



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

**TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE MAESTRA EN SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA**

CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DE
ADOLESCENTES ASISTENTES A LA CLÍNICA AMOS VILLA GUADALUPE,
MANAGUA AGOSTO - OCTUBRE 2019

AUTORA:

DRA. LILLIAM DE LOS ÁNGELES NARVÁEZ MAYORGA

EGRESADA MSSR

TUTORA:

MSSR. FLAVIA VANESSA PALACIOS RODRÍGUEZ

CAPÍTULO 1: GENERALIDADES	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
Opinión de la tutora	v
RESUMEN	vi
1.1. Introducción	1
1.2. Antecedentes	2
1.3. Justificación	7
1.4. Planteamiento del problema	8
1.5. Objetivos	9
1.6. Marco Teórico	10
CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO	40
2.1. Tipo de estudio	41
2.2. Universo	41
2.3. Muestra	41
2.4. Técnicas y procedimientos	42
2.5. Plan de tabulación y análisis.	43
2.6. Enunciado de las variables del estudio por objetivos	44
2.7. Operacionalización de variables	45
2.8. Consideraciones éticas	47
CAPÍTULO III: DESARROLLO	48
3.1. Resultados	49
3.2. Análisis de los resultados	53
3. Conclusiones	57
3.4. Recomendaciones	58
CAPÍTULO IV: BIBLIOGRAFÍA	60
Referencias bibliográficas	61
CAPÍTULO V: ANEXOS	63
Anexo 5.1. Instrumento de recolección de información	64
Anexo 5.2. Consentimiento informado	69
Anexo 5.3. Tablas	70
Anexo 5.4. Gráficos	78

CAPÍTULO 1: GENERALIDADES

DEDICATORIA

A Dios padre celestial por su infinita misericordia quien me guía día a día y me dio la fuerza, sabiduría para culminar un logro más en mi carrera profesional.

A mis padres por su apoyo incondicional en mis dificultades, triunfos y alegrías a lo largo de mi vida, por su ejemplo de esfuerzo y perseverancia para lograr cada una de mis metas.

A mis hijos quienes son el motor que me impulsa a seguir adelante cada día convirtiéndose en un pilar fundamental en mi vida y una fuente ilimitada de amor.

A mi esposo quien ha me ha apoyado en incontables momentos y me alienta a no rendirme ante las dificultades.

A todos con mucho cariño.

Lilliam de los Ángeles Narváez Mayorga

AGRADECIMIENTOS

A Dios por otorgarme la vida, por instruirme siempre y mostrarme el camino que debo seguir, por todas sus bendiciones.

A mis padres por su amor, comprensión y apoyo incondicional.

A la Lic. Yadira Medrano por instarme a realizar la Maestría

A la Dra. Adilia Castrillo por su confianza y apoyo al facilitarme los medios para concluir esta meta pendiente.

A la Dra. Flavia Palacios por su tiempo, paciencia y dedicación brindada para la realización de esta investigación.

A la Clínica AMOS Villa Guadalupe por permitirme realizar este estudio, a mis amigas y compañeras de trabajo Yamileth y Selma por apoyarme en todo lo necesario a lo largo de su realización. Gracias Yami, por tenderme siempre tu mano amiga.

A mis hermanos por el apoyo durante el proceso de esta investigación.

A mis suegros que durante el proceso de esta investigación estuvieron pendiente de que pudiera lograr culminar este estudio.

A los pacientes entrevistados para la realización del presente estudio, ya que sin su ayuda no hubiese sido posible la elaboración de esta investigación.

A todos ellos mi más sincero agradecimiento.

Lilliam de los Ángeles Narváez Mayorga

Opinión de la tutora

Aunque existen grandes avances en anticonceptivos en tecnología anticonceptiva con ello mayor control de la natalidad, en el mundo los adolescentes continúan presentando dos problemas importantes como son los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH Sida.

Según el Boletín de la Organización Mundial de la Salud, publicado 2017 vol. 95; dentro de las razones para no usar anticonceptivos varían, entre las adolescentes solteras y sexualmente activas las más comunes son no estar casada y la escasa frecuencia de relaciones sexuales. En cambio, para las adolescentes en pareja, entre las razones más comunes se encuentran el estar amamantando y la abstinencia posparto. Ambos grupos de adolescentes citaron con frecuencia el miedo a los efectos secundarios y la preocupación por su salud.

