural producida por el organismo de la mujer. Implante se inserta como una inyección subcutánea. Para el implante de dos cilindros, se realiza un procedimiento de cirugía mínima.

Tipos de implantes:

- Los de 1 cilindro: eficaz durante 3 años.
- Los de 2 cilindros: eficaz durante 5 años.

Mecanismo de acción

- Espesamiento del moco cervical
- Distorsión del ciclo menstrual, impide la ovulación.

Eficacia anticonceptiva: Probabilidad de embarazo durante el uso de implantes es menor del 1%

- En los 3 años de uso el implante de 1 cilindro: Menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres.
- En los 5 años de uso del implante de 2 cilindros: Alrededor de 1 embarazo por cada 100 mujeres

Efectos Secundarios	Beneficios	Riesgos para la salud
Alteraciones de los patrones de sangrado: <ul style="list-style-type: none"> • Los primeros meses: sangrado leve y menos días de sangrado, sangrado irregular, sangrado infrecuente, no hay menstruación. Dolor abdominal Acné Cambios de peso	Ayuda a proteger contra: <ul style="list-style-type: none"> • Embarazo no deseado • Enfermedad pélvica inflamatoria sintomática • Ayuda a aliviar la dismenorrea Puede ayudar a proteger contra anemia ferropénica	Ninguno

Sensibilidad en los pechos		
Mareos		
Cambios de humor		
Náuseas		

[Píldoras Anticonceptivas de Emergencia \(PAE\)³⁰](#)

Contienen prostágeno solo, o una combinación de éste y estrógeno, como las hormonas naturales: progesterona y estrógeno presentes en el organismo de la mujer.

Mecanismo de acción: Funcionan impidiendo la ovulación. No son eficaces si la mujer ya se encuentra embarazada o si ya ovuló.

Tipos de PAE disponibles:

- Levonogestrel 1.5mg: dosis única, conocida como PPMS
- Prostágeno de Levonogestrel: Tabletas 75microgramos.
- Dosis 2 tabletas en dosis única tan pronto como sea posible después de la relación sexual, preferible antes de 12 horas.

Métodos anticonceptivos orales:

- Dosis de 8 tabletas en dosis única y si la usuaria no tolera esta dosis, entonces administrar 4 tabletas cada 12 horas por 2 dosis.
- Eficacia anticonceptiva: 8 de 100 mujeres que tengan relaciones durante la segunda o tercera semana del ciclo menstrual quedaran embarazadas 1 de 100 mujeres si utiliza PAE de prostágeno solo puede quedar embarazada.
- 2 de 100 mujeres si utiliza PAE de estrógeno pueden quedar embarazadas.

Métodos permanentes

Oclusión tubárica bilateral (OTB)³⁰

Es un método anticonceptivo, quirúrgico, para suprimir en forma permanente la capacidad reproductiva de la mujer, es un método muy eficaz, que consiste en la oclusión bilateral de las trompas de Falopio con el fin de evitar que el óvulo y el espermatozoide puedan unirse, impidiendo así la fecundación.

Eficacia: Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%. La tasa de falla es muy baja, un embarazo por cada 200 mujeres operadas en el primer año de uso, la tasa acumulativa es de 0.9 embarazos por 100 mujeres a 10 años.

Duración de la protección anticonceptiva: Este método anticonceptivo es de acción permanente, la usuaria debe estar plenamente consciente de esta característica antes de la realización del procedimiento quirúrgico.

Métodos de Barrera

Condomes Masculinos³⁰

Son fundas o forros que se adaptan a la forma del pene erecto.

Mecanismo de acción: Funcionan formando una barrera que impide que los espermatozoides entren en la vagina, evitando así el embarazo no deseado. También impiden que las infecciones en el semen o en la vagina infecten a la pareja.

Eficacia anticonceptiva: La probabilidad de embarazo no deseado es del 15% durante el primer año de uso. Con el uso ideal el embarazo no deseado es del 2%.

Protección de ITS y VIH: Reducen significativamente el riesgo de infectarse con VIH.

Evitan entre el 80% y el 95% de la transmisión del VIH que hubiera ocurrido sin ellos.

Principios básicos sobre uso de métodos anticonceptivos en Adolescentes

La Mortalidad y morbilidad maternas en adolescentes representa un problema importante de salud pública a nivel mundial, en América latina y en Nicaragua. Según INIDE 2013 el porcentaje de 15-19 años que alguna vez ha estado embarazada es de 24.4%.¹⁷ El embarazo y la muerte materna en adolescentes, es alrededor de 25% del total en Nicaragua. Las adolescentes entre 15 y 19 años tienen el doble de probabilidades de morir durante el embarazo o el parto en comparación en mayores de 20 años.³⁰ Las adolescentes

tienen mayor probabilidad de padecer de anemia y más riesgos de tener lactantes con peso bajo, trabajo de parto prematura y una tasa más alta de mortalidad infantil.¹⁰

El perfil de uso de métodos anticonceptivos en adolescentes es de índole biopsicosocial, relacionado con las fases del desarrollo de la adolescencia y con el entorno psico-social. Respecto a las elecciones son las que puede prevenir las principales consecuencias de la actividad sexual no protegida. Es importante comprender 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.³²

La OMS ha propuesto directrices para la Prevención del Embarazo Precoz y los Resultados Reproductivos adversos en adolescentes de los países en desarrollo, donde se tienen que poner en práctica intervenciones que mejoren la capacidad de los adolescentes para resistirse al sexo bajo coacción y que les permita obtener apoyo si sufren relaciones sexuales bajo coacción:

- Aumentando su autoestima.
- Desarrollando sus habilidades para la vida en áreas como la comunicación y negociación.
- Mejorando vínculos con redes sociales y su capacidad para obtener apoyo social.

Los adolescentes según el programa de la OMS también pueden consultar a un proveedor de salud, sobre MAC y recibir consejería sobre otros temas de importancia; el proveedor debe tratar de explorar la capacidad del adolescente para entender la información, sopesar los riesgos y beneficios. El objetivo no es alentar al joven a tener relaciones sexuales sino a hacerlo responsable de su salud.³⁰

OMS plantea criterios de elegibilidad directrices para que se utilicen en personas individualmente, para generar recomendaciones específicas propias a cada circunstancia. Es importante aplicar estos criterios a la población adolescente y en general ya que nos ayudan a tener un mejor abordaje en la consulta diría y disminuir tasas de embarazo. Las adolescentes tienen una tasa del embarazo involuntario en un 85% y las que no utilizan anticonceptivo en primer encuentro tienen la doble probabilidad de embarazarse en esta etapa de su vida,¹

Criterios de Elegibilidad planteados por la OMS son los siguientes:³⁰

Categoría 1: Situación para la que no existen restricciones al uso de método anticonceptivo.

Categoría 2: Situación en la que, en general, las ventajas de utilizar el método superan a los riesgos teóricos o demostrados.

Categoría 3: Situación en la que, en general, los riesgos teóricos o demostrados superan a las ventajas de utilizar el método.

Categoría 4: Situación en la que el uso de método anticonceptivo en cuestión constituye un riesgo inaceptable para la salud.

El uso de métodos anticonceptivos recomendados en la adolescencia debe ir con la consejería previa y esta debe hacerse desde un doble aspecto preventivo que incluya la prevención del embarazo no planificados y prevención de infecciones de transmisión sexual; hay que tener en cuenta que los métodos anticonceptivos usados deben de ser reversibles, adecuado para su actividad sexual, de fácil uso y tomar en cuenta el grado de maduración biológica del adolescente.

La escogencia del método debe ir orientado a:

- Postergar el Inicio de la actividad sexual.
- Espaciar el intervalo intergenésico
- Prevenir embarazos
- Evitar Infecciones de Transmisión sexual, VIH-Sida

En la adolescencia se deberá recomendar el uso de métodos de barrera en todas las relaciones coitales, sobre todo si son esporádicas o con diferentes parejas. Para escoger un método hay que basarse en las siguientes características del/la adolescente:

- Vida Sexual activa, esporádica o frecuente
- Cambios frecuentes de pareja sexual o varias parejas sexuales simultaneas
- Fertilidad no probada
- Paridad

Según la Normativa 002, sobre grupos especiales para uso de métodos anticonceptivos en adolescentes la Categoría 1 están:³⁰

- Métodos anticonceptivos orales combinados.
- Inyecciones mensuales.
- Parche combinado y anillo vaginal combinado.
- Implantes
- Píldoras de prostágeno solo.

En categoría 2 incluye:

- Inyectables de prostágeno solo.
- Dispositivo intrauterino de cobre
- Dispositivo intrauterino de levonogestrel

Los métodos anticonceptivos son seguros para la adolescencia y hay que tener en cuenta que la población adolescente solteros en comparación con personas mayores, puede tener más parejas sexuales y por lo tanto estas expuestos a un mayor de riesgo a contraer infecciones de transmisión sexual, la edad en si no es límite para seleccionar anticonceptivo por lo cual se debe brindar información clara, resaltando los beneficios del uso de ellos en la etapa adolescente.³⁰

Capítulo III

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de Estudio:

Estudio descriptivo de corte transversal con enfoque Mixto con prevalencia CUANTI-cualitativo

Área de Estudio:

El estudio se realizó a estudiantes del Colegio Público Carmela Noguera ubicado en la ciudad de Granada, que cuenta con un número total de 32 profesores que imparten las modalidades básicas de educación regidas por el MINED, atiende turno matutino y vespertino impartiendo educación primaria y secundaria.

También se realizó el estudio en Hospital Amistad Japón-Nicaragua ubicado en carretera que atiende a la población del departamento de Granada y que según INIDE 2012 cuenta con población de 200,991 habitantes. El hospital cuenta con una Emergencia y atiende las especialidades de Medicina Interna, cirugía, Gineco-obstetricia, cirugía plástica, neurocirugía oftalmología, endocrinología, cirugía pediátrica, fisioterapia y maxilofacial; con un total de 499 trabajadores en el área de Gineco-obstetricia hay 12 Gineco-obstetras y 2 médicos generales además de los internos que laboran en el área y personal de enfermería.

Universo:

Total de pacientes primigestas entre 14-19 años ingresadas en Hospital Amistad Japón – Nicaragua; para el año 2016 los informes de ingresos reportan un promedio de 320 (Trescientos veinte) pacientes por mes al área de obstetricia. Se realizó una estimación de las pacientes ya que el hospital no contaba con registro de la cantidad de adolescentes ingresadas.

En el Instituto Carmela Noguera el universo corresponde a todas las adolescentes entre 14-19, que corresponde 155 (Ciento cincuenta y cinco) adolescentes según matrícula escolar año 2017.

Muestra:

La muestra para las adolescentes primigestas se obtuvo de las pacientes ingresadas en sala de ARO, Puerperio y Cesárea de Hospital Amistad Japón – Nicaragua entre edades de 14-19 años en el periodo de estudio que conforma un total de 52 adolescentes. En el caso de la muestra de adolescentes nuligestas del Instituto Carmela Noguera entre 14-19 años, fue el total del universo antes descrito.

La selección de muestra fue no probabilística por conveniencia de las investigadoras; por lo cual se logró hacer encuesta a 52 primigestas entre 14-19 años y 105 nuligestas entre esas mismas edades, estudiantes quienes llevaron el consentimiento firmado por tutor y aceptaron participar en la encuesta; además de 10 estudiantes que habían desertado el año lectivo 2017.

Crterios de Inclusión y exclusión

Crterios de Inclusión

Adolescentes Primigestas

- Adolescentes que aceptaron participar en el estudio.
- Adolescentes ingresadas en sala de ARO, Puerperio y Cesárea.
- Adolescentes primigestas se incluyen desde el embarazo hasta puerperio tardío.
- Puérperas que tenían neonatos ingresados

Adolescentes Nuligestas

- Adolescentes del sexo femenino que aceptaron participar en el estudio.
- Adolescentes de diferentes niveles de escolaridad del Instituto Carmela Noguera según la etapa de adolescencia.

Criterios de Exclusión

Adolescentes Primigestas

- Adolescente que no desea participar.
- Factores y enfermedades que no permitan a la paciente tener juicio propio.
- Adolescente con complicación en el puerperio

Adolescentes Nuligestas

- Adolescente que no desea participar.
- Estudiantes que no tengan firmado el consentimiento informado de los padres/madres.

Variables

- Objetivo 1. Enunciar las características socio-demográficas de las adolescentes participantes en el estudio.
 - Edad
 - Religión
 - Estado civil

- Objetivo 2. Describir los conocimientos que poseen las adolescentes en los dos grupos
 - Conocimientos generales de los tipos de métodos anticonceptivos
 - Uso de los métodos anticonceptivos
 - Reacciones adversas de los métodos anticonceptivos
 - Accesibilidad a métodos anticonceptivos

- Objetivo 3. Identificar las actitudes de las adolescentes respecto el uso de los métodos anticonceptivos.
 - Actitud de las estudiantes con respecto al uso de métodos anticonceptivos
- Objetivo 4. Valorar las prácticas relacionadas con el uso de métodos anticonceptivos en los grupos de estudio.
 - Asistencia a charlas de métodos anticonceptivos
 - Tiempo transcurrido de la última charla recibida
 - Inicio de vida sexual activa
 - Tipo de anticonceptivo usado en primera relación sexual
 - Métodos anticonceptivos usados actualmente

Operacionalización de Variables

- Objetivo N° 1 Enunciar las características socio-demográficas de las adolescentes participantes en el estudio.

Variable	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Escala de medición
Edad	Periodo de tiempo, dado en años que tiene la adolescente en el momento de la encuesta		Años cumplidos	<ul style="list-style-type: none"> • 14-16 años • 17-19 años
Religión	Conjunto de creencias, mitos o dogmas que se tributan a la divinidad		Práctica religiosa aceptada por la persona	<ul style="list-style-type: none"> • Católica • Evangélica • Testigo de Jehová • Otros
Estado civil	Condición en la que se encuentra o no una persona física en relación con otra.		Estado conyugal de la persona	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Tiene una relación • Casada • Unión de hecho

- Objetivo N° 2 Describir los conocimientos que poseen las adolescentes en los dos grupos

Variable	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Escala de medición
Conocimientos generales sobre métodos anticonceptivos	Información adquirida sobre anticonceptivos hasta año actual ya sea por medio de charlas, colegio, internet u otro medio	Generalidades de los Métodos anticonceptivos	<ul style="list-style-type: none"> - Objetivo de anticonceptivo es evitar embarazo. - Métodos anticonceptivos protegen contra infecciones de transmisión sexual. - Planificar con métodos naturales es seguro. - Condón es el método que protege contra infecciones de transmisión sexual. - Existen métodos anticonceptivos Hormonales. -La ligadura tubárica es método permanente. - Concepto de la vasectomía 	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • No Estoy Segura

Variable	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Escala de medición
Conocimientos generales sobre métodos anticonceptivos	Información adquirida sobre anticonceptivos hasta año actual ya sea por medio de charlas, colegio, internet u otro medio	Uso de los Métodos anticonceptivos	<ul style="list-style-type: none"> - Periodo de utilidad del DIU. Uso de Gestágenos Orales. - Edad de uso de inyecciones Hormonales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • No estoy segura
		Reacciones Adversas de los métodos anticonceptivos	<ul style="list-style-type: none"> - Reacciones adversas de gestágenos orales. - Reacciones adversas de inyecciones hormonales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • No estoy segura
		Accesibilidad a métodos anticonceptivos	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilidad de métodos anticonceptivos en centros de salud. - Accesibilidad de los adolescentes a los métodos anticonceptivos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • No estoy segura

- Objetivo N° 3 Identificar las actitudes de las adolescentes respecto el uso de los métodos anticonceptivos.

Variable	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Escala de medición
Actitud respecto a uso de métodos anticonceptivos	Disposición de la adolescente en poner en práctica en su vida el uso de métodos anticonceptivos influido por creencias, nivel académico y cultura en la que se desenvuelve.		Posición ante las diferentes afirmaciones sobre métodos anticonceptivos.	<ul style="list-style-type: none"> • Totalmente de Acuerdo • De acuerdo • Ni de acuerdo, ni en desacuerdo • En Desacuerdo • Totalmente en Desacuerdo

- Objetivo N° 4. Valorar las prácticas relacionadas con el uso de métodos anticonceptivos en los grupos de estudio.

Variable	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Escala de medición
Asistencia a charlas de métodos anticonceptivos	Encuentros de orientación por un personal de salud para el uso adecuado de métodos anticonceptivos		Participación en charlas	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Tiempo transcurrido en última charla recibida	Periodo en semanas, meses, años que han pasado desde la última orientación sobre anticoncepción		Periodo transcurrido	<ul style="list-style-type: none"> • Hace un mes • De 2-6 meses • Hace un año • Más de un año
Inicio de vida sexual activa	Edad en años que la adolescente empezó a tener actividad sexual		Edad inicio de vida sexual activa	<ul style="list-style-type: none"> • No tengo vida sexual activa. • 10-13 años • 14-16 años • 17-19 años

<p>Tipo de anticonceptivo usado en la primera relación sexual</p>	<p>Método anticonceptivo de protección empleado en el primer encuentro sexual íntimo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Naturales • Hormonales • Barrera 	<p>Uso anticonceptivo en primera relación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No aplico • Condón • Método del calendario • Pastillas de 21 o 28 días • Pastillas del día siguiente • Inyecciones • Ninguno
<p>Método anticonceptivo usado actualmente</p>	<p>Anticoncepción que utiliza la adolescente actualmente en relaciones sexuales coitales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Naturales • Hormonales • Mecánicos • Barrera 	<p>Tipo de anticonceptivo utilizado actualmente</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Condón • Método del calendario • Pastilla de 21 o 28 días • Pastilla del día siguiente • Inyección • DIU • Uno de los 5 anteriores + Condón • Ninguno

Técnica y procedimiento de recolección de la información

Se elaboró un instrumento de recolección que consta de cuatro acápite que abarca primero datos generales de las participantes, en segundo lugar, los conocimientos sobre métodos anticonceptivos preguntando conceptos generales, sus usos y sobre reacciones adversas, la tercera parte está orientada a identificar las actitudes sobre el uso de métodos anticonceptivos y la cuarta valora las prácticas hacia el uso de métodos anticonceptivos.