Por ello este estudio tiene relevancia para identificar los conocimientos y prácticas de las adolescentes sobre anticoncepción y buscar estrategias educativas para prevenir las consecuencias del no uso.

La egresada de la Maestría Lilliam de los Ángeles Narváez Mayorga, aspirante al título, ha demostrado interés en el proceso de investigación disciplina y dominio temático con una amplia revisión bibliográfica.

Por lo que felicito a la investigadora por el estudio que será de utilidad para futuros estudios e insto a que continúe desarrollando sus habilidades en el área de la investigación científica.

Msc. Flavia Vanessa Palacios Rodríguez

RESUMEN

Nicaragua es el país de América latina con el porcentaje más alto de embarazo en adolescentes con una alta tasa de muerte materna, en donde los nacimientos de mujeres adolescentes representan aproximadamente una cuarta parte de los nacimientos de cada año.

La adolescencia es una de las etapas más importante en el desarrollo de la vida del ser humano que involucra una serie de cambios físicos, mentales y emocionales que contribuyen a definir el comportamiento del individuo dentro de la sociedad.

Este es un estudio descriptivo, transversal, con el objetivo de determinar los conocimientos y prácticas sobre el uso de anticonceptivos, en adolescentes en edades de 15 y 19 años de la clínica de salud de villa Guadalupe de agosto a octubre 2019, con una muestra de 109, para un IC de 95%.

De los adolescentes encuestados el 68.8% tenían de 15 a 19 años, el 78% eran del sexo femenino, 42.2% eran católicos, 36.7% tenían la escolaridad de secundaria completa, 47.7% eran amas de casa, 47.7% con estado civil acompañado. El 69.7% conocía de métodos anticonceptivos, con respecto de las formas de uso 55.3% fue inadecuado y en relación a las prácticas fue inadecuado el 60.5%.

En Nicaragua el mal uso y manejo incorrecto de los métodos anticonceptivos en los adolescentes provoca cada día efectos importantes en el buen desarrollo de su proceso biológico, psicológico y social. Lo hace que el uso de los métodos anticonceptivos por parte de los adolescentes sea un tema de especial interés y se recomienda fortalecer los programas educativos y de salud dirigidos a los adolescentes en donde se incluyan temas relacionados al uso correcto de los métodos anticonceptivos para la prevención de embarazo.

Palabras claves: métodos anticonceptivos, conocimientos, prácticas, adolescencia

1.1.Introducción

La adolescencia es un periodo de la vida del ser humano donde los estilos de vida pueden ser impredecibles y giran alrededor de temas como la afirmación de su independencia, comodidad y aceptación por parte de su grupo. Los estilos de vida de las y los adolescentes los pueden exponer a embarazos no deseados y a contraer ITS. (UNFPA, Mitos y métodos anticonceptivos, Perú, 2011)

Los métodos anticonceptivos son todos aquellos capaces de evitar o reducir las posibilidades de un embarazo de acuerdo a los Criterios Médicos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en general, las y los adolescentes son elegibles para usar los mismos métodos anticonceptivos que las personas adultas y deben tener acceso a una variedad de opciones anticonceptivas. La edad en sí no constituye una razón médica para negar cualquier método a las y los adolescentes(OMS, 2018).

Se calcula que en los países en desarrollo unos 225 millones de mujeres desean posponer o detener la procreación, pero no utilizan ningún método anticonceptivo. Algunas de las razones son el temor a efectos colaterales, oposición por razones culturales o religiosas y servicios de salud de mala calidad.

En tal sentido la presente investigación permitirá analizar los conocimientos y prácticas en el uso de los métodos anticonceptivos que tienen los y las adolescentes que acuden a consulta a la Clínica AMOS, Villa Guadalupe, Managua, en el período comprendido agosto a octubre 2019”.

Con esta investigación, se pretende identificar los conocimientos y las prácticas del uso de métodos anticonceptivos para la prevención del embarazo en adolescentes que han iniciado su actividad sexual.

1.2. Antecedentes

1.2.1. Estudios Internacionales

Fernández (2013), se realizó un estudio de *Conocimientos de métodos anticonceptivos en adolescentes* en la ciudad de La Habana - Cuba, con alumnos de secundaria con los siguientes resultados: el 100% de los adolescentes encuestados reconocen el preservativo masculino como método anticonceptivo, el 64.1% recibieron la información sobre anticoncepción de amigos, y el 100% de los encuestados conocen la importancia del preservativo para evitar embarazos y enfermedades de transmisión sexual. En esta investigación se enfatiza la necesidad de la preparación a los docentes sobre temas de salud sexual y reproductiva, para así evitar que los adolescentes busquen información en sus amigos y reciban una guía inadecuada e incorrecta. (Fernández, 2013).

Vinueza, (2018) realizó un estudio sobre *conocimiento actitudes y prácticas de métodos anticonceptivos a los estudiantes de medicina de Ecuador* se encontró que el conocimiento sobre los métodos anticonceptivos en los participantes fue alto, destacaron en primer lugar el condón (98,4%), en segundo y tercer lugar los métodos de esterilización como vasectomía (97,2%) y la ligadura (95,5%), respectivamente. DIU o espiral (94,3%), anticonceptivos orales (93,9%), anticoncepción de emergencia (92,7%) e implante subdérmico (91,1%) (Vinueza, 2018)

Un dato destacable en ese mismo estudio, reflejó que a pesar del vasto conocimiento de anticoncepción por parte los estudiantes de medicina, el 20,7% han utilizado el coito interrumpido como método de elección, siendo este una posible causa de embarazos no deseados. Pese a ser distintos, el condón masculino y la anticoncepción de emergencia son métodos usados, lo que concuerda con otros estudios en países en desarrollo y desarrollados. (Vinueza, 2018)

El uso de anticonceptivos ha aumentado en muchas partes del mundo, especialmente en Asia y América Latina, pero sigue siendo bajo en África subsahariana. A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente, de un 54% en 1990 a un 57,4% en 2015. A escala regional, la proporción de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que usan algún método anticonceptivo ha aumentado mínimamente o se ha estabilizado entre 2008 y 2015. En África pasó de 23,6% a 28,5%; en Asia, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente de un 60,9% a un 61,8%, y en América Latina y el Caribe el porcentaje ha permanecido en 66,7% (OMS, 2016)

En Colombia, se realizó en 2013 una investigación con adolescentes escolarizados, con el fin de medir el nivel de conocimiento básico acerca de métodos anticonceptivos. Los resultados muestran que los conocimientos sobre anticoncepción son deficientes en todos los niveles en todos los grupos de escolaridad y de edad, resultado preocupante dado que el grupo de adolescentes es uno de los más vulnerables y expuestos a embarazos no deseados, no planificados o imprevistos, con riesgo de enfermedades de transmisión sexual, cuyo inicio de la práctica sexual es muy temprano (en general a los 16 años de edad), aun cuando no conocen de métodos anticonceptivos o cuando la información o asesoramiento que manejan es deficiente. (Posada, M., & Mora, B, 2015)

Panneflex, Salazar y Munive (2015), en Colombia un estudio sobre *Conocimientos, Creencias y prácticas de los adolescentes de la cultura Caribe en Anticoncepción* demostraron que el 65,6% de los encuestados ha escuchado sobre los métodos de planificación sin embargo al indagar sobre sus características, uso y mecanismo de acción este porcentaje descendió al 54,7%. El 62,5% informa que el sitio donde acuden con mayor frecuencia para obtener métodos de planificación familiar es la farmacia. (Panneflex, P. L., Salazar, D. A., & Munive, M. V., 2016)

Hernández, Pinzón (2017), en su estudio *conocimientos actitudes y prácticas en anticoncepción en adolescentes escolarizados en Villavicencio*, evidenciaron que la mayor población es de sexo femenino con 50,1 % contemplados entre las edades de 16 a 17 años con el 54,3 %. El 66,7 % de los estudiantes encuestados, consideran que sus conocimientos sobre métodos anticonceptivos son “escasos”, de estos el 68,3 % son hombres. En cuanto a la edad, se evidencia que quienes tienen entre 16 y 17 años (68,9 %) son quienes más consideran tener ese nivel de conocimiento. (Hernandez, Velasquez, Pinzon, 2017)

Gómez-Inclán, Durán-Arenas (2017) en su estudio *El acceso a métodos anticonceptivos en adolescentes de la Ciudad de México* reflejan que el embarazo en esta población sigue en aumento, ya que en 2012 alcanzó una proporción de 19.4%, la mayor del periodo 1990-2012. Además representa 9.6% de la razón de mortalidad materna nacional, lo que produce efectos negativos en el ámbito social y familiar, como la orfandad, la violencia infantil por ausencia materna, el trabajo infantil y la depresión, por mencionar algunos. (Gómez Inclán & Duran Arenas, 2017)