Luego se procedió a la validación, se aplicó una prueba piloto a un número de 30 adolescentes femeninas entre 14-19 años de otro centro educativo. Se incluyeron los aportes de este grupo de adolescentes en el instrumento.

Para conseguir datos de adolescentes nuligestas se acudió a centro educativo y se accedió a diferentes grados donde se encontraban adolescentes que cumplieran con nuestros criterios de inclusión se les entregó un consentimiento informado y se les pidió que el día siguiente fuera devuelto con autorización de tutores. Una vez entregado el consentimiento informado, se accedió al aula de clases abarcando dos secciones por día, se separó a las adolescentes y se les presentó el fin de la investigación, se procedió a la lectura del cuestionario previamente elaborado, se dieron las encuestas a las adolescentes para su auto llenado y se dio el acompañamiento por parte de las investigadoras en dudas que presentarán las participantes.

En el caso de las adolescentes primigestas se acudió al centro hospitalario y se accedió a sala de Gineco-Obstetricia con previa autorización del director del centro, se buscaron a las participantes en salas de ginecología, alto riesgo obstétrico, puerperio y cesarí donde se aplicaron encuestas a pacientes que cumplieron con criterios de inclusión.

El llenado de encuesta se llevó a cabo por el periodo de un mes en el centro hospitalario y en el centro estudiantil.

También para obtención de datos cualitativos se realizaron grupos focales eligiendo a diez adolescentes nuligestas y primigestas reuniéndolas en el Centro educativo y en el hospital respectivamente, elegidas al azar. Con el objetivo de hacerles preguntas pre-elaboradas de manera que las adolescentes participaron con sus respuestas y se tomaron anotaciones de las mismas que nos sirvieran para complementar los resultados cuantitativos y tener un enfoque integral en la investigación

Procesamiento y análisis de la información

En el instrumento de recolección de datos, las preguntas de conocimientos acerca de los métodos anticonceptivos se elaboró con preguntas que tenía una puntuación total de 100 puntos, donde las respuestas correctas, contestadas en casillas “SI” tenían valor de 5; las incorrectas contestadas con “No” y con las de casilla marcadas de “no estoy segura” tuvieron puntaje de 0 puntos, la suma dio la interpretación siguiente:

14 preguntas correctas = 70 puntos – conocimiento adecuado

10 – 13 preguntas correctas = 50 – 65 puntos – conocimiento regular

≤ 9 preguntas correctas = ≤45 puntos – conocimiento deficiente

Para valoración de actitudes en las adolescentes se utilizó el modelo de Likert donde la medición fue la siguiente:

Totalmente de acuerdo = 1 punto

De acuerdo = 2 puntos

Ni acuerdo ni desacuerdo = 3 puntos

No de acuerdo = 4 puntos

Totalmente en desacuerdo = 5 puntos

La puntuación obtenida entre 44 - 55 puntos se determinó como una actitud favorable y puntuaciones menores de 44 puntos se tomaron como actitud desfavorable.

En valoración de prácticas sobre el uso de métodos anticonceptivos se formularon 5 preguntas, estas fueron evaluadas individualmente, en la cual se enfatizó si las adolescentes utilizaban o habían utilizado algún método anticonceptivo o si lo utilizarían en una relación.

Una vez recolectada la información, se procesó la información ingresándola manualmente en base de datos elaborada en programa Statistical Package for the Social (SSPS), posteriormente el análisis descriptivo de los datos se realizó por frecuencias y porcentajes por técnica antes descrita, y se presentan en cuadros y gráficos según características de las variables.

Para análisis de información de grupos focales se tomaron anotaciones manuales de las opiniones de las participantes y se incluyeron como parte de la discusión de resultados para interpretación más completa de los resultados.

Plan de tabulación y análisis

Información se expondrá en tablas y gráficos que harán representación de:

- Factores socio - demográficos
- Conocimientos generales, usos y reacciones adversas sobre métodos anticonceptivos
- Actitudes que poseen las adolescentes sobre el uso de métodos anticonceptivos.
- Práctica en el uso de métodos anticonceptivos por parte de las adolescentes

En las tablas de contingencia se compararon los resultados entre grupo de primigestas versus nuligestas:

- Factores sociodemográficos versus nivel de conocimiento.
- Nivel de conocimiento en nuligestas versus nivel de conocimiento en primigestas.
- Edad versus actitud en adolescentes.
- Nivel de conocimiento versus actitud en adolescentes.
- Nivel de actitud en nuligestas versus nivel de actitud en primigestas.
- Edad versus prácticas sexuales en adolescentes.
- Nivel de actitud versus nivel de práctica.
- Nivel de práctica en nuligestas versus nivel de práctica en primigestas.
- Conocimientos, actitudes y prácticas de las adolescentes

Consideraciones éticas

En la investigación se tomaron en cuenta las normas éticas internacionales, en este caso las elaboradas por el Consejo de organizaciones internacionales de las ciencias médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización mundial de la Salud. Las mismas se denominan Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud en seres humanos; su primera versión fue en 1982; que se han modificado con los años.

El presente estudio se aplicó la cuarta versión de las pautas éticas, que cuentan con 24 pautas. A continuación, se mencionan las que se tomaron en cuenta para la realización del estudio:

- Valor social y científico, respeto de los derechos.
- Personas que tienen capacidad de dar consentimiento informado.
- Modificaciones y dispensas del consentimiento informado.
- Recolección, almacenamiento y uso de datos en una investigación relacionada con la salud.
- Investigación con niños y adolescentes.
- Las mujeres como participantes en una investigación.
- Las mujeres durante el embarazo y en la lactancia como participantes en una investigación.
- Uso de datos obtenidos en línea y de herramientas digitales relacionadas con la salud.

De acuerdo a los principios establecidos en la norma internacional de la declaración de Helsinki y en la resolución 008430 del 4 octubre de 1994 debido a que esta investigación se consideró en categoría sin riesgo, en tanto que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales del individuo participante, en cumplimiento con los aspectos mencionados con el artículo 6 de la presente resolución, este estudio se desarrollará conforme los siguientes criterios:

- Se contó con consentimiento informado y autorizado por tutor para asegurar que su participación fue voluntaria y que estuvo consciente y aclaradas todas las interrogantes surgidas por la investigación.

- Se respetó el criterio y la dignidad de la participante, y se dio protección a su identidad siendo anónima, para asegurar su bienestar de su integridad física, mental y personal.
- La información obtenida se resguardó por las investigadoras, la cual respetaron el carácter confidencial de la misma siendo expuesta solo a personas participantes del estudio que tengan derecho a conocerla.

RESULTADOS

Se estudió un total de 207 adolescentes entre edades de 14-19 años por medio del llenado de encuestas descartando un total de 50 encuestas debido a que no fueron completadas totalmente por los/as participantes, analizando solamente 157. De estas, 105 eran adolescentes nuligestas y 52 adolescentes primigestas.

Objetivo N° 1

Enunciar las características socio-demográficas de las adolescentes participantes en el estudio.

En cuanto a las características sociodemográficas del grupo de estudio se observó que en las nuligestas la edad predominante fue de 14-16 años con un 84% y de 17-19 años con 16%; en cambio en las primigestas la edad más frecuente fue de 17-19 años con 83% y el 17% de 14 a 16 años. (Gráfico 1)

En referencia a la religión, las adolescentes nuligestas 76% de ellas expresaron que profesaban la religión católica, seguida de evangélica con 16%, otros con 7% por último testigos de Jehová con 1%. En cambio, en las primigestas la mayoría dijo ser evangélica protestantes con 48%, seguido de católica con 29%, otros 21% y en menor número testigos de Jehová con 2%. (Gráfico 2)

El estado civil de las adolescentes en estudio, en el caso de las nuligestas predominó soltera con 68%, después, refieren que tienen una relación el 31%, unión de hecho con 1% y por último casada con 0%. Por el contrario, en las primigestas el estado civil que prevaleció fue unión de hecho con 56%, seguido de casada y soltera con 15%, por último, tienen una relación el 13%. (Gráfico 3)

Objetivo N° 2

Describir los conocimientos que poseen las adolescentes sobre métodos anticonceptivos

Se valoró el conocimiento encontrándose que de las adolescentes nuligestas el 18 % tienen un nivel de conocimiento adecuado sobre métodos anticonceptivos. De este porcentaje, la mayoría oscilaba entre las edades de 14-16 años con 14% y entre 17-19 años 4%. El nivel de conocimiento fue regular en un 47%, de este porcentaje, un 37% correspondía a las edades de 14-16 años y un 10% a las edades de 17-19 años. Por último,

el nivel de conocimiento fue deficiente con un 35 % y de este el 32% pertenece a la edad de 14-16 años y el 3% a la edad de 17-19 años. (Gráfico 4 y 5)

En el caso del nivel de conocimiento de las primigestas fue adecuado con un 31% y de estos un 27% pertenecía a la edad de 17-19 años y el 4% a la edad de 14-16 años. El conocimiento fue regular con un 54%, de estos la mayoría pertenecía a la edad de 17-19 años con 44% y de 14-16 años con el 10%. El conocimiento deficiente fue el de menos porcentaje con 15% de estos la edad de 17-19 años con de este 12% y 4% de 14-16 años. (Gráfico 4 y 5)

Entre los conocimientos más adecuados en nuligestas se destacaron el reconocimiento de los métodos anticonceptivos para evitar el embarazo en 93% y uso de métodos anticonceptivos hormonales en pastilla en 73%. Entre los conocimientos más adecuados en primigestas el 88% consideraban que a su edad podían usar métodos anticonceptivos, el 94% tenía conocimiento de que eran los inyectables hormonales y meses de aplicación, en ambos grupos reconocieron que centro de salud proporcionaba métodos anticonceptivos gratuitos presentando 89% en nuligestas y 96% de primigestas. (Gráfico 6 y 7)

En los conocimientos más deficientes en nuligestas el 38% consideraban que a su edad no podía usar métodos anticonceptivos, 67% no sabían que después de terminar sobre la pastilla tendrían que iniciar otro sobre, 72% no conocían la duración de periodo útil del dispositivo intrauterino. (Gráfico 8) En Primigestas los conocimientos más deficientes 65% no manejan usos del dispositivo intrauterino, 39% no manejan criterio de edad para iniciar inyecciones hormonales. (Gráfico 9)

El conocimiento con el estado civil se valoró que las nuligestas solteras tienen conocimiento regular en 35% y deficiente en 24% y solo 9% posee conocimiento adecuado. El segundo grupo de que tenían una relación el 11% poseían conocimiento regular y el mismo porcentaje deficiente y el 9% conocimiento adecuado. (Gráfico 10)

Al comparar en primigestas la variable nivel de conocimiento con estado civil, respecto a las participantes con un conocimiento deficiente el 12% tenían una unión de hecho y el 4% del conocimiento deficiente refirieron estar casadas. En cuanto al conocimiento regular el 29% se encontraban en unión de hecho, 6% estaban casadas, 10% tenían una relación y el 10% estaban solteras. De las participantes se encontraban con un conocimiento adecuado

el 15% y estaban en unión de hecho, el 6% estaban casadas y el mismo número se encontraban solteras y solo el 4% tenían una relación. (Gráfico 11)

Objetivo N° 3

Identificar las actitudes de las adolescentes respecto el uso de los métodos anticonceptivos.

Se valoró la actitud de primigestas versus nuligestas, identificándose en la población adolescente, que un 11% mostró una actitud favorable al uso de anticonceptivo y un 89% desfavorable; por grupo de primigestas el 67% presentaron actitud favorable y 33% actitud desfavorable. (Gráfico 12)

En las actitudes más favorables en nuligestas 32% piensa que usar métodos anticonceptivos no es abortar, el 35% piensa que usar métodos anticonceptivos no es pecado, 42% piensa que el hombre no tiene que decidir que anticonceptivo debe usar la mujer; en primigestas las actitudes favorables encontradas el 84% piensa que el hombre no debe de decidir que método debe utilizar y que una pareja puede hablar con qué planificarán en la relación, 79% considera que puede cambiar un método por otro si el último no le conviene. (Gráficos 13 y 14)

En las actitudes más desfavorables en nuligestas opinan el 51% que las adolescentes no deben utilizar métodos anticonceptivos, el 63% considera que no es adecuado cambiar un anticonceptivo por otro, el 67% cree que los métodos anticonceptivos no la protegen de un embarazo no deseado y de una infección de transmisión sexual. En las Primigestas el 23% piensa que usar métodos anticonceptivos es abortar, el 56% consideran que no ayudan a la pareja a decidir cuantos hijos tener, el 17% refiere tener miedo de no tener hijos en un futuro por usar métodos anticonceptivos. (Gráficos 15 y 16)

El (Gráfico 17) se evalúa el nivel de conocimiento respecto a la actitud con los siguientes resultados. Las adolescentes nuligestas del 89% de actitud desfavorable el 43% posee conocimiento regular seguido de un nivel de conocimiento deficiente con 30% y 16% adecuado; las adolescentes con actitud favorable presentan la mayoría conocimiento deficiente en 6% y regular en 4%.

Anteriormente se describe que nivel de conocimiento adecuado en primigestas es de 31%, de estas todas presentaban una actitud desfavorable. Un 54% de las adolescentes presentaban conocimiento regular representando todas ellas una actitud favorable al uso de métodos anticonceptivos y menor proporción el 15% de las primigestas presentaron

conocimiento deficiente sobre métodos anticonceptivos, de éstas 12% tenían una actitud favorable y un 4% una actitud desfavorable. (Gráfico 17)

Con respecto a asistencia a consejería en adolescentes nuligestas se observa que el 47% de ellas han tenido alguna vez charla sobre anticoncepción y un 53% no han tenido asistencia a consejería. Con respecto a las primigestas expresan que en un 48% han acudido a consejería y en un 52% no ha asistido a esas. (Gráfico 18)

Objetivo N° 4

Valorar la práctica relacionadas con el uso de métodos anticonceptivos en los grupos de estudio.

En cuanto a la edad de inicio de vida sexual en primigestas predominó la edad 14-16 años en un 60%, seguida de 17-19 años con un 33% y 8% sostuvieron su primera relación entre 10-13 años. (Gráfico 19) Con respecto a las nuligestas se encontró un inicio de vida sexual en un 9%; de las jóvenes el 78% inició vida sexual entre 14-16 años y un 22% entre 17-19 años. (Gráfico 20 y 21).

De las nuligestas con vida sexual activa refieren un 44% uso como método de planificación el Condón en su primera relación sexual seguido de 33% que usó anticonceptivo de emergencia y un 22% hizo uso de algún método anticonceptivo. (Gráfico 22)

Se indagó acerca del uso de métodos anticonceptivos en la primera relación sexual en primigestas encontrándose que un 42% usaron algún método anticonceptivo y un 48% no lo hizo; los métodos más usados las inyecciones en 19%, seguido de condón en 15% y de gestágenos orales en un 12% y por último la anticoncepción de emergencia en un 6% (Gráfico 23)

En las adolescentes nuligestas que tiene vida sexual activa se puede observar que en relaciones subsecuentes los métodos más utilizados son las inyecciones hormonales con 33% de uso; el condón y las pastillas del día siguiente ambos con 22% de uso y un 22% de ellas refiere no usar ningún método de anticoncepción. (Gráfico # 24)

Con respecto al uso de métodos anticonceptivos en relaciones sexuales y la actitud presentada por las adolescentes se observó que todas las adolescentes nuligestas que tenían vida sexual activa presentaban una actitud desfavorable al uso de métodos anticonceptivos (Gráfico 25). En Primigestas el 52% que usaron anticoncepción en relaciones sexuales el

31% presentaba actitud favorable al uso de métodos anticonceptivos y el 21% desfavorable y del 48% que no usó métodos anticonceptivos en primera relación el 35% presentaba actitud favorable de su uso a pesar de que no lo utilizaron. (Gráfico 26)

En la información recolectada cuando se hicieron los grupos de adolescentes en las instituciones correspondientes con participación voluntaria los grupos focales, constituidos de 10 participantes, se aplicó técnica de mesa redonda y se le orientó que el tema a discutir eran los conocimientos generales sobre métodos anticonceptivos y se le iba a hacer una serie de preguntas que podrían responder de manera voluntaria,

Preguntas aplicadas en mesa redonda de adolescentes nuligestas

1. ¿Qué es un método anticonceptivo?
— “La respuesta unánime fue que son utensilios, medicamentos, instrumentos, fármacos para prevenir el embarazo”
2. ¿Qué utilidad tienen los métodos anticonceptivos?
— “Previenen el embarazo”, “Previenen enfermedades de transmisión sexual y el VIH”. “Evitan el embarazo a temprana edad”, “No siempre son útiles, no funcionan porque muchas veces causan daño a la persona.”, “También tienen utilidad en los casos de violaciones, por ejemplo, en una niña de 13- 14 años, es un embarazo no deseado; por lo tanto, le va ayudar en ese momento para seguir con su vida.”
3. ¿Qué métodos anticonceptivos conocen?
— “Pastillas”, “Condomes”, “PPMS”, “T de cobre”, “Dispositivo intradérmico”, “Inyecciones de mes y de tres meses”
4. ¿Consideran que los métodos anticonceptivos ayudan a la pareja a tener una relación sana?
— “Si les ayuda porque por ejemplo si la pareja es infiel, y una de ellas está infectada, al usar el anticonceptivo va a evitar que le pase la infección.”, “Una intervención expresó que no porque a veces las parejas usan métodos anticonceptivos y de todos modos salen embarazada la mujer. A veces si es menor de edad salen embarazadas.”, “A veces no se sabe si esa persona es apta para usar el anticonceptivo porque no sabemos si le puede crear una enfermedad si su cuerpo no lo puede aceptar, porque hay personas que son alérgicas y no sabemos si están vencidos, o también el condón no es tan resistente.”
5. ¿Además de prevenir el embarazo que reacciones puede tener el uso de métodos anticonceptivos?