1.2.2. Estudios Nacionales

Baltodano Nineth y Rivera Oscar en su estudio Nivel de Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Métodos Anticonceptivos en Estudiantes del Instituto de Secundaria Miguel de Cervantes en relación a los adolescentes que iniciaron vida sexual, se encontró que el 66.7% (96) SI utilizaban métodos anticonceptivos actualmente, mientras que 33.3% (48) de los adolescentes NO utilizaban ningún tipo de método anticonceptivo. En cuanto a la frecuencia de uso de métodos anticonceptivos, el 57.3% (55) los utilizaban Siempre, y solo el 29.3% (28) lo utilizaban de manera Frecuente, y en cambio el 13.5% (13) siempre de forma ocasional. En relación al Nivel de Práctica encontró que el 20.1% (58) de los adolescentes tenía un nivel de práctica buena, mientras que el 30.8% (89) de los estudiantes tuvieron una práctica regular y el 49.1% (142) de los encuestados un nivel de práctica mala. (Baltodano Nineth, 2016)

López Marina, Tenorio Valeska (2015) en su estudio sobre las prácticas de los métodos anticonceptivos en adolescentes concluyen que 44 (97.8%) adolescentes indicaron que su pareja ha utilizado el condón alguna vez, 19 (42.2%) usaron ellas o su pareja algún método en su primera relación sexual. Al preguntarles si han usado métodos anticonceptivos las 45 (100%) adolescentes respondieron que si han utilizado. Con respecto a la toma de decisiones en conjunto sobre la elección de algún método anticonceptivo 44 (97.8%) adolescentes indicaron que lo han hecho en compañía de su pareja. Las 45 adolescentes encuestadas estaban utilizando algún método anticonceptivo y la misma cantidad ha ido a la unidad de salud a planificar; en relación a la frecuencia del uso de métodos anticonceptivos 37(82.2%) adolescentes refirieron usarlo en todas las relaciones sexuales y 8 (17.8%) indicaron que usan métodos ocasionalmente en sus relaciones sexuales. (Lopez Marina, Tenorio Valeska, 2015)

Quintero Angélica y Duarte Denis en su estudio sobre Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre Métodos Anticonceptivos en los y las Adolescentes del Instituto Concepción de María, mangua, encontraron que 130 (67%) de los adolescentes tenía un nivel de practica malo, 38 regular (19.6%) y 26 un nivel de practica bueno (13.4%). En el sexo masculino 62 (70.5%) tuvieron conocimiento bueno, 19 (21.6%) conocimiento regular y 7 (7.9%) conocimiento malo. En el sexo femenino 88 (75.5%) presentaron conocimiento bueno, 15 (17%) conocimiento regular y 3 (7.5%) conocimiento malo. (Quintero Cristiam Angelica, Duarte Denis, 2013)

Munguía Carlos ,en su estudio sobre Conocimientos, Actitudes y Practicas sobre Métodos Anticonceptivos en los Adolescentes del Instituto Publico de Quilali con un total de 317 Adolescentes, encontró sobre nivel de Conocimiento 219 (69%) fue malo y solo 44 (14%) fue bueno, las Actitudes (75.3%) fue favorable y el 84 (26.4%) resulto ser desfavorable y el nivel de Práctica (60%) resulto una Practica mala y 48 (15%) tuvieron un nivel de Practica bueno.) (Munguia, 2013)

Encuesta Nacional de Demografía y Salud,(2011-2012),en Nicaragua, el grupo de adolescentes de 15 a 19 años la Tasa Global de Fecundidad se ha reducido en 42%; no obstante el grupo adolescente, es el que ha representado el grupo con mayores necesidades insatisfechas con respecto al resto de grupos etarios.(Endesa, 2011/2012)

En Nicaragua, la prevalencia de uso de Métodos Anticonceptivos modernos (barrera, hormonales, esterilización y MELA) en mujeres unidad de 15 – 49 años es de 77.3%, con una demanda insatisfecha del 5.8% la brecha urbano – rural en el acceso a métodos anticonceptivos modernos es de 3.7%. Tienen menor acceso las personas de bajo nivel educativo, los más pobres y los adolescentes.(Endesa, 2011/2012)

1.3. Justificación

Los adolescentes ocupan el 21% del total de la población nacional. El porcentaje de nacimientos proveniente de adolescentes de 15 a 19 años es de 25%. (Endesa, 2011/2012).

Las adolescentes sexualmente activas son menos propensas a utilizar un método anticonceptivo, en comparación con las mujeres adultas, aún en aquellos lugares en los cuales los métodos anticonceptivos son fáciles de obtener. Esto podría deberse a que pertenecen al grupo de población vulnerable por las características propias de su edad.

En el país si bien ha habido avances relacionados con el acceso a la educación sexual en las escuelas, la información que se les brinda a los/as adolescentes, no les permite tomar decisiones. Por otro lado, está demostrado que algunos/as adolescente reciben información sobre sexualidad por parte de sus pares, con conocimientos erróneos, fortaleciendo mitos, en particular relacionados con los métodos anticonceptivos, llevando a muchos/as a iniciar su vida sexual sin medidas de protección para evitar un embarazo. Un hallazgo recurrente en diversas investigaciones refleja que a pesar que los/as adolescentes poseen un buen conocimiento sobre los métodos anticonceptivos, el porcentaje de uso se reduce.

Por lo antes expuesto, la presente investigación pretende determinar los conocimientos y prácticas de los métodos anticonceptivos que tienen los y las adolescentes que acuden a la Clínica AMOS Villa Guadalupe, para identificar con precisión los vacíos que existen tanto en los conocimientos, como en las prácticas sobre los métodos anticonceptivos en adolescentes, que permita mejorar el acceso a una información, veraz, oportuna y completa, así como a promover el uso correcto y sistemático de los métodos desde las diferentes instituciones, para contribuir a la prevención del embarazo en la adolescencia.

1.4.Planteamiento del problema.

Nicaragua representa uno de los países con índices más altos de embarazo adolescente, la tasa de Natalidad se encuentra en 109 de cada 1000 mujeres entre 15-19 años y la no utilización de métodos anticonceptivos influye en el aumento de la natalidad. (MINSA, 2017)

Las adolescentes entre 15 y 19 años de edad, tienen el doble de probabilidad de morir a causas de complicaciones durante el embarazo, que las mujeres entre los 20 y 24 años de edad. Las menores de 15 años de edad tienen un riesgo 4 veces mayor. (Codeni, 2017)

El pobre conocimiento acerca de la buena utilización de los métodos anticonceptivos es un factor potencial que influye en embarazos no deseados a temprana edad, el embarazo en la adolescencia tiene una serie de implicaciones que van desde el nivel personal y familiar, hasta aquellas relacionadas con el desarrollo nacional.

Hoy en día son muchos adolescentes tienen una vida sexual plena y habitual; pero son pocos los que están bien informados de los riesgos que corren y como pueden prevenir una infección de transmisión sexual y embarazos no deseados por tal razón es de vital importancia formular la siguiente interrogante de investigación:

¿Cuáles son los conocimientos y prácticas sobre métodos anticonceptivos de los adolescentes asistentes a la clínica AMOS Villa Guadalupe, Managua agosto – octubre 2019?

Y las siguientes preguntas directrices:

1. ¿Cuáles son las características socio demográfica de la población en estudio?
2. ¿Cuáles son los conocimientos y las fuentes de información sobre métodos anticonceptivos en el grupo en estudio?
3. ¿Cómo son las prácticas de uso de métodos anticonceptivos de la población a estudio?

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo General:

Describir los conocimientos y prácticas sobre métodos anticonceptivos de los adolescentes asistentes a la clínica AMOS Villa Guadalupe Managua durante los meses de agosto a octubre 2019.

1.5.2. Objetivos Específicos:

1. Caracterizar socio demográficamente a la población en estudio.
2. Describir los conocimientos y las fuentes de información sobre métodos anticonceptivos en el grupo en estudio.
3. Determinar las prácticas de uso de métodos anticonceptivos de la población a estudio.

1.6.Marco Teórico

1.6.1. Epidemiología

En 1994, se realizó la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo, constituyó un espacio de reflexión de la Comunidad Internacional acerca de los derechos de las personas en relación a la reproducción y el significado de los mismos en la promoción del desarrollo humano. Por primera vez los gobiernos reconocieron internacionalmente los derechos reproductivos contenidos en documentos internacionales sobre los derechos humanos y se priorizó a niños y adolescentes. (ONU, 1994)

Así mismo se establece la calidad de vida y la Planificación Familiar como principios fundamentales, se afirmó el derecho universal a la Salud Sexual y Reproductiva, la opción libre e informada, el respeto a la integridad física y el derecho a no sufrir discriminación ni coerción en todos los asuntos relacionados con la vida sexual y reproductiva de las personas. (ONU, 1994)