— “Muchas veces pueden ayudar en enfermedades lo recomiendan para el tratamiento de ovarios poliquísticos en el caso de las pastillas mensuales.”, “Las pastillas del día siguiente dan náuseas, mareos, diarrea, sangrado temporal o muy abundante y puede crear alteraciones en el ciclo menstrual.”, “Las inyecciones generalmente aumentan de peso.”, “La T de cobre se encarna.”

6. ¿Creen que los adolescentes tienen conocimientos amplios sobre métodos anticonceptivos?

— “En general, la respuesta fue contradictoria porque una parte refería que en tiempos actuales hay muchas fuentes de información que se puede acudir a consultar internet.”

— “Otras adolescentes referían que no saben mucho de métodos anticonceptivos porque en sus casas abordan esos temas, recurren por información a vecinos, puesto que su familia muchas veces lo miran como tabú o pecado y otra es la causa de que las adolescentes salen embarazadas porque no poseen información adecuada. Y si saben de métodos anticonceptivos puede ser por lo que métodos anticonceptivos no le funcionaron o en su cuerpo, que es ingenua, quería salir embarazada o mantener a su pareja saliendo embarazada.”

7. ¿Cómo consideran que los jóvenes pueden llegar a tener interés en el uso de los métodos anticonceptivos?

“Consideran que los adolescentes siempre están disponibles a que les hablen sobre anticoncepción.”,

8. ¿Por qué cree que muchos jóvenes no usan métodos anticonceptivos en sus relaciones sexuales?

— “Porque muchas veces se sienten confiados.”, “Generalmente a los hombres no les gustan.”, “Cuando una pareja tiene una relación muchas veces el hombre expresa que si usan métodos anticonceptivos es porque no les tienen confianza.”, “La mayoría veces del no uso de métodos anticonceptivos es por el hombre.”, “En las iglesias que acuden a veces se los prohíben o lo consideran pecado”

9. ¿Considera que en su educación escolar es adecuada y suficiente la información que le dan sobre métodos anticonceptivos?

— “Consideraron que no, casi nunca les dan información porque en el colegio se enfocan más en la parte de clases básicas, matemática, química, español que enseñarnos sobre estos temas que son más controversiales.”

10. ¿Cómo creen que puede llegarse a prevenir los embarazos en la etapa adolescente?

— “En primer lugar, expresaron que la mejor manera es no tener relaciones sexuales y que si la pareja quiere mantenerlas que lo ideal es que busquen como planificar, sin embargo, es mejor que se informe sobre el uso de métodos anticonceptivos porque la información que buscamos es de personas cercanas a nosotras y muchas veces no es de gran ayuda.”

Preguntas y respuestas a grupos focales de adolescentes primigestas, el número de participantes fueron 5 adolescentes.

1. ¿Qué es un método anticonceptivo?

“Son medicamentos que ayudan a evitar que salgamos embarazadas y algunos protegen de infecciones.”

2. ¿Qué utilidad tienen los métodos anticonceptivos?

“Evitar embarazos y algunas infecciones”

3. ¿Qué métodos anticonceptivos conocen?

“Pastilla del día siguiente”, “Inyecciones de mes”, “Inyecciones de tres meses”, “T de cobre”, “Pastillas”, “Condón”.

4. ¿Consideran que los métodos anticonceptivos ayudan a la pareja a tener una relación sana?

“Sí, porque nos ayuda a decidir cuándo tener hijos y se previenen algunas enfermedades con el condón.”, “No porque muchas veces puede crear discusiones en la pareja ya que muchas veces si se usa condón puede ser incómodo.”

5. ¿Además de prevenir el embarazo que reacciones puede tener el uso de métodos anticonceptivos?

“Cuando usas pastillas pueden dar mareos.”, “Las inyecciones te hacen subir de peso.”, “Los condones dicen que pueden dar alergia.”, “La T de cobre duele.”

6. ¿Creen que los adolescentes tienen conocimientos amplios sobre métodos anticonceptivos?

“No en muchas ocasiones, no sabemos lo suficiente.”. “En la familia no podemos preguntar porque nuestras madres se enojarían.”, “No, porque no sabemos el uso adecuado de estos y si se usan mal pueden pasar que la mujer quede embarazada.”

7. ¿Cómo consideran que los jóvenes pueden llegar a tener interés en el uso de los métodos anticonceptivos?

“Antes de salir embarazada no me interesaban muchos los métodos, ahora si me quiero cuidar.”, “Sería bueno que nos hablaran un poco más de los métodos en los colegios.”

8. ¿Por qué cree que muchos jóvenes no usan métodos anticonceptivos en sus relaciones sexuales?

“Porque nos da pena.”, “Porque nos da miedo y no sabemos cómo usarlos.”, “Porque mi pareja dijo que no pasaba nada la primera vez.”, “Porque supuestamente si el hombre no descarga dentro de la mujer no sale embarazada.”, “Porque muchas veces no funcionan las pastillas o inyecciones y también otras veces el condón se rompe.”

9. ¿Considera que en su educación escolar es adecuada y suficiente la información que le dan sobre métodos anticonceptivos?

“No, nos dan muy poco solo los mencionan y no explican cómo usarlos.”, “Es importante que si los adolescentes quieren tener relaciones acudan a centro de salud para orientación sobre que anticonceptivo deben usar.”, “Sería bueno que en los colegios haya clases sobre orientación sexual que ayuden a proteger a los adolescentes a tener embarazos no deseados.”

10. ¿Cómo creen que puede llegarse a prevenir los embarazos en la etapa adolescente?

“Que nos den más charlas en las escuelas sobre métodos de planificación.”, “Que reúnan también a padres de adolescentes para informarles sobre métodos para que nos enseñen a nosotros.”, “Que haya orientaciones a padres sobre cuidado de adolescentes y cuál es la manera de encaminar a sus hijos, y buscar la manera que establezcan relaciones más cercanas con sus hijas.”

DISCUSIÓN Y ANÁLISIS

Se analizaron 152 encuestas que fueron respondidas por: 105 nuligestas (66.8%) y 52 primigestas (33.1%); en los rangos de edades de 14-16años (60.5%) y de 17-19años (39.4%). Se observó según los grupos de edad que las edades de las nuligestas y primigestas varían, encontrándose que entre primigestas se encontró un mayor porcentaje de adolescentes entre 17-19 años de edad, mientras que en las nuligestas el mayor porcentaje de edad oscilan entre 14-16años, lo que coincide con las edades de adolescentes escolarizados que cursan la secundaria. (Gráfico 1)

La religión es un agente primario de socialización en adolescentes, y la actividad sexual es una esfera del comportamiento humano de alta importancia en su aplicabilidad religiosa; ¹³ esto se pudo corroborar en los grupos focales ya que algunos consideraron que muchas veces las iglesias le prohíben usar métodos anticonceptivos, ya que es pecado porque lo consideran como un aborto. También la mayoría de la población estudiada pertenece a una religión; católica en nuligestas un 76% y primigestas en un 29%, evangélicas en 16% las nuligestas y en 46% primigestas, en menor proporción testigos de Jehová y otras religiones (Gráfico 2). Se observó la mayoría de las primigestas, pertenecen a la religión evangélica. Sin, embargo en algunos estudios internacionales se observa que no hay diferencia estadísticamente significativa entre uso de métodos anticonceptivos entre jóvenes practicantes de alguna religión de aquellos que pertenecen a ninguna. Asimismo, no se pierde de vista que aquellos que se definen sin religión tienen más riesgo de presentar más de una pareja sexual de aquellos que practican alguna religión. Estudios refieren que las religiones influyen en los comportamientos sexuales de sus feligreses, y pueden retardar el inicio de la actividad sexual, así como reducir la actividad sexual de estos sin embargo en nuestro estudio se observó que todas las participantes primigestas pertenecían a alguna religión por lo cual no se relaciona con conclusiones de estudios mencionados.^{13,14}

El embarazo adolescente puede traer múltiples consecuencias sobre el estado civil de las madres adolescentes, debido que esto puede influir para forzar la unión de dos personas que no están íntimamente vinculadas afectivamente, lo cual es un inicio de conflictos, rechazos, y recriminaciones que más adelante terminan en separación del vínculo familiar. En el estudio (Gráfico 3) se observa que la población primigestas presenta en su mayor porcentaje unión estable en 56% y en nuligestas se observó que la mayor proporción en

68% se encuentra soltera, lo cual al comparar en otros estudios se encontró que la mayoría de madres adolescentes eran el 93.3% solteras antes de quedar embarazadas y en 54% presentaban algún tipo de unión al terminar el embarazo que es similar a lo encontrado en este estudio que un 87% de las primigestas tiene algún tipo de relación; sin embargo estudios han observado que las madres adolescentes muestran mayor porcentaje de divorcios por lo cual lo convierte en factor de inestabilidad conyugal,⁵⁰ lo que en un futuro la adolescente se pueda convertir en madre soltera implicando así necesidad de buscar sostenibilidad económica obligándola a buscar un empleo o riesgo de encontrar otra unión con persona diferente lo que también tendría riesgo de otro embarazo no planeado.⁴¹

El nivel de conocimiento en adolescentes sobre anticoncepción es fundamental para aplicarlos en pro de su salud. En el estudio se encontró que las adolescentes nuligestas y primigestas presentaban en mayor porcentajes conocimientos regulares sobre métodos anticonceptivos, sin embargo se diferencia en grupo de primigestas presentaron mayor porcentaje en conocimientos adecuados en segundo lugar con 31% frente a los conocimientos deficientes en nuligestas con 35% (Gráfico 4); según lo referido en grupos de adolescentes las instituciones colegiales no las orientaban sobre anticoncepción y tampoco había algún tema en el pensum que orientara sobre salud sexual y reproductiva, la información obtenida era por amigos, vecinos o internet por lo cual la fuente de información no es adecuada y sobre todo superficial en opinión general refirieron las nuligestas que los métodos anticonceptivos “son utensilios, medicamentos, instrumentos, fármacos para prevenir el embarazo” y en primigestas refirieron “Son medicamentos que ayudan a evitar que salgamos embarazadas y algunos protegen de infecciones.”; en ambos grupos pudieron mencionar los métodos anticonceptivos que conocían y otros respuestas presentaban discrepancias ya que refieren igualmente “no siempre son útiles ya que a veces no funcionan”, “a veces causan daño a la persona”. Se encontró un estudio en Lima, Perú⁴¹ Realizado en instituciones educativas nacionales del distrito de el Agustino Salazar en el cual el grado de conocimiento fue en un 27.5% bueno, 50% malo y 15.5% muy malo, y al comparar con un estudio en Perú a adolescentes primigestas del pueblo joven Miguel Grau Seminario febrero 2016¹⁵ se observó que el 50% de adolescentes tienen un nivel de conocimiento medio, un 30% bajo y el 20% alto resultado que se igualan a los de nuestra población. Por lo cual se observa que también las adolescentes no poseen conocimientos

básicos de anticoncepción; valores se comparan y nos da una visión que los adolescentes de ambos grupos estudiados tienen graves deficiencias en conocimientos básicos, en general tienen la capacidad de nombrar en pocos casos los diferentes tipos de métodos anticonceptivos, pero no su uso adecuado, ni cuál es el conveniente para ellas.

Los niveles de conocimiento según edad se observa la misma distribución que en grupos globales tanto en nuligestas como en primigestas; los conocimientos en edades de 14-16 años en nuligestas los conocimientos son regulares seguido de deficientes y en primigestas regulares y adecuados en segundo lugar mientras que en adolescentes de 17-19 años son en nuligestas y primigestas regulares y adecuados en segundo lugar; por lo tanto en adolescentes de 17-19 años aunque tienen mayor porcentaje de conocimiento regular, los niveles de conocimientos adecuados son mayores que en adolescentes de 14-16 años (Gráfico 5). En grupos focales las adolescentes grupos de discusión presentaban dificultad para expresarse libremente; en nuligestas se obtuvieron respuestas contradictorias refiriendo que existen muchas fuentes de información principalmente internet y otras jóvenes expresan que en sus hogares no se le da orientación adecuada y que acuden a familiares y vecinos para información en ambos grupos se expresaron las mismas inquietudes .

En los conocimientos más adecuados en nuligestas se obtuvo que son conocimientos básicos lo que poseen como 93% conocen que métodos anticonceptivos evitan el embarazo, 89% maneja que centros de salud proporcionan métodos anticonceptivos gratis, 73% maneja que si deja de tomar gestágenos orales puede quedar embarazada; sin embargo desconocen que si a su edad pueden tomar métodos anticonceptivos en 38% no manejan uso de pastillas y conocimiento de dispositivo intrauterino por lo tanto son conocimientos superficiales que no son lo suficientes para determinar que pueden usar métodos anticonceptivos. (Gráfico 6 y 8)

En primigestas los conocimientos más adecuados comparando con las nuligestas, las primigestas ellas si consideraban que a su edad podría usar métodos anticonceptivos 88%, igual conocían que en centro salud se dan métodos anticonceptivos gratis en 96%, tenían conocimiento de inyecciones hormonales en 94%; en conocimientos deficientes se observó que es más relacionado a los usos de métodos anticonceptivos en lo que respecta a periodo

de acción, cuales son los adecuados para las adolescentes a diferencia de las nuligestas que no tienen claro de que si puede usar un anticonceptivo.(Gráficos 7 y 9)

En la comparación de niveles de conocimientos en adolescentes de primigestas y nuligestas se observa que el grado de conocimiento está mayor relacionada con las adolescentes gestantes, se obtuvieron mejores resultados en los conocimientos básicos de anticoncepción versus los conocimientos deficientes y regulares predominantes en la población de nuligestas sin embargo en ambos grupos tuvieron porcentaje similares en conocimientos regulares. En los grupos focales abordados se logró observar que en general las adolescentes sólo poseen conocimientos generales más que todo mencionar métodos anticonceptivos, usos de los más comunes como son los condones los hormonales. Por lo que la adolescente una vez que se encuentra embarazada adquiere más conocimientos respecto a la anticoncepción ya sea por la consejería en atención prenatal, también por los grupos de embarazadas realizados según por el programa MOSAFC que se desarrolla en el país, estrategia que es implementada en la comunidad; aunque hay que destacar que porcentajes no tienen grandes diferencias por lo cual el abordaje por grupos de salud y educadores del ministerio no es adecuado para crear bases en los adolescentes sobre su salud sexual.

Al relacionar el estado civil con el nivel de conocimiento de las participantes se reveló que en la población de primigestas y nuligestas no había diferencias destacadas significativas entre el nivel de conocimiento y el estado civil; dado que en todos los grupos variaba el nivel conocimiento no presentándose un patrón que podría relacionar directamente un mayor nivel de conocimiento o un bajo nivel de conocimiento a un estado civil específico, tampoco se encontraron estudios que asociaran el nivel de conocimiento con el estado civil de las adolescentes. (Gráficos 10 y 11)

En la adolescencia se experimentan múltiples cambios psicológicos, puesto que se está en búsqueda constante de la identidad propia, intentan comprender conceptos abstractos que no conocía y al mismo tiempo que explora su sexualidad,⁵⁰lo que hace fundamental la calidad de información adquirida para lograr una comprensión lógica de la vida; los resultados recaudados muestran de manera global que un 70% de las adolescentes tenían actitud desfavorable al uso de métodos anticonceptivos en contraste a un 30% favorable, los resultados se pueden comparar a los obtenidos en estudio de Rio San Juan- Nicaragua¹⁹

aplicado a adolescentes de 14-19 años donde se obtuvo un 66.7% de actitud favorable para el uso de métodos anticonceptivos, en adolescentes granadinas no se obtuvieron resultados comparables con región de río San Juan ya que se observan que en granada las adolescentes estudiadas tienen menor disposición al uso de anticoncepción; los resultados en grupos separados (Gráfico 12) el 89% de las nuligestas muestran actitud desfavorable al uso de anticoncepción que sigue siendo mayor a lo encontrado en otros estudios, frente a primigestas que tenía 33% de actitud desfavorable y 67% actitud favorable en primigestas lo que hace razonar que el hecho de que si la orientación continua por personal de salud ha sido de utilidad para cambiar pensamiento acerca de uso de métodos anticonceptivos o si el impacto de un embarazo en la adolescencia podría hacer cambiar la actitud ante el uso de los métodos anticonceptivos.