Los derechos reproductivos se basan en el reconocimiento del derecho básico de toda pareja e individuo de decidir, libre y responsablemente, la cantidad de hijos que desean tener, el momento oportuno para tenerlos y el tiempo entre embarazos, así como la de tener la información y los medios para concretar sus deseos, y el derecho de obtener el mayor estándar de salud sexual y reproductivo (Nicaragua, 2002)

De acuerdo a la Ley General de Salud aprobada el 14 de marzo del 2002 y publicada en la Gaceta No. 91 del 17 de mayo del 2002 establece en la sección II, artículo 32.- “La atención en salud de la mujer, la niñez y la adolescencia será de acuerdo al Programa de Atención Integral a la Mujer, la Niñez y la Adolescencia del Ministerio de Salud”. Este programa incluirá las acciones de control prenatal, atención del parto, del puerperio, recién nacido, detección precoz del cáncer de cuello uterino y mamas, así como acciones para la salud sexual y reproductiva. (Nicaragua, 2002)

En el año 2008 el Ministerio de Salud formuló la “Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva” (ENSSR), que promueve la atención integral de salud y sus interrelaciones desde la perspectiva de género, derechos y durante el ciclo de vida. La Estrategia constituye el marco de referencia nacional que define las prioridades y orienta los recursos nacionales y de la cooperación externa, para la implementación de intervenciones sectoriales que contribuyen a mejorar la salud sexual y reproductiva de la población. (ENSSR, 2008)

En este documento se plantea un paquete de servicios para la atención al adolescente entre 10-19 años, que incluye: Promoción de Desarrollo Humano, Promoción de Valores y Autoestima, Prevención de Violencia, Proyecto de Vida, Postergar el inicio de la vida sexual, ITS/VIH/SIDA, Educación en la sexualidad responsable, Planificación Familiar, Maternidad segura y salud perinatal. (ENSSR, 2008)

En el año 2013 el Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas (UNFPA) realizó un estudio sobre situación de adolescentes y jóvenes en 43 municipios de Nicaragua el cual reportó que El uso de anticonceptivos es mucho mayor en jóvenes que ya tuvieron un primer embarazo: 78% de las mujeres sexualmente activas que ya estuvieron alguna vez embarazadas utilizan algún método anticonceptivo, principalmente las píldoras y las inyecciones. El uso de métodos anticonceptivos es mucho menor entre adolescentes que ya tienen relaciones sexuales, pero no han estado embarazadas: en esta situación se ubican el 10% de las de 15 a 16 años y el 25% de las de 17 a 19 años (UNFPA, Estudio sobre situación de adolescentes y jóvenes de 43 municipios de Nicaragua, 2013)

El uso de anticonceptivos ha aumentado en muchas partes del mundo, especialmente en Asia y América Latina, pero sigue siendo bajo en África subsahariana. A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente, de un 54% en 1990 a un 57.4%

en 2014. A escala regional, la proporción de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que usan algún método anticonceptivo ha aumentado mínimamente o se ha estabilizado entre 2008 y 2014. En África pasó de 23.6% a 27.64%; en Asia, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente de un 60.9% a un 61%, y en América Latina y el Caribe pasó de 66.7% a 67.0%. (Organización Mundial de la Salud, 2015)

Es preciso considerar que, en esta población, es particularmente importante la eficacia anticonceptiva y también la continuidad de uso y la aceptabilidad. Según la OMS en los criterios de elegibilidad médica para el uso de anticonceptivos, indica que: "en general, los y las adolescentes son elegibles para usar cualquier método de anticoncepción y deben tener acceso a una variedad de opciones anticonceptivas. La edad por sí misma no constituye razón médica para negar cualquier método a adolescentes". (OMS, 2018)

En relación a la efectividad se debe saber cuál es el método ideal para cada paciente. Existen ciertos criterios de elegibilidad propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Lo primero que se debe hacer, junto a la paciente, es el detectar si existen contraindicaciones para alguno de los métodos. Hay que conocer la historia clínica para detectar factores de riesgo, dependiendo al estilo de vida, a la edad y a la preferencia de cada usuaria.(OMS, 2018)

El Conocimiento: es el acto o efecto de conocer. Es la capacidad del hombre para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas, es la capacidad del hombre de aprender acerca de su entorno y de sí mismo. El término conocimiento indica cada una de las facultades sensoriales del hombre en la medida que estén activas. (Definicion.de, 2019)

El conocimiento se origina a través de la percepción sensorial, luego al entendimiento y finaliza en la razón. El conocimiento humano es sensitivo ya que son los sentidos los que nos ayudada a obtener experiencias y supra sensitivos, porque brinda como resultado el

razonamiento. La metodología de generar conocimiento tiene dos etapas: la investigación básica, etapa donde se observa la teoría y, la investigación aplicada, etapa donde se aplica la información. (Definicion.de, 2019)

El conocimiento puede ser "A priori" cuando no necesita de la experiencia solo le basta la razón para llegar a un conocimiento y "A posteriori" cuando necesita de la experiencia para llegar a un conocimiento válido.

Existen numerosas clasificaciones del conocimiento. Podría clasificarse por el área del saber, teniendo así un conocimiento médico, químico, biológico, matemático etc. pero también puede clasificarse en:

Conocimiento Teórico: aquellos que implican una interpretación de la realidad derivados de la comunicación de terceros, o sea, de experiencias directas que no hemos tenido, pero nos han referido. Por ejemplo, los conocimientos científicos, filosóficos o las creencias.

Conocimiento Empírico: Aquellos que obtenemos directamente de la experiencia del universo, y que constituyen el marco básico de "reglas" de entendimiento de cómo opera el mundo en que vivimos. Por ejemplo, el conocimiento espacial, abstracto y vinculado con las percepciones.

Conocimiento Empírico: Aquellos que apuntan a obtener un fin o realizar una acción, y que nos sirven para modelar la conducta. Por ejemplo, los conocimientos técnicos éticos o políticos. (Caracteristicas.co/Conocimiento, s.f.)

Concepto de Práctica: Práctica es un concepto con varios usos y significados. La práctica es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos. Por ejemplo: "Tengo todos los conocimientos teóricos necesarios, pero aún no he logrado llevarlos a la práctica con éxito", "Dicen que un científico chino logró demostrar teorías milenarias en la práctica".

El concepto de práctica puede ser utilizado con varias acepciones distintas. Incluso puede, dependiendo del contexto, actuar como un sustantivo (por ejemplo, cuando se dice “con la práctica se mejora”) pero también como un adjetivo (si se dice por ejemplo “realizar ejercicios es práctico para la salud”). Además, el término práctica también puede ser entendido como un adjetivo. De este modo, se considera que algo es práctico cuando es útil y positivo, es decir, que puede brindar beneficios para quien lo lleve a cabo. (Definicion.de, Definicion de practica, 2019)

Algo práctico es algo relativamente sencillo de hacer, que comporta soluciones o beneficios y que es recomendable. Un ejemplo de esto es cuando se recomienda a los estudiantes realizar cuadros sinópticos de los textos que leen porque se considera que son un elemento práctico para obtener mejores resultados. De cualquier modo, el término siempre tiene que ver con la noción de algo que se realiza, que se lleva a cabo y que requiere determinado conocimiento o constancia para que los resultados sean los esperados. (Definicion.de, Definicion de practica, 2019)

La práctica se convierte en una acción regular que se lleva a cabo por diferentes objetivos. Uno puede ser mejorar y obtener un rendimiento cada vez superior. En este sentido, la práctica es entendido como ‘el acto de realizar’ algo de manera regular que supone la posible obtención de buenos resultados en el desempeño. Por otro lado, la palabra práctica es comúnmente utilizada en el ámbito de la medicina para hacer referencia a las distintas áreas como por ejemplo la práctica de la anestesiología, de la traumatología, de la dermatología, etc. En este caso el término se vuelve más abstracto y sirve para designar al área en donde esa actividad se lleva a cabo regularmente. (Definicion.de, Definicion de practica, 2019)

Adolescencia: La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta que se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas psicológicas y sociales muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y Contradicciones. No es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social.

Concepto: La OMS define "la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, que está comprendida entre los 10 y 19 años, Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios, superado únicamente por el que experimentan los lactantes. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia. (OMS, • Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente, 2016)

1.6.2. La adolescencia y sus etapas

Adolescencia temprana (10 a 13 años)

Durante esta etapa, los niños suelen comenzar a crecer más rápido. También empiezan a notar otros cambios corporales, entre los que se incluyen el crecimiento de vello en las axilas y en la zona genital, el desarrollo de los senos en las mujeres y el aumento del tamaño de los testículos en los varones. Por lo general empieza uno o dos años antes en las niñas que, en los varones, y puede ser normal que algunos cambios comiencen tan pronto como a los 8 años para las niñas y a los 9 años para los varones. Muchas niñas tienen su primera menstruación alrededor de los 12 años, en promedio de 2 a 3 años después del comienzo del desarrollo de los senos. (healthychildren.org/Spanish, 2019)