Entre las actitudes más favorables en nuligestas están 32% no consideran que usar métodos anticonceptivos es abortar, el 35% piensa que no es pecado usar métodos anticonceptivos y el 42% refiere que el hombre no debe decidir que anticonceptivo debe usar; a pesar de ser actitudes favorables los porcentajes son muy bajos comparando con primigestas, las actitudes en primigestas son más favorables que en nuligestas, en actitudes favorables la mayoría para primigestas consideraba que el hombre no debe decidir que anticonceptivo usar y que la decisión es en pareja; resultados presentan grandes diferencias en niveles de actitud . (Gráfico 13 y 14)

En las actitudes más desfavorables en nuligestas son; “que las adolescentes no deberían usar métodos anticonceptivos”, en esto con respecto a conocimiento se puede analizar de que no conocen si deben o no usan métodos anticonceptivos, pero también lo representan como una actitud por lo cual es mayor desafío para el educando y personal de salud, cambiar una actitud que un conocimiento, sin embargo el mayor porcentaje de actitud desfavorable es que el 87% piensa que los métodos anticonceptivos no las protegen de embarazo no deseado y de infecciones de transmisión sexual. En primigestas las principales fueron el 73% tiene miedo de no tener hijos en un futuro por el uso de métodos anticonceptivos, el 69% consideran el uso de métodos anticonceptivos hay que tomar en cuenta que el 48% de ellas era evangélica lo cual la religión puede influir en esta actitud desfavorable, el 40% consideran que los métodos anticonceptivos no ayudan a la pareja a decidir cuantos hijos tener. Los problemas de actitud en la población se relacionan

principalmente por el entorno en que se desarrollan, la cultura, las prácticas religiosas y el nivel de educación en nuestra población más que todo en nuligestas se observan actitudes completamente desfavorables que son sobre todo tabúes de la sociedad que ponen en la mente paradigmas de una posible realidad que más bien afecta en el desarrollo personal. (Gráfico 15 y 16)

Según Sarnof en 1960 describe que actitud es una disposición a reaccionar de forma favorable o desfavorable; por lo que al analizar datos se determinó necesario relacionar si la inclinación a tomar cierta actitud al uso de métodos anticonceptivos puede estar relacionada con el nivel de conocimiento que tenía al momento de la encuesta por lo que se obtuvo que el 12% de nuligestas tiene una actitud favorable, y de ellas el 6% de estas presentan un conocimiento deficiente y regular en un 4%; del 89% de las nuligestas que obtienen actitud desfavorable presentando un conocimiento regular y deficiente en un 43% y 30%

respectivamente, por lo que sí se puede relacionar que a menor nivel de conocimiento menor disposición al uso de anticonceptivo, menor necesidad de buscar información sobre cómo implementar el uso de métodos anticonceptivos en su relación marital, poca disposición para involucrar a la pareja en decisiones de la salud sexual y reproductiva; sin embargo, la actitud de una persona es influida por las relaciones personales que ellas tiene, influyen su familia, amigos, vecinos por lo que aunque la población adolescente cuente con información adecuada, está en periodo de desarrollo psico-analítico lo cual la hace susceptible a manipulaciones y seguir patrones de conducta de quienes los rodean; un estudio realizado en un centro de Salud México⁴² aplicado a adolescentes de 15-19 años se obtuvieron valores similares a los de este estudio con conocimiento medio (60.8%) y bajo (23.3%) pero por debajo de lo reportado en Colombia y Venezuela con niveles de conocimiento muy alto y bueno, 44.5y 23.1 respectivamente. Con lo obtenido se podría decir que el nivel de conocimiento determina la actitud al uso de métodos anticonceptivos en las adolescentes. También al interrogar a los grupos se observa que las adolescentes están dispuestas a recibir información sobre anticoncepción sin embargo no hay un programa eficaz de abordaje de anticoncepción en la adolescencia; ya que expresan que ni en el colegio, ni en familia se les habla de estos temas que actualmente todavía se consideran como tabú. (Gráfico 17)

Al analizar a las primigestas donde un 67% presenta actitud favorable al uso de métodos anticonceptivos con 54% de conocimiento regular; y en un 33% actitud desfavorable teniendo en esta población todas las adolescentes con conocimiento adecuado. Se observa la diferencia de que las primigestas con conocimiento regular poseen mayor porcentaje de actitud favorable que en nuligestas que se observa la actitud desfavorable en los tres niveles de conocimiento; en los grupos focales analizados aunque las adolescentes presentan disposición a aprender sobre anticoncepción expresaron que “muchas veces las parejas no les gusta que usen estos métodos” por lo que también hay un componente psicológico de riesgo/beneficio ya que por un lado ellas pueden considerar el uso de método sin embargo la pareja no está de acuerdo con el uso, que esto indica que la adquisición de información adecuada por fuentes confiables debe ir acompañada de consejería de responsabilidad, autoestima y empoderamiento humano, para poder mejorar el discernimiento y la razón del saber adolescente favoreciendo mejorar prácticas sexuales en su vida diaria. (Gráfico 17)

La consejería en la adolescencia ayuda fomentar la toma de decisiones personales y/o desarrollo de conductas seguras, responsables e informadas en ejercicio de la sexualidad. En la población de nuligestas se encontró que el 47% había asistido a consejería sobre métodos anticonceptivos y en la población de primigestas la asistencia fue de un 48% (Gráficos 18), datos que al comparar con datos obtenidos en Centro de Adolescencia SERJOVEN chileno² que se tuvo la asistencia de 80% de los adolescentes a consulta de consejería, lo cual es una alta participación frente a la asistencia por parte de adolescentes nicaragüenses. Un punto fundamental que tanto nuligestas y primigestas presentaron la misma participación en consejería a anticoncepción solo que no puede determinar si la asistencia en primigestas fue dentro de su periodo de gestación; se observó en los grupos que las adolescentes tienen disposición a la participación activa de estos temas de interés ya que se obtuvo alta participación por parte de las jóvenes en los grupos de mesa redonda se considera que si hubiera mejor organización por parte del MINED y MINSA se pudieran realizar abordajes sobre tema de interés para jóvenes que los orientaría adecuadamente en su etapa de adolescencia.

En la población de nuligestas se observa que un 9% de la población tiene vida sexual activa una prevalencia baja frente a la encontrada en un estudio realizado en Escuela Miguel de Cervantes, Managua 2015¹¹ que el 35% de mujeres adolescentes habían iniciado

vida sexual y en estudio de España realizado en enseñanza secundaria de Andalucía³⁹ se observó que el 18.2% de los adolescentes había mantenido relaciones sexuales con penetración; también reportó que la edad media de inicio de vida sexual fue de 14 a 15 años cifra que es bastante comparable a nuestro estudio ya que se encontró que en nuligestas el inicio de vida sexual fue en un 78% edades entre 14-16 años. (Gráfico 20 y 21)

Según el informe de Durex (2006) la tendencia a inicio de relaciones sexuales en adolescentes tiene una media mundial de 17,3 años. En el actual estudio se observa que las nuligestas con IVSA en 78% a los 14-16 años y el 22% de 17-19 años, en lo que corresponde a primigestas en 60% iniciaron entre 14-16 años, 33% entre 17-19 años y 8% entre 10-13 años (Gráfico 19 y 21), lo cual no corresponde con la media mundial ya que adolescentes estudiadas presentaron IVSA en mayor porcentaje antes de los 16 años; pero si podría compararse más específicamente por ejemplo con Europa, que tiene una media de 15,6 años más cercana a los valores encontrados en el estudio, no tanto así como en Asia que tiene una media de 19 años. Por lo que se puede afirmar que la población adolescente tiene una media de inicio de vida sexual a temprana edad, cuya práctica es factor de riesgo; ya que esto implica que a lo largo de su vida tengan mayor número de parejas sexuales, mayor exposición a infecciones de transmisión sexual y riesgo de embarazo no deseado. Es importante hacer la observación que entre las nuligestas un 91% no había iniciado vida sexual activa que es un factor protector para la población adolescente.¹²

En las conductas sexuales en adolescentes nuligestas se encontró que un 77% había usado un MAC en primera relación sexual, así como un 77% de usar anticonceptivo actualmente, en población de primigestas un 52% había usado anticonceptivo en primera relación sexual se observa es un porcentaje bastante bajo frente a la población de nuligestas lo que pudo influir en la concepción de la gestación; en los grupos estudiados expresaron adolescentes que muchas veces el no uso de métodos anticonceptivos era por “culpa del hombre que no le gustaba usar el condón” también se le atribuyó a la incomodidad del uso de un anticonceptivo y porque la pareja lo tomaba como falta de confianza en la relación; se analiza que la población adolescente no tiene en cuenta el sentido de responsabilidad que conlleva tener una vida sexual activa y los riesgos a los que se expone en un acto sexual sin

la protección adecuada, teniendo en cuenta que sus encuentros sexuales son en mayor frecuencia ocasionales y con parejas inestables.(Gráfico 22 y 23)

De los métodos anticonceptivos más usados no se encontró similitudes entre los grupos estudiados en población de nuligestas el más usado fue en un 44% el condón y en un 33% las pastillas del día siguiente que no son oficialmente un método de planificación, en la población de primigestas la mayoría optó por no usar ningún método anticonceptivo en un 48%, y en segundo lugar en esta población optó por inyecciones hormonales (Gráfico 22 y 23) ; en estudios encontrados en Nicaragua en escuela Miguel de Cervantes Managua 2015¹¹ también se encontró que una gran proporción en un 46% utilizaban “la pastilla del día siguiente”, y 15% uso de preservativo y gestágenos orales; en estudio en España¹⁸el 97.3% optó por condón y en 0.9% por pastillas. Se puede observar que cierto porcentaje de adolescentes busca protección en encuentros sexuales aunque por falta de orientación adecuada no recurren a métodos ideales y en peor de los casos no usan métodos según criterios de elegibilidad de OMS³⁶ para adolescentes tienen las casi la misma variedad de opciones al uso de métodos anticonceptivos que la población adulta siendo el primer método de uso en adolescentes son los gestágenos orales, se observa que la adolescentes estudiadas, no tiene en si el uso adecuado de la anticoncepción recurriendo a métodos anticonceptivos de emergencia y a condones en mayoría por lo cual orienta a que son eventos sexuales no planeados exponiéndose a embarazos no deseados enfermedades de transmisión sexual; también se puede destacar que hay creencias erróneas sobre métodos anticonceptivos y uso de pastillas de día siguiente como anticonceptivo además no se sabe si el uso es adecuado y si el uso de estos es prologado, aunque hay gran parte de población adolescente que opta por uso de métodos anticonceptivos, no es suficiente para disminuir embarazos a temprana edad.

En relaciones sexuales posteriores, las adolescentes nuligestas (Gráfico 24) presentan uso de anticonceptivo en un 78% que optan un 33% por usar inyecciones hormonales, de igual porcentaje se encuentra el uso de condones y de pastillas del día siguiente con un 22% respectivamente; que en comparación con otros estudios en España Valencia⁴¹ refieren que un 90.2% opta por uso de condón seguido por anovulatorios en un 3.5% y un 2% usa ninguno; el 16.6% han referido haber recurrido a la píldora del día después. Cifras que no son comparables sobre todo en el no uso de la anticoncepción, ya que hay una cantidad de

población adolescente que no usa métodos anticonceptivos a pesar de tener vida sexual activa. Esto representa un riesgo y falta de información de la responsabilidad de haber iniciado vida sexual; además se puede observar que adolescentes en general tienen mucho uso de pastilla del día siguiente como método de emergencia o método de planificación que no es adecuado para uso rutinario en la población en general.

Las adolescentes Nuligestas se puede observar que gran porcentaje obtuvieron una actitud desfavorable pero es preocupante saber que dentro de la población de nuligestas que habían iniciado vida sexual todas tenían este tipo de actitud desfavorable y con relación al uso de métodos anticonceptivos el 78% se habían protegido en la relación sexual y el 22% no usó protección; sin embargo en Primigestas de las que habían usado anticoncepción el 21% tenían una actitud desfavorable y 31% favorable en igual porcentaje el 35% de las que no habían usado anticoncepción tenían una actitud favorable; lo cual aunque las adolescentes usen métodos anticonceptivos no significa que tengan una capacidad de raciocinio adecuada, el inicio de vida sexual no se centra en el uso de anticoncepción sino que implica un nivel de madurez en el cual la persona se hace consciente y responsable de su cuerpo, de su salud, de su estabilidad emocional y marital, lo cual es un papel asumido en pareja y la en la adolescencia juega un papel importante la espontaneidad, extroversión, satisfacción sexual y deseo de explorar la sexualidad; lo cual no son beneficiosos para la protección del joven.(Gráfico 25 y 26)

CONCLUSIONES

Las edades que más frecuentan la secundaria están entre 14-16 años, las madres adolescentes primigestas se encuentran en la mayor porcentaje entre 17-19 años; en la práctica religiosa las nuligestas eran en 76% católicas y población de primigestas principalmente pertenecían a religión de evangélica en 48%, el estado civil principalmente de adolescentes nuligestas es situación sentimental soltera y de las primigestas relación en unión de hecho.

En los conocimientos presentados en adolescentes nuligestas y primigestas y en ambos grupos de edades el mayor porcentaje de conocimiento era regular seguido de conocimiento deficientes; según grupo de edad de 14-16 también predominaron conocimientos regulares y deficientes, sin embargo en adolescentes 17-19 años predominaron conocimientos regulares seguido de conocimientos adecuados; no se encontró proporcionalmente diferencias en niveles de conocimientos según el estado civil que presentaban las participantes.

En niveles de actitud las adolescentes primigestas mostraron mejor actitud al uso de métodos anticonceptivos siendo favorable en 67% y las adolescentes nuligestas la mayoría una actitud desfavorable 89%.

Las prácticas sexuales en adolescentes estudiadas se encontró que el inicio de vida sexual tanto en nuligestas y primigestas fue entre 14-16 años ; con respecto al uso de métodos anticonceptivos en primera relación sexual adolescentes nuligestas tuvieron mayor uso de estos que las primigestas usando anticonceptivo en 77% por nuligestas y 52% en primigestas; el anticonceptivo más usado por nuligestas fue el condón y en primigestas las inyecciones

Los grupos focales se obtuvieron conocimientos básicos en reconocimiento de métodos, y utilidad general de todos los métodos anticonceptivos; las adolescentes expresaron que siempre tiene disposición a recibir información sobre anticoncepción y que los principales problemas para la obtención de información son la inexistente educación a nivel escolar y falta de interés de los padres para orientarlos sobre el tema.

RECOMENDACIONES

- Al Ministerio de Educación
 - Implementar charlas de orientación sexual y reproductiva a los padres de familia porque son el primer contacto de las jóvenes con la formación educativa, que promuevan el acompañamiento en el desarrollo de la etapa de adolescencia y que se involucren en todos los ámbitos de la vida de sus hijos e hijas.
 - Incluir programas de actividades recreativas entre padres e hijos para fomentar la importancia del núcleo familiar como primera estructura social, mejorando vínculo con charlas educativas, consejería personalizada y tratar de incidir en conductas sexuales riesgosas de mayor ocurrencia entre los adolescentes.
 - Fortalecer la educación integral de la sexualidad acorde a las necesidades de los adolescentes, tomando como ejemplo modelos educativos de otros países en las que han sido efectivas las intervenciones en los diferentes aspectos de la salud sexual y reproductiva.
- Al Ministerio de Salud
 - Regulación de cumplimiento de clubs de adolescentes en unidades de salud, brindando información suficiente acerca de métodos anticonceptivos y embarazos no deseados.
 - Promover la colaboración de los adolescentes en actividades de promoción y prevención de salud, e ir haciéndolos partícipes como líderes para el bienestar social.
 - Realizar coordinaciones efectivas entre las escuelas y unidades de salud para realizar investigaciones a nivel escolar.
- A las adolescentes
 - Conformar grupos de pares para compartir información en temas de la sexualidad tanto en centros de salud y en hospitales sobre la anticoncepción, como en los colegios. .
 - Ayudar a otras adolescentes que requieran orientación y consejos sobre vida sexual saludable.
 - Solicitar como cuerpo estudiantil incluir temas de orientación sexual y vida sexual saludable como programación impartida en las instituciones educativas.
- A la UNAN-Managua
 - Incentivar a los estudiantes universitarios la investigación de temas sobre la anticoncepción en la adolescencia, orientación sexual, embarazo adolescente que tienen gran problemática en el país sin embargo hay poca información documentada del problema de salud pública real existente.
 - Organizar grupos de universitarios que sean voluntarios para compartir con adolescentes y dar orientación sobre educación sexual en la comunidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barbara L. Hoffman, MD, John O. Shorge. MD, Joseph I Schaffer, MD, Lisa M, Halvorson MD, Karen D, Dradshaw, MD, & F, Gary Cunningham, MD. (2012). Williams Gineología. In M. Barbara L. Hoffman, J. O. MD, M. Joseph I Schaffer, H. M. Lisa M, D. M. Karen D, & G. C. F, *Williams Gineología* (p. 135). México: McGraw-Hill Interamericana Editores.
2. Cannoni , D., González , D., Conejero Dra, R., & Schulin-Zeuthen Dra, C. (2015, January-February). *Sexualidad en la adolescente: Consejería. Revista Médica Clínica Las Condes*. Retrieved from ScienceDirect: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864015000139>
3. Chelhond-Boustanie Ezzat. A, Contreras-Vivas Leidy, Ferrer-Ladera Michelle, & Rodríguez Iván. (2012, Diciembre). *Revista Médica de Risalda*. Retrieved from 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: <file:///D:/MonograFia/impacto%20en%20educacion%20sexual%20en%20nivel%20de%20conocimiento%20en%20MAC%20en%20instituciones%20de%20semilibertad%20y%20abandono.pdf>
4. Comision Nicaraguense del SIDA. (2013, Septiembre 31). *Programa para fortalecer la respuesta centroamerica al VIH*. Retrieved from PASCA: <http://www.pasca.org/userfiles/NI%20Informe%20de%20Indicadores%20Priorizados%202012%2031sep2013.pdf>
5. Cruz-Hernández, M. (2011). Tratada de Pediatría. In M. Cruz-Hernández, *Tratado de Pediatría* (pp. 929-935). 2011: Ergón.
6. Datosmacro. (2016). *Datosmacro*. Retrieved from Datosmacro: <https://datosmacro.expansion.com/demografia/natalidad/nicaragua>
7. Dra. Corona, F., & Dr. Funes D., F. (2015). *ScienceDirect*. Retrieved from ScienceDirect web site: https://ac.els-cdn.com/S0716864015000127/1-s2.0-S0716864015000127-main.pdf?_tid=4a45a598-0d45-11e8-be23-00000aacb362&acdnat=1518145368_ee7d9137eb50cf0777708cc8cb4f1fb3
8. Dra. Gibliola , C., Dra. María Isabel , G., Dra. Carolina, C., Dra. Paulina , M., & Dra. Carolina , S.-Z. (2015). *Sexualidad en la Adolescencia: Consejería* . Retrieved from ScienceDirect: https://ac.els-cdn.com/S0716864015000139/1-s2.0-S0716864015000139-main.pdf?_tid=82a3804a-0d45-11e8-b0b3-00000aab0f01&acdnat=1518145463_ae56bbb9252394189e4d95d6e7a2844f

9. Española, R. A. (2014). *RAE*. Retrieved from RAE: <http://dle.rae.es/?id=AMrJ4zs>
10. F. Gary Cunningham, MD, Lenneth J. Leveno, MD, Steven L. Bloom, MD, John C. Hauth, MD, Dwight J. Rouse, MD, & Catherine Y. Spong, MD. (2011). Williams Obstetricia. In M. F. Gary Cunningham, M. Lenneth J. Leveno, M. Steven L. Bloom, M. John C. Hauth, M. Dwight J. Rouse, & M. Catherine Y. Spong, *Williams Obstetricia* (pp. 174-186). México: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES.
11. García Hernández, D. (2016, Enero). *Conducta Sexual de riesgo en estudiantes adolescentes Colegio Público Miguel de Cervantes Managua septiembre y Octubre 2015*. Retrieved from UNAN: <http://repositorio.unan.edu.ni/1457/1/76178.pdf>
12. García-Vega, E., Menéndez Robledo, E., Fernandez García, P., & Cuesta, M. (2012, Mayo 8). *Sexualidad, Antoconcepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes. International Journal of Psychological Research*. Retrieved from redalyc web site: www.redalyc.org/html/2990/299023539010/
13. González A., E., & Molina G., T. (2017, Octubre). *Scielo*. Retrieved from Revista Chilena de Obstetricia y ginecología: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262017000400396#B8
14. Gonzalez Electra , Temistocles Molina, Montero Adela, & Martinez N. Ivania. (2013). *Scielo*. Retrieved from Revista chilena de Obstetricia y Ginecología: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-75262013000100002&script=sci_arttext&tlng=en
15. Hernández Manayay, M., Huamán Montaña, E., Pérez Taboada, G., & Gálvez Díaz, N. (2017, Marzo). *Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos de adolescentes primigestas en una población rural*. Retrieved from Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos de adolescentes primigestas en una población rural: file:///C:/Users/Admin/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/457-1666-1-PB.pdf
16. INIDE. (2011/12). *INIDE*. Retrieved from ENDESA: http://www.inide.gob.ni/endesa/Endesa11_12/HTML/endesa11/assets/common/downloads/Informepreliminar.pdf
17. INIDE. (2013). *ENDESA*. Retrieved from Instituto Nacional de Información de Desarrollo Ministerio de Salud: http://www.inide.gob.ni/endesa/Endesa11_12/HTML/endesa11/assets/common/downloads/Informepreliminar.pdf

18. INIDE. (2015). *Compendio de estadísticas vitales 2014-2015*. Retrieved from INIDE.
19. IPPF. (2011, Septiembre 26). *International Planned Parenthood Federation*. Retrieved from Teenagers don't know it all: <http://www.ippf.org/news/shock-horror-teenagers-dont-know-it-all>
20. IPPF. (2013). *International Planned Parenthood Federation*. Retrieved from International Planned Parenthood Federation: <http://www.ippf.org/our-work/what-we-do/Contraception>
21. IPPF. (2013). *International Planned Parenthood Federation*. Retrieved from Combined Oral contraceptives: <http://www.ippf.org/our-work/what-we-do/contraception/myths/Combined-Oral-Contraceptives>
22. IPPF. (2014). *Caring, innovating, transforming*.
23. IPPF. (2015, Septiembre 24). *International Planned Parenthood Federation*. Retrieved from International Planned Parenthood Federation: <http://www.ippf.org/news/World-Contraception-Day-It-s-your-life-it-s-your-future>
24. IPPF. (2016, Septiembre 20). *International Planned Parenthood Federation*. Retrieved from Campaign to tackle global contraceptive crisis: <http://www.ippf.org/news/campaign-tackle-global-contraceptive-crisis>
25. López López Mariana Abigail, & Tenorio Urbina Valeska Lorena. (2015). Retrieved from Conocimientos, actitudes y prácticas sobre los métodos anticonceptivos en adolescentes de 14 a 19 años atendidas en Morrito-Río San Juan, en Junio 2015: <file:///D:/MonograFia/Discusion%20de%20resultados/RioSnJn%20actitud%20adol%20escentes.pdf>
26. López Piedra, L., Martínez Galvan, L., & López Corral, L. (2014). *Confederación de adolescencia y juventud de Iberoamérica y el Caribe*. Retrieved from La sexualidad en la adolescencia. Fases, características, conflictos y sus afrontamientos.: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/51%20-%20La%20sexualidad%20en%20la%20adolescencia.%20Fases,%20caracter%20ADsticas.pdf>
27. María C. Sánchez- Meneses, Dávila Mendoza, R., & Ponce Rosas, E. (2015, Enero 27). *Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescente de un centro de Salud*. Retrieved from ScienceDirect: <https://ac.els-cdn.com/S140588711630044X/1-s2.0-S140588711630044X->

main.pdf?_tid=8d9203b8-0f5d-11e8-827c-00000aacb35f&acdnat=1518375691_04d98bbf4e4bc7943ff2c17a2d1f23cc

28. Mendoza, L. A., Arias, M., Pedrosa, M., Micolta, R., Ramirez, A., Cáceres, C., & López, D. (2012). *Ebscohost*. Retrieved from Actividad sexual en adolescencia temprana: problema salud pública en ciudad de Colombia:
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=8a73b3cf-5a2c-4bec-b5f2-b6e853b6fec4%40sessionmgr2>
29. MINSA. (2008). *Normativa de Planificacion Familiar*. Managua.
30. MINSA. (2015). Normativa 002. In *Norma y protocolo de planificación familiar*. Managua.
31. Monroy, A. (2002). Salud y sexualidad en la adolescencia y Juventud. In A. Monroy, *Salud y sexualidad en la adolescencia y Juventud* (pp. 9-10). México: Pax México.
32. Montero, D. A. (2011, January). *ScienceDirect*. Retrieved from Revista Médica Clínica Las Condes:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864011703935>
33. Nuevo Diario. (2014, Agosto 11). *Nuevo Diario*. Retrieved from Nuevo Diario:
<http://www.elnuevodiario.com.ni/nacionales/327098-nicaragua-pais-mas-embarazos-adolescentes-america/>
34. OMS. (2010, Junio). *OMS*. Retrieved from OMS:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/es/
35. OMS. (2014). *OMS*. Retrieved from Desarrollo en la adolescencia:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
36. OMS. (2018). *World Health Organization*. Retrieved from Recomendaciones sobre uso de practicas seleccionadas para el uso de anticonceptivos:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259814/9789243565408-spa.pdf?sequence=1>
37. Pasqualini, D., & Llorens, D. (2010). Salud y Bienestar de Adolescente y Jóvenes: Una mirada integral. In D. D. Pasqualini, & D. A. Llorens, *Salud y Bienestar de Adolescente y Jóvenes: Una mirada integral* (Vol. 1ed, p. 680p). Buenos Aires: OPS/OMS.
38. Redondo Figuero, C., Galdó Muñoz, G., & García Fuentes, M. (2008). Atención al Adolescente. In C. G. Redondo Figuero, G. Galdó Muñoz, & M. García Fuentes, *Atención al adolescente*. Universidad de Cantabria.

39. Regifo Reina, H., Córdoba Espinal, A.-E., & Serrano Rodriguez, M. (2012). *Ebscohost*. Retrieved from Conocimientos y prácticas en salud sexual de los adolescentes escolares en un municipio de Colombia:
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=8a73b3cf-5a2c-4bec-b5f2-b6e853b6fec4%40sessionmgr2>
40. Rodríguez Carrión, J., & Traverso Blanco, C. (2012, November-December). *Conductas sexuales en adolescente de 12 a 17 años de Andalucía. Gaceta Sanitaria*. Retrieved from ScienceDirect:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911112001033>
41. Salazar Granara, A., Alvarez, A. S., Romero, I., Lazaro, K., Solis, S., Araujo, V., & Luna, D. (2007, Diciembre). *Ebscohost*. Retrieved from Conocimientos de sexualidad, inicio de relaciones sexuales y comunicación familiar en adolescentes de instituciones educativas nacionales del distrito de Agustino, Lima Perú:
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=8a73b3cf-5a2c-4bec-b5f2-b6e853b6fec4%40sessionmgr2>
42. Salazar-Arango, A., Acosta-Murcia, M., Lozano Restrepo, N., & Quintero Camacho, M. (2008, Julio/Diciembre). *Scielo*. Retrieved from Persona y Bioetica:
www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222008000200008
43. Sánchez-Meneses, M., Dávila-Mendoza, R., & Ponce-Rosas, E. (2015, April-June). *ScieceDirect*. Retrieved from Revista Atección Familiar: https://ac.els-cdn.com/S140588711630044X/1-s2.0-S140588711630044X-main.pdf?_tid=468140a1-aa66-4cf8-a194-7b5df1be39e6&acdnat=1520134823_5a7f8cf06094ba19f57ace5e9607ea87
44. UNESCO. (2014). *Organización de Naciones Unidad para la Educación, la ciencia y la Cultura*. Retrieved from UNESCO:
<http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002328/232800S.pdf>
45. UNESCO. (2018, Febrero 15). *Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura*. Retrieved from Importancia de la educación integral en sexualidad: <https://es.unesco.org/news/que-es-importante-educacion-integral-sexualidad%20>
46. UNFPA. (1994, Septiembre 5). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. Retrieved from United Nations Population Fund:
https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_spa_2.pdf
47. UNFPA. (2014). *UNFPA*. Retrieved from Población en Nicaragua:
<http://www.unfpa.org.ni/poblacion-en-nicaragua-2/>

48. UNICEF. (2002). *Adolescencia Una Etapa Fundamental*. New York: UNICEF.
49. UNICEF. (2011). *Estado mundial de la Infancia 2011. La adolescencia una epoca de oportunidades*. New York: Unicef.
50. USAID/OPS. (2011). Planificación Familiar. In USAID/OPS, *Planificación Familiar. Un manual mundial para proveedores* (p. 388).
51. Welti Chanes, Carlos. (2000, Octubre-Diciembre). *redalyc*. Retrieved from Análisis demográfico de la fecundidad adolescente en México Papeles de Población: <http://www.redalyc.org/pdf/112/11202603.pdf>

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN – MANAGUA
Facultad de Ciencias Médicas



La siguiente encuesta es con el fin de recolectar datos para la realización de un estudio monográfico sobre: Conocimiento, actitudes y prácticas de métodos anticonceptivos en adolescentes nuligestas del Instituto Carmela Noguera Granada y primigestas atendidas en Hospital Amistad Japón-Nicaragua de Granada comprendido 1° marzo al 1° Abril 2017.

Los datos recolectados son de carácter privado. Conteste lo que se le indique en cada acápite.

Coloque una X donde corresponda su información:

Edad: 1) 14-16años___ 2) 17-19años___

Religión:

1) católica___ 2) Evangélica___ 3) Testigo de Jehová___ 4) Otros___

Estado civil:

1) Soltera___ 2) Tiene una relación___ 3) Casada___ 4) Unión de Hecho___

Marque con una X la opción que usted crea conveniente:

Preguntas sobre conocimientos de métodos anticonceptivos	1)SI	2)NO	3)NO ESTOY SEGURA
¿Uno de los objetivos de los métodos anticonceptivos es evitar el embarazo?			
¿Todos los métodos anticonceptivos protegen contra infecciones de transmisión sexual?			
¿El método de planificación del calendario es seguro?			
¿Una mujer embarazada debe usar métodos anticonceptivos porque no le causan daño al bebé?			
¿El condón es único método que le protege contra infecciones de transmisión sexual y de un embarazo?			
¿Hay métodos en inyecciones para aplicarse cada mes u otro para cada 3 meses?			
¿Si una mujer se hace un corte y ligadura tubárica nunca vuelve a tener hijos?			
¿La Vasectomía en una operación en el hombre para que no vuelva a reproducir bebés?			
Preguntas sobre el uso de métodos anticonceptivos			
¿El DIU o T de cobre la protege por un periodo de 10 años?			

¿Se puede usar el DIU en seguida cuando se tiene un bebé o después de un aborto?			
Sobre las tabletas de 21 días, 28 días ¿Es exigido tomar las tabletas un día tras otro?			
¿Si se le acabaron las pastillas necesita empezar las otras 21 o 28 días?			
¿Las inyecciones es preferible usarla a partir de los 18 años?			
¿Las inyecciones sólo la protegen por un mes o tres meses según la que use?			
Preguntas sobre reacciones adversas de métodos anticonceptivos			
¿Si dejo de tomar las pastillas puedo embarazarme con rapidez?			
¿Usar pastillas puede darle nausea, vómitos, ganancia de peso, retraso de regla?			
¿Las inyecciones pueden disminuir la cantidad de la regla, hay ciclos irregulares y aumenta de peso?			
Preguntas sobre accesibilidad de métodos anticonceptivos			
¿Los Centros de Salud proporcionan smétodos anticonceptivos Gratis?			
¿Si usted solicita métodos anticonceptivos en el centro de salud se los dan sin problema?			
¿Considera que a su edad usted puede usar métodos anticonceptivos?			

Marque con una X cada una de las siguientes opciones:

Valoración de la actitud con respecto al uso de métodos anticonceptivos	1)Totalmente de acuerdo	2)De Acuerdo	3)Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4)En Desacuerdo	5)Totalmente en desacuerdo
Me da pena que me orienten sobre el uso de métodos anticonceptivos.					
Los adolescentes no deben usar métodos anticonceptivos.					
Si un método anticonceptivo me incomoda o me causa malestar no puedo usar otro.					
Una pareja no puede hablar acerca de que método anticonceptivo deben usar.					

Valoración de la actitud con respecto al uso de métodos anticonceptivos	1)Totalmente de acuerdo	2)De Acuerdo	3)Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4)En Desacuerdo	5)Totalmente en desacuerdo
El hombre debe decidir si yo debo usar método anticonceptivo.					
Los métodos anticonceptivos no ayudan la pareja a decidir cuantos hijos tener.					
El uso de métodos anticonceptivos es pecado					
Usar métodos anticonceptivos es abortar.					
No puedo aconsejar a mis compañeros y amig@ de usar métodos anticonceptivos.					
Tengo miedo de no tener hijos en un futuro si uso métodos anticonceptivos.					
Creo que los Métodos anticonceptivos no me protegen de un embarazo no deseado y de una infección de transmisión sexual.					

Cierre en un círculo la letra de su respuesta:

1. Has asistido a consejería de métodos anticonceptivos
 - a) Si
 - b) No

2. Si has recibido consejería ¿Hace cuánto tiempo fue?
 - a) Hace un mes
 - b) De 2-6 meses
 - c) Hace un año
 - d) Más de un año

3. Inicio de IVSA (Inicio de vida sexual)
 - a) No tengo vida sexual activa todavía
 - b) 10-13
 - c) 14-16
 - d) 17-19

Si tu respuesta a la anterior es de la B en adelante prosigue con las siguientes preguntas.

4. ¿Qué método anticonceptivo usó en su primera relación?
 - a) No aplico
 - b) Condón
 - c) Método del calendario
 - d) Pastillas de 21 o 28 días
 - e) Pastillas del día siguiente
 - f) Inyecciones
 - g) Ninguno

5. ¿Qué método anticonceptivo usa actualmente?
 - a) Condón
 - b) Método del calendario
 - c) Pastillas de 21 o 28 días
 - d) Pastillas del día siguiente
 - e) Inyecciones
 - f) DIU
 - g) Uno de los 5 anteriores + Condón
 - h) Ninguno

Gráficos

Gráfico 1. Edades en nuligestas y primigestas

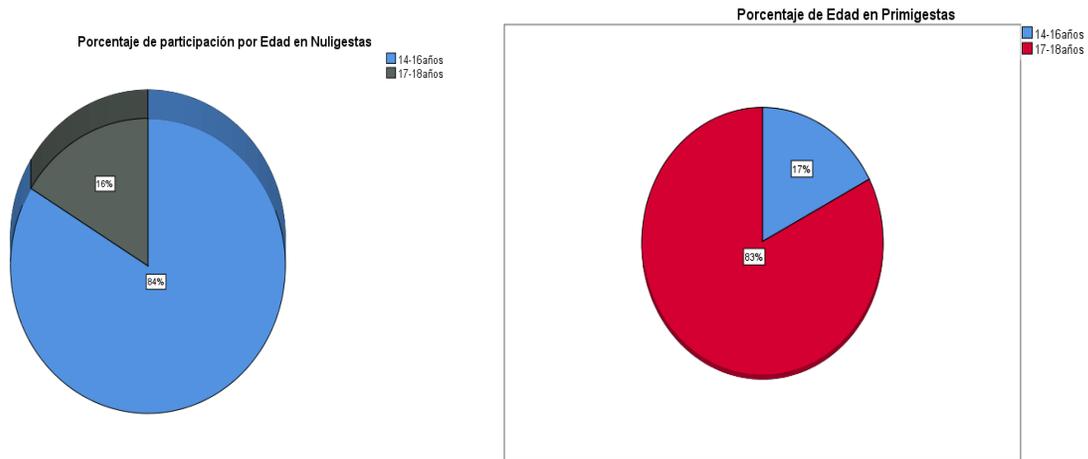


Gráfico 2. Religión practicada en nuligestas y primigestas.

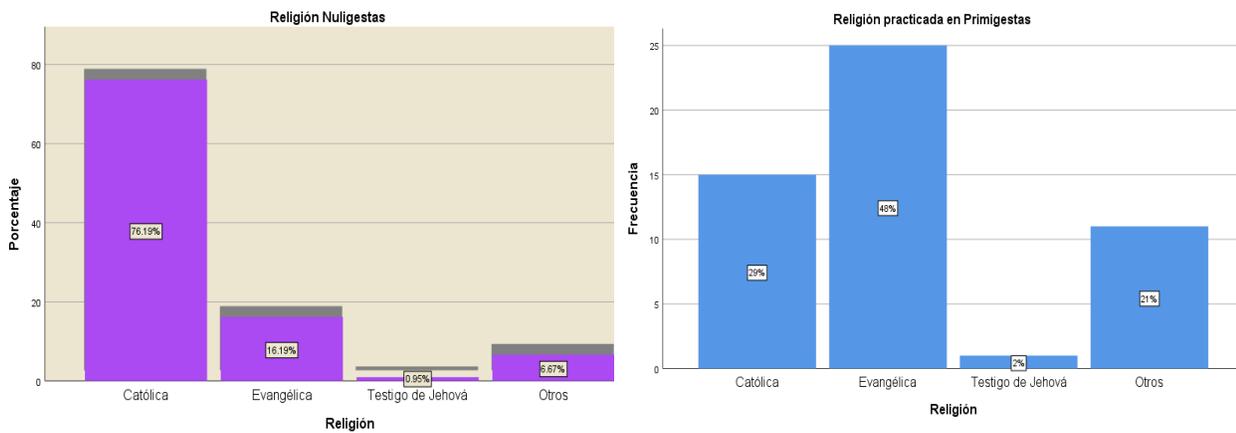


Gráfico 3. Estado civil en nuligestas y primigestas.

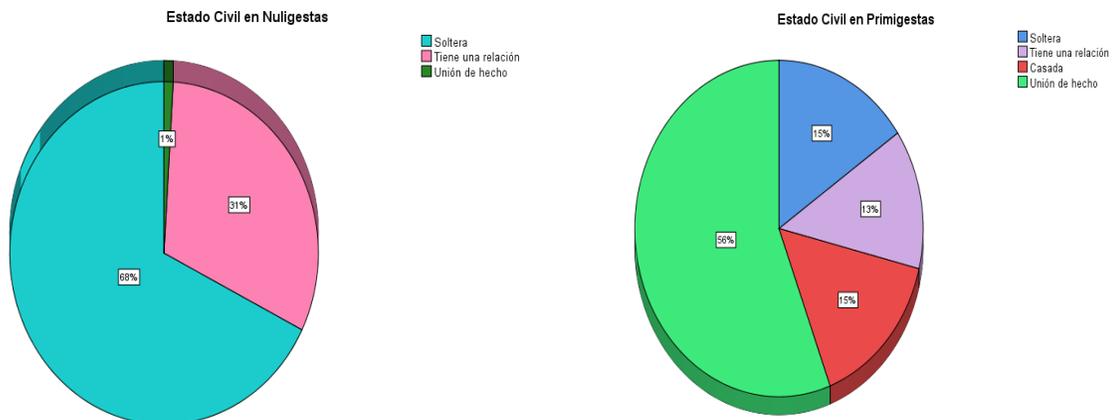


Gráfico 4. Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en Nuligestas versus primigestas

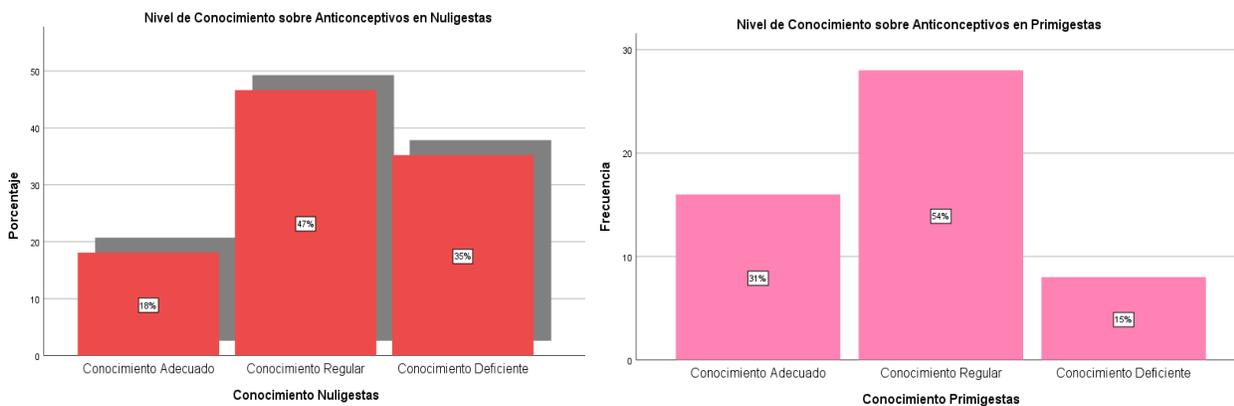


Gráfico 5. Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos según edad en nuligestas versus primigestas.

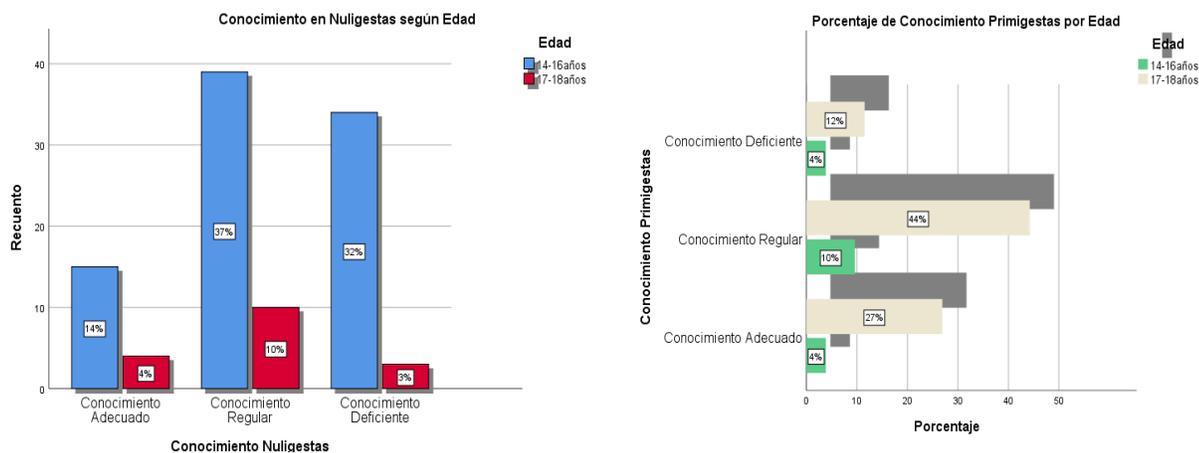


Gráfico 6. Conocimientos más adecuados en Nuligestas

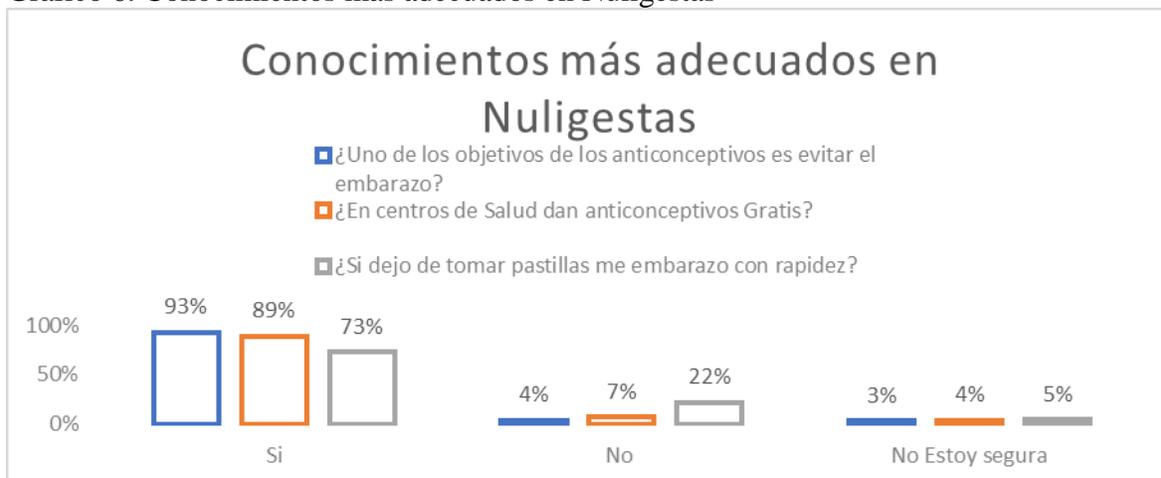


Gráfico 7. Conocimientos más adecuados en Primigestas

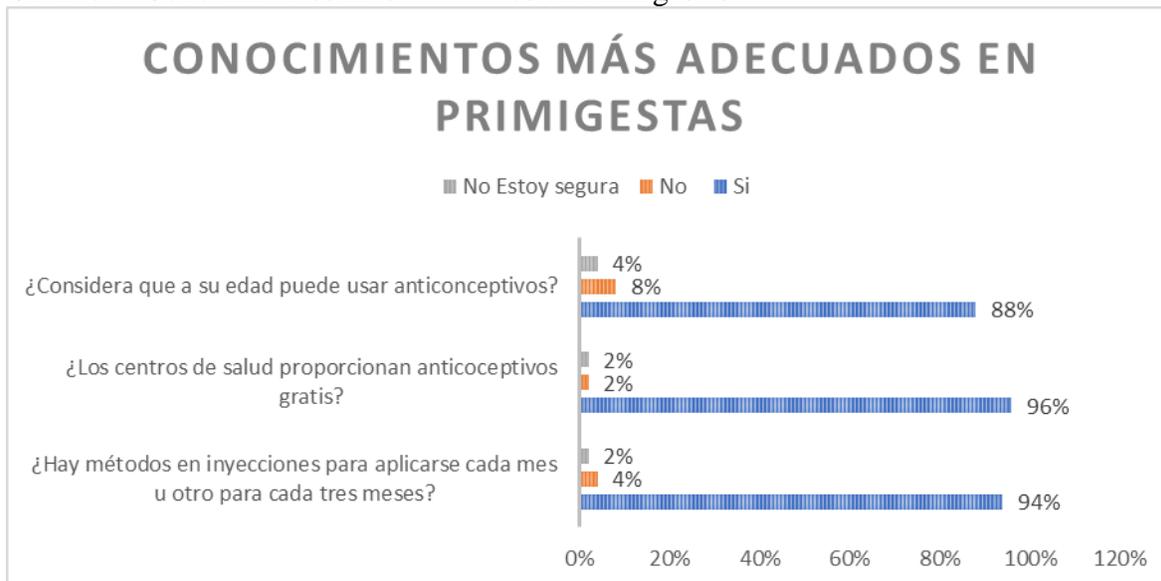


Gráfico 8. Conocimientos más deficientes en Nuligestas

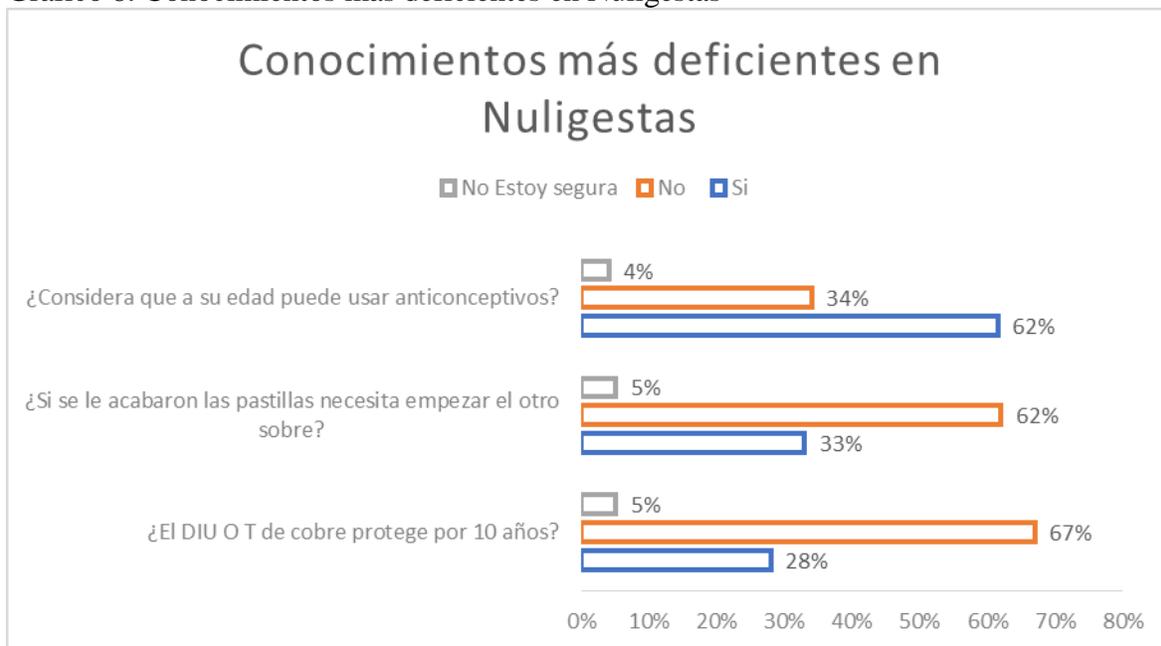


Gráfico 9. Conocimientos más deficientes en Primigestas

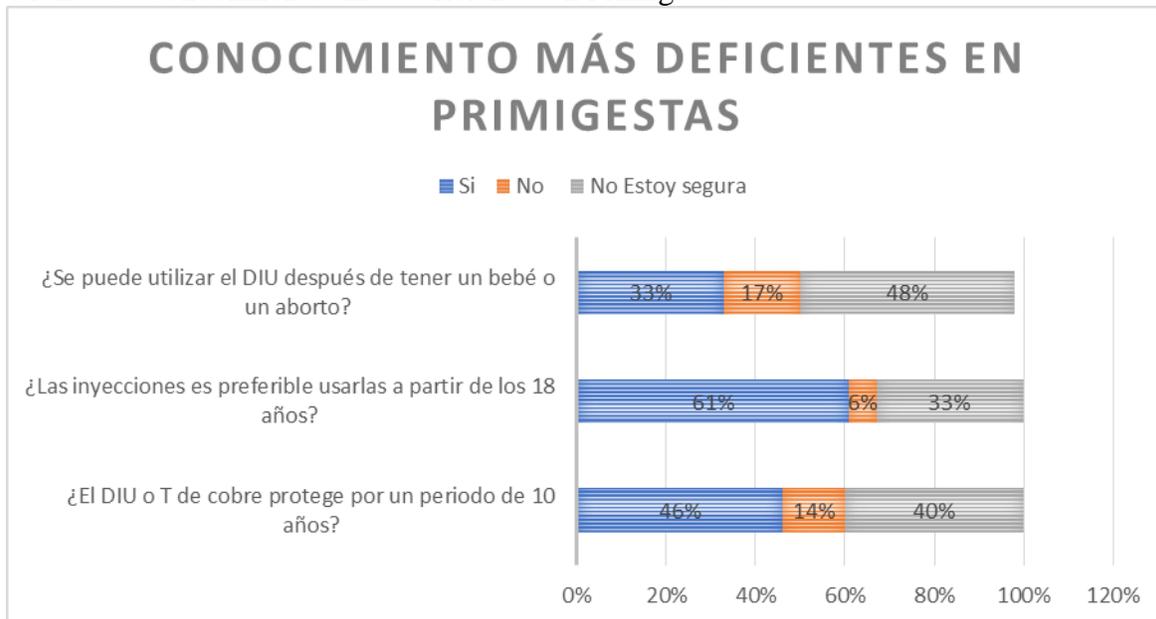


Gráfico 10. Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos según estado civil en Nuligestas

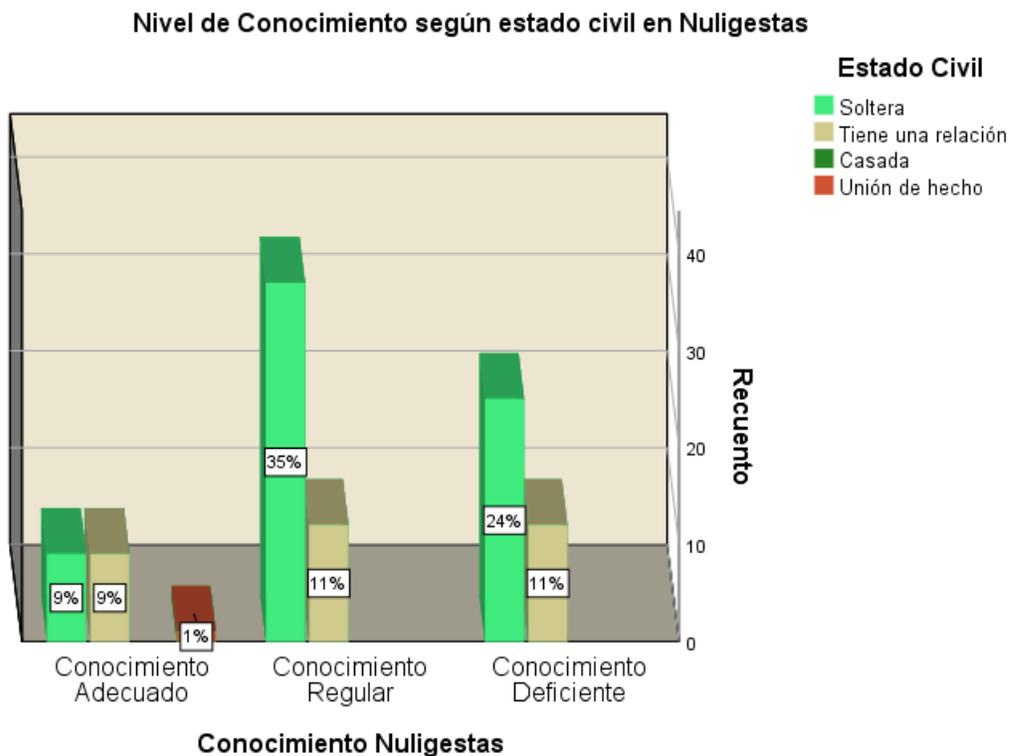


Gráfico 11. Nivel de Conocimiento sobre métodos anticonceptivos según estado civil en Primigestas

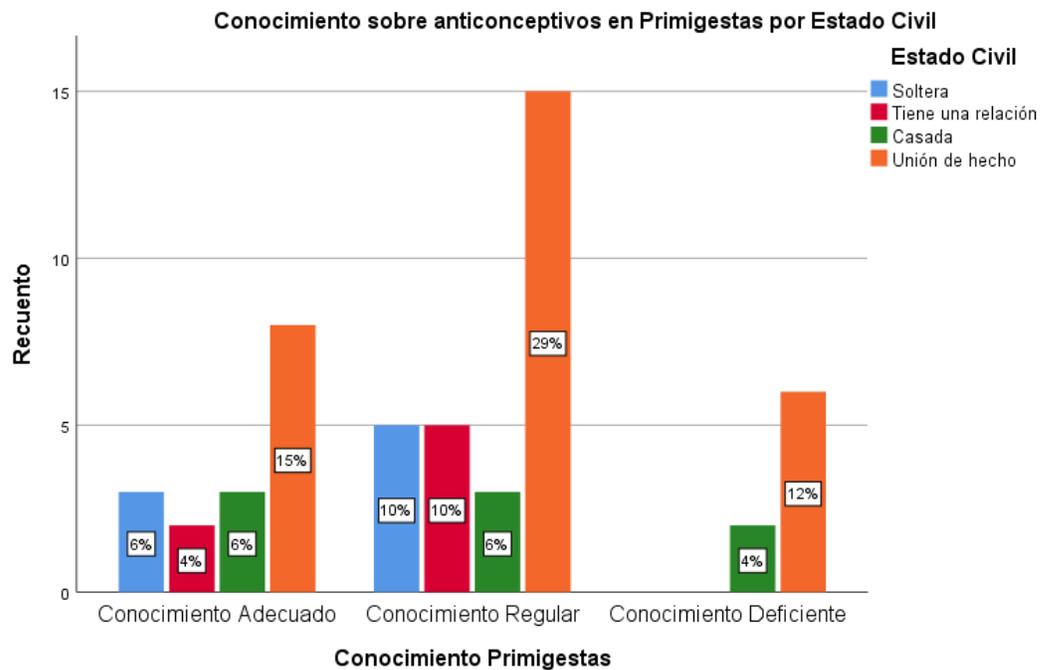


Gráfico 12. Nivel de Actitud sobre el uso de métodos anticonceptivos en nuligestas versus primigestas.

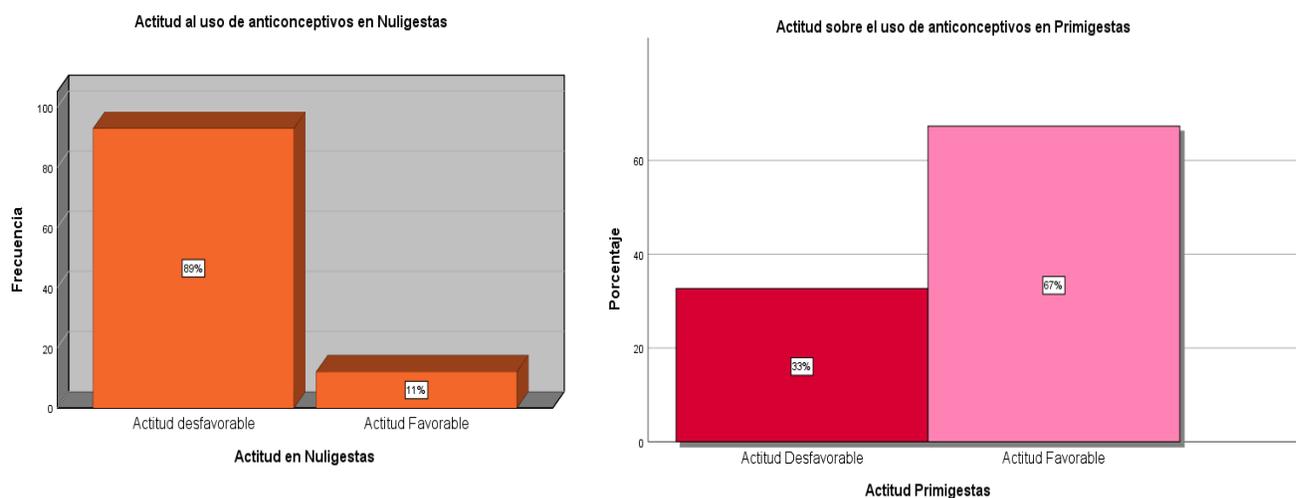


Gráfico 13. Actitudes más favorables en Nuligestas.

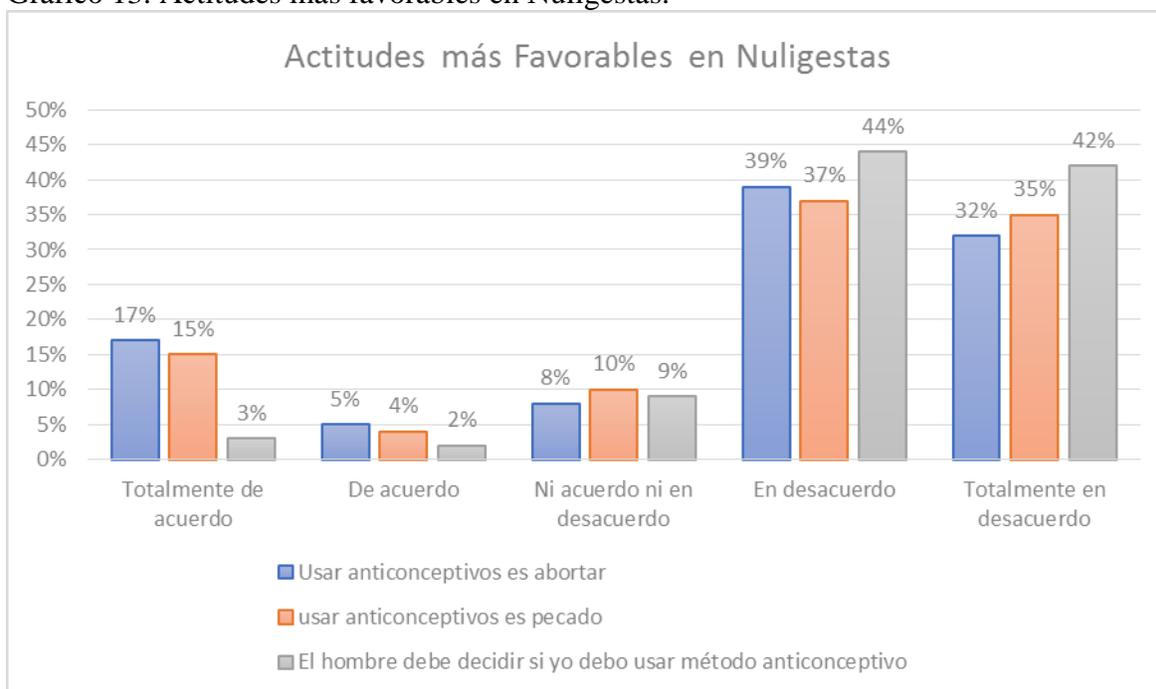


Gráfico 14. Actitudes más favorables en Primigestas

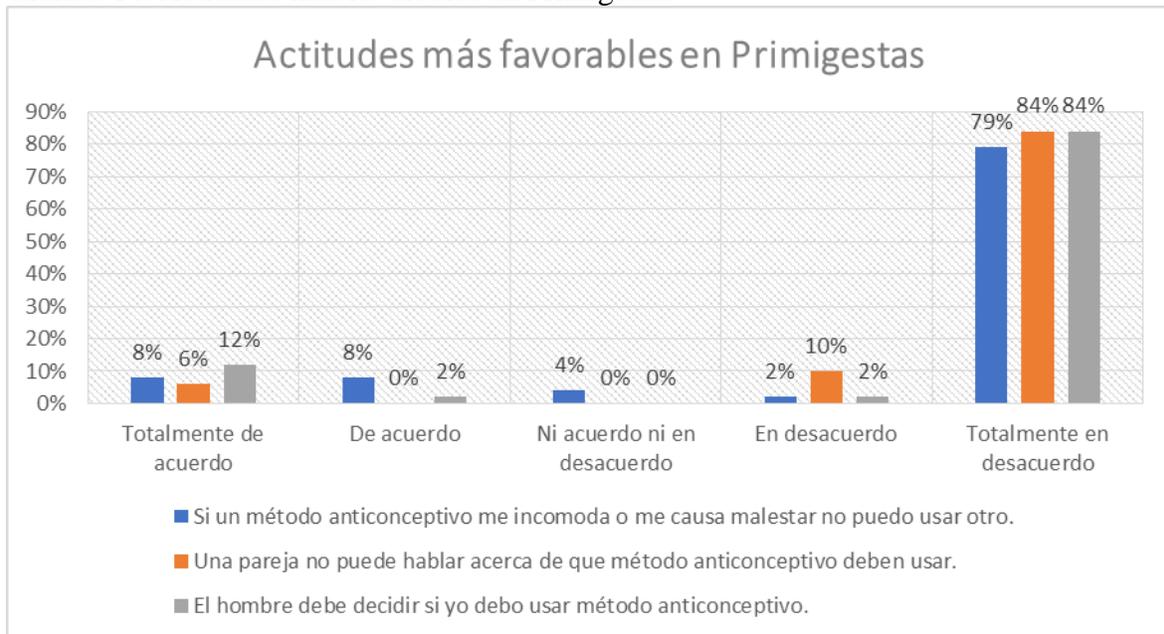


Gráfico 15. Actitudes más desfavorables en nuligestas

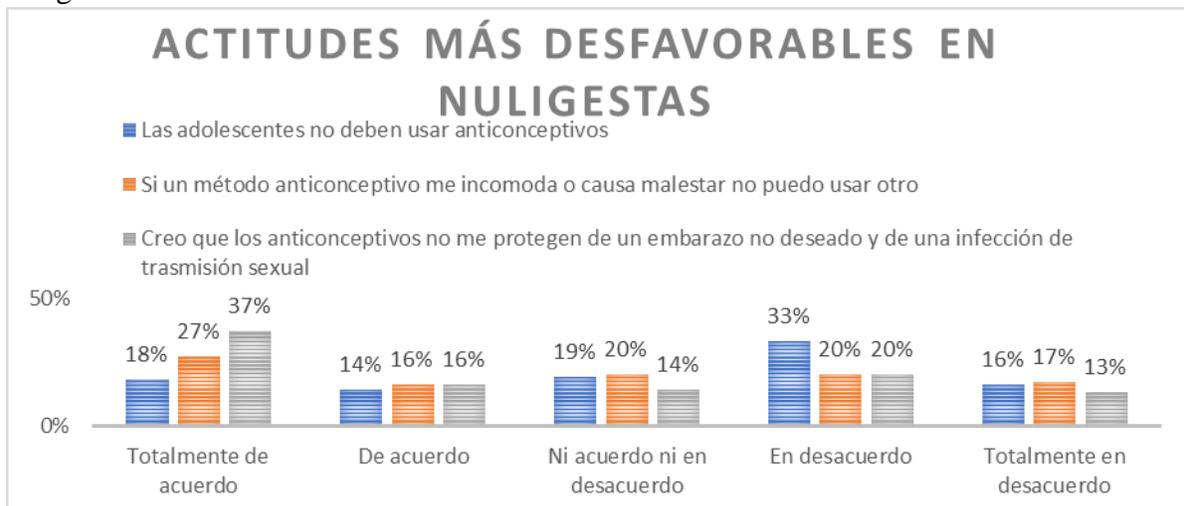


Gráfico 16. Actitudes más desfavorables en Primigestas.

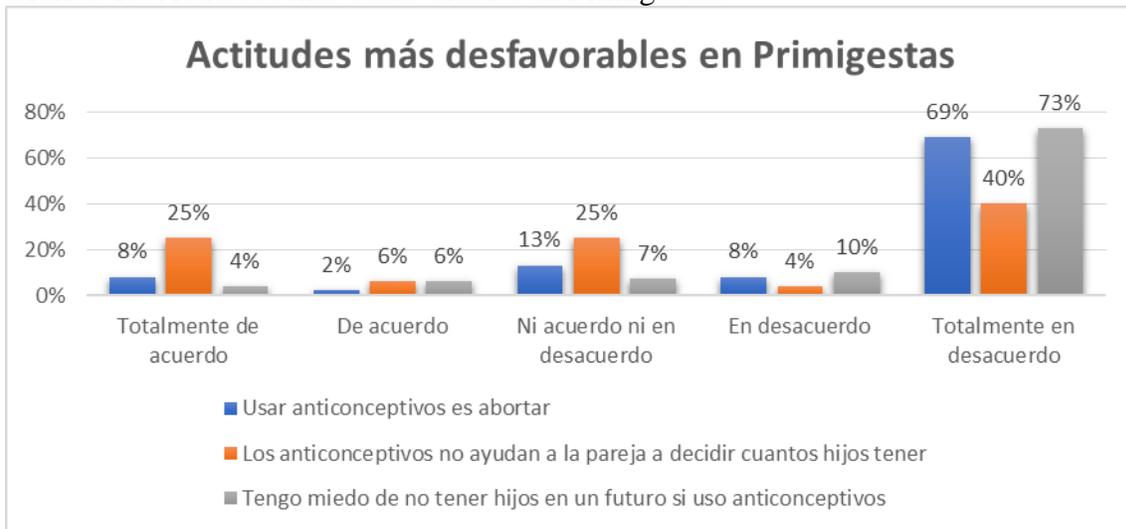


Gráfico 17. Nivel de conocimiento versus actitud al uso de métodos anticonceptivos en nuligestas y primigestas.

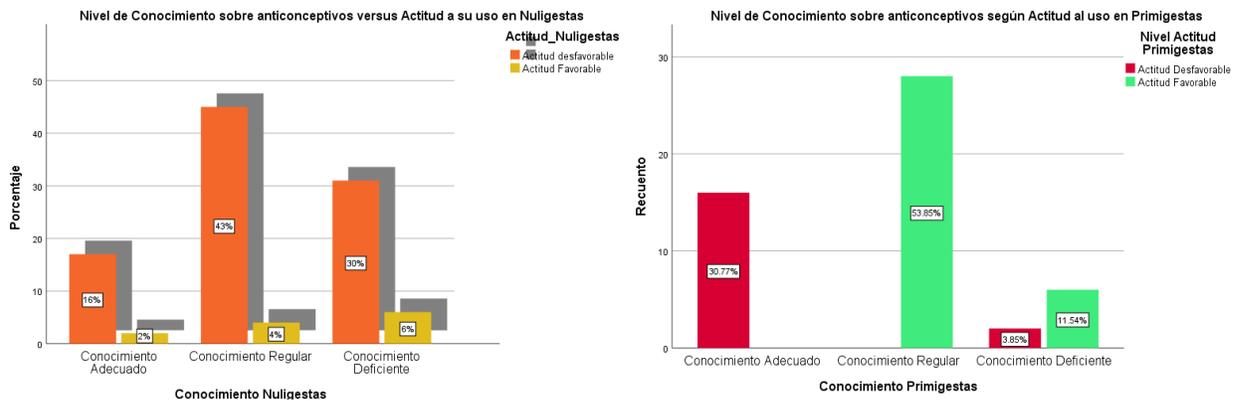


Gráfico 18. Asistencia a consejería sobre métodos anticonceptivos en Nuligestas y Primigestas

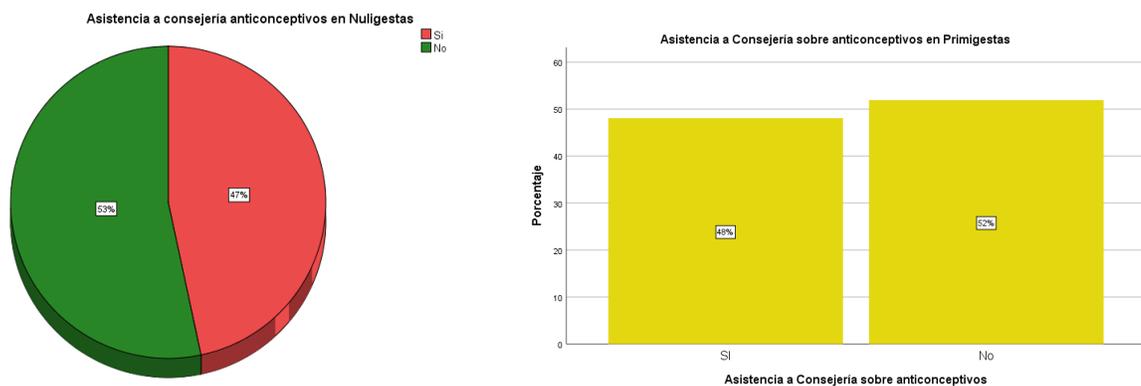


Gráfico 19. Edad de inicio de vida sexual en Primigestas.



Gráfico 20. Inicio de vida sexual en Nuligestas por edad.

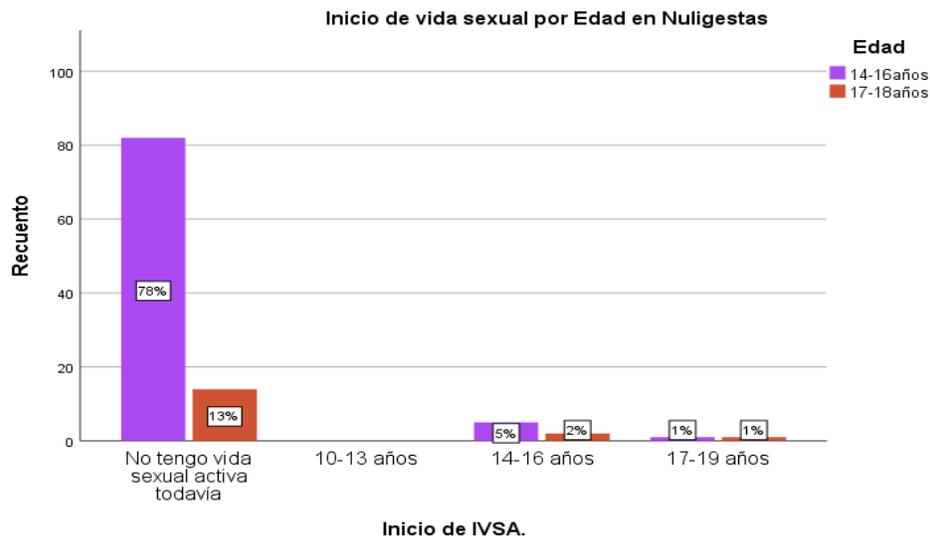


Gráfico 21. Edad de Inicio de vida sexual activa en nuligestas

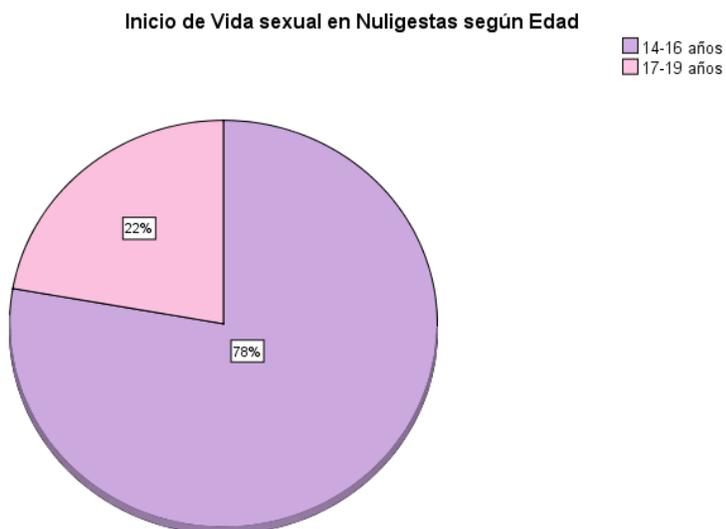


Gráfico 22. Método anticonceptivo usado en primera relación sexual en nuligestas

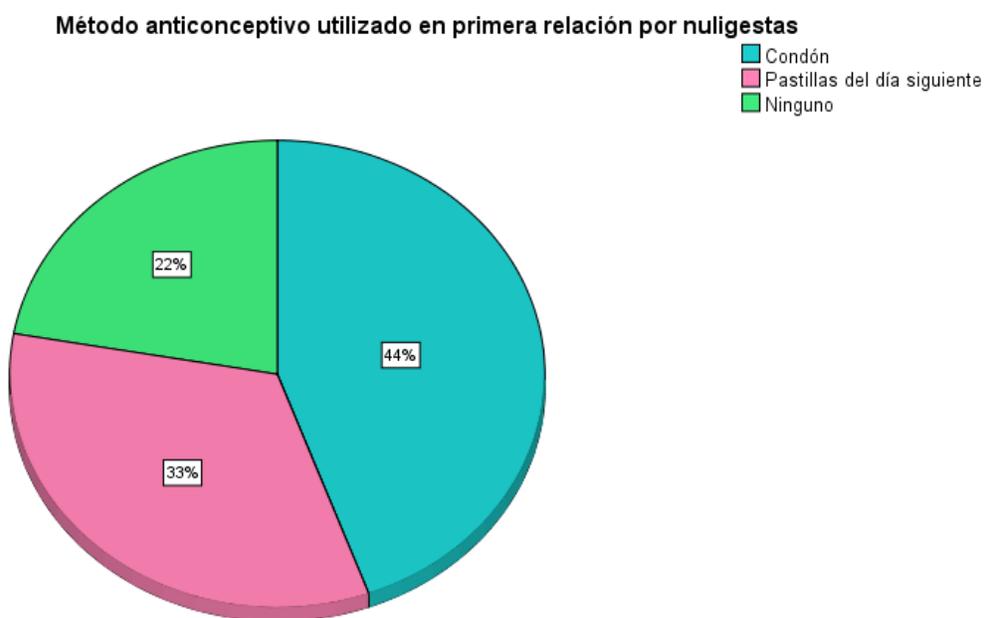


Gráfico 23. Método anticonceptivo utilizado en primigestas en Primera Relación sexual

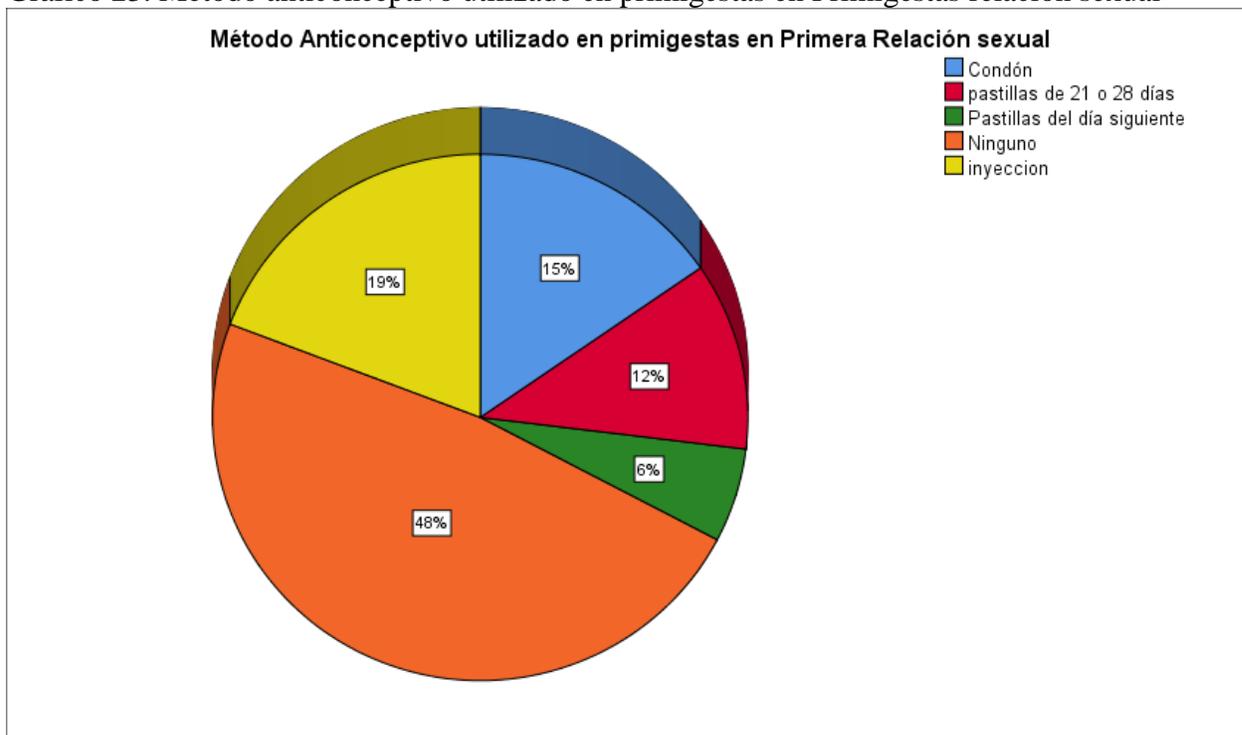


Gráfico 24. Método anticonceptivo utilizado en relaciones subsecuente en Nuligestas



Gráfico 25. Actitud al uso de anticonceptivo en nuligestas y uso de método de planificación familiar.

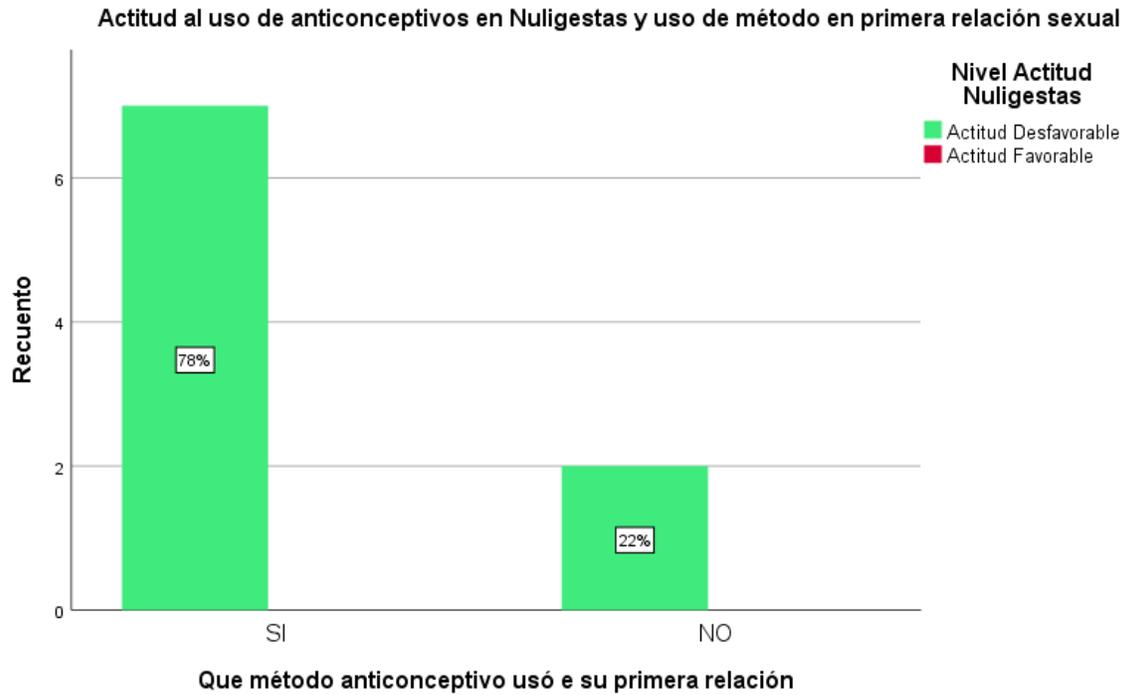
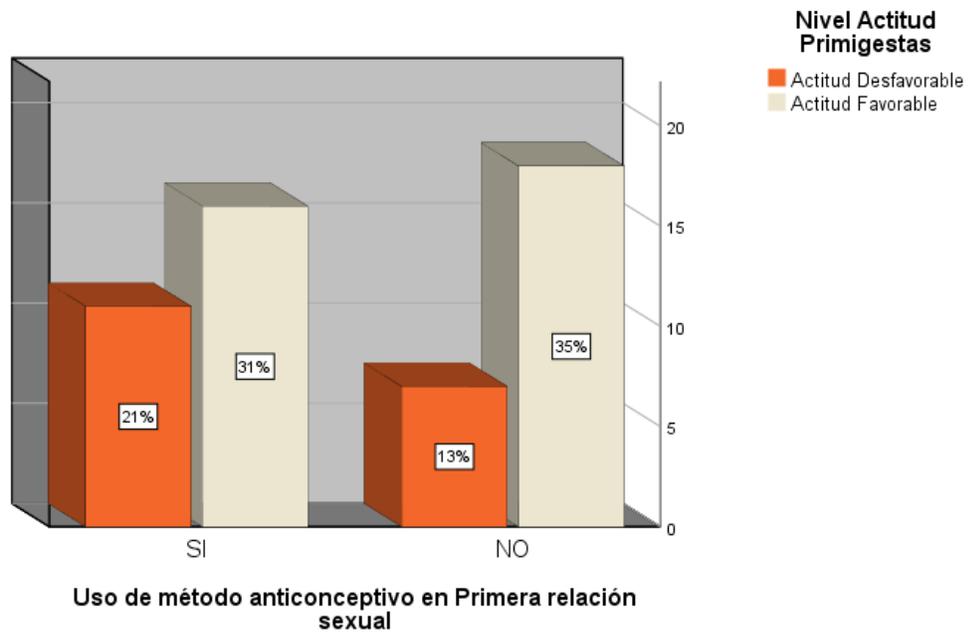


Gráfico 26. Actitud al uso de métodos anticonceptivos en Primigestas y uso de método de planificación familiar.

Actitud al uso de anticonceptivos y uso de anticonceptivos en primera relación sexual en primigestas



Preguntas de realización en los grupos focales de adolescentes

1. ¿Qué es un método anticonceptivo?
2. ¿Qué utilidad tienen los métodos anticonceptivos?
3. ¿Qué métodos anticonceptivos conocen?
4. ¿Consideran que los métodos anticonceptivos ayudan a la pareja a tener una relación sana?
5. ¿Además de prevenir el embarazo que reacciones puede tener el uso de métodos anticonceptivos?
6. ¿Creen que los adolescentes tienen conocimientos amplios sobre métodos anticonceptivos?
7. ¿Cómo consideran que los jóvenes pueden llegar a tener interés en el uso de los métodos anticonceptivos?
8. ¿Por qué cree que muchos jóvenes no usan métodos anticonceptivos en sus relaciones sexuales?
9. ¿Considera que en su educación escolar es adecuada y suficiente la información que le dan sobre métodos anticonceptivos?
10. ¿Cómo creen que puede llegarse a prevenir los embarazos en la etapa adolescente?

Consentimiento Informado



Este Formulario de Consentimiento se dirige a adolescentes en edades de 14-19 años que son estudiantes activas del Instituto Carmela Noguera en el año lectivo 2017 y para adolescentes 14-19 ingresadas en Hospital amistad Japón Nicaragua embarazadas o en su etapa de puerperio; que se le invita a participar a su hija en la Investigación Monográfica de “Conocimientos, actitudes y prácticas de métodos anticonceptivos en adolescentes nuligestas del Instituto Público Carmela Noguera y primigestas atendidas en Hospital Amistad Japón-Nicaragua, Granada de Primero de Marzo al Primero de Abril 2017.”

Investigadores: Hilma del Carmen Bermúdez González

Fátima Danelia Jarquín Solórzano

Somos estudiantes de Medicina concluyendo 6to año de la Universidad Autónoma de Nicaragua y estamos investigando sobre los conocimientos generales sobre métodos anticonceptivos de la población adolescente del municipio de Granada. Se le invita a participar a su hija de forma voluntaria y autorizada por su tutor inmediato puede adquirir información directamente con nosotras por si se presentan dudas. Se le explicará a usted y a su hija todas las interrogantes sobre nuestro estudio o sobre el formato aplicado para la investigación.

Nuestra investigación se fundamente en la anticoncepción ya que sigue siendo de importancia para nuestra sociedad de manera que son eficaces para prevenir embarazos no deseados, el conocimiento básico obtenido de estos les ayuda a los jóvenes tener herramientas básicas para programar y manejar su vida, les da el poder de decisión y la libertad de decidir tener o no una vida sexual activa de manera responsable. Por lo cual saber qué grado de conocimiento tienen los adolescentes nos orientará si ellos tienen la información necesaria para protegerse y decidir sobre su vida y en base a esto crear estrategias que apoyen al joven a adquirir orientación necesaria para planificación familiar. Esta investigación incluirá a adolescentes de 14-19 años aplicándosele una encuesta sobre aspectos generales y básicos que necesitan saber sobre métodos anticonceptivos. La

participación de su hija es totalmente voluntaria avalada por su aprobación. Pueden elegir la participación o no de la adolescente. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado la participación de la joven antes. Cabe destacar que encuesta no tiene algún tipo de influencia que pueda conducir a la adolescente a realizar ciertas conductas, nos centramos en realizarlo tomando información de Normativa 002 de Planificación Familiar publicada por MINSA- Nicaragua.

Una vez recibida este documento firmado por el tutor se le dará la encuesta a la adolescente que procederá a llenar según se le pide en el documento y se nos entregará. Documento no solicita ningún tipo de identificación personal es totalmente anónimo durante su aplicación se contestarán interrogantes del mismo y posterior a su entrega se aclararán dudas creadas durante su realización.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente que mi _____ de la cual soy tutor participe en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirar consentimiento en cualquier momento sin que se me afecte en ninguna manera.

Nombre del Tutor _____

Nombre del Participante _____

Firma del Tutor _____

Fecha _____