Adolescencia media (14 a 17 años)

Es la adolescencia propiamente dicha, la mayoría de los varones comienzan su "crecimiento repentino" y continúan los cambios relacionados con la pubertad. Es posible, por ejemplo, que se les quiebre la voz a medida que se les va agravando. A algunos le sale acné. Es probable que los cambios físicos estén casi completos en las mujeres y la mayoría de las niñas ya tenga menstruaciones regulares. (healthychildren.org/Spanish, 2019)

A esta edad, a muchos adolescentes les surge el interés en las relaciones románticas y sexuales. Probablemente se cuestionen su identidad sexual y la exploren, lo que podría resultar estresante si no tienen el apoyo de sus pares, de la familia o de la comunidad. Otra forma típica de explorar el sexo y la sexualidad de los adolescentes de todos los géneros es la auto estimulación, también llamada masturbación. (healthychildren.org/Spanish, 2019)

Muchos jóvenes en su adolescencia media discuten más con sus padres porque luchan por tener más independencia. Es muy probable que pasen menos tiempo con la familia y más tiempo con los amigos. Les preocupa mucho su aspecto y la presión de los pares (compañeros) puede alcanzar el máximo punto en esta etapa. (healthychildren.org/Spanish, 2019)

El cerebro sigue cambiando y madurando en esta etapa, pero aún hay muchas diferencias entre la forma de pensar de un joven en su adolescencia media y de un adulto. Gran parte de esto se debe a que los lóbulos frontales son la última área del cerebro en madurar; el desarrollo no está completo hasta que la persona tiene veintitantos años. Los lóbulos frontales desempeñan un papel importante en la coordinación de la toma de decisiones complejas, el control de los impulsos y la capacidad de tener en cuenta varias opciones y consecuencias. Los jóvenes en la adolescencia media tienen más capacidad de pensar en forma abstracta y tener en cuenta el "panorama general", pero aún carecen de la capacidad de aplicarlo en el momento. (healthychildren.org/Spanish, 2019)

Adolescencia tardía (18 a 21 años a mas). Los jóvenes en la adolescencia tardía por lo general ya completaron el desarrollo físico y alcanzaron la altura definitiva que tendrán como adultos, suelen tener más control de sus impulsos y puede sopesar los riesgos y recompensas mejor y con más precisión. Tienen ahora un sentido más firme de su propia individualidad y pueden identificar sus propios valores. Se centran más en el futuro y basan sus decisiones en sus ilusiones e ideales. Las amistades y las relaciones románticas se encuentran más estables, se separan de sus familias tanto física como emocionalmente. No obstante, muchos restablecen una relación “adulta” ‘ con sus padres, considerándolos personas de su mismo nivel a quienes pedir consejos y con quienes hablar de temas serio, en vez de una figura de autoridad. (healthychildren.org/Spanish, 2019)

1.6.3. Características de la adolescencia

1. Crecimiento corporal dado por aumento de peso, estatura y cambios de forma y dimensiones corporales. Al momento de mayor aceleración de la velocidad de crecimiento en esta etapa se le denomina estirón puberal.
2. Se produce un aumento de la masa muscular y de la fuerza muscular, más marcado en el varón, acompañado de un aumento de la capacidad de transportación de oxígeno, incremento de los mecanismos amortiguadores de la sangre, que permiten neutralizar de manera más eficiente los productos químicos derivados de la actividad muscular, también se produce un incremento y maduración de los pulmones y el corazón teniendo por tanto un mayor rendimiento y recuperación rápida frente al ejercicio físico.
3. Incremento de la velocidad de crecimiento, los cambios en la forma y dimensiones corporales, los procesos endocrino metabólicos y la correspondiente maduración, no siempre ocurren de manera armónica, por lo que es común que presente torpeza motora, incoordinación, fatiga, trastornos del sueño, que pueden generar trastornos emocionales y conductuales de manera transitoria.

4. El desarrollo sexual está caracterizado por la maduración de los órganos sexuales la aparición de los caracteres sexuales secundarios y el inicio de la capacidad reproductiva.
5. Los aspectos psicosociales están integrados en una serie de características y comportamientos que en mayor o menor grado están presentes en esta etapa que son:
 - Búsqueda de sí mismo y de su identidad, ansiedad por la independencia.
 - Tendencia grupal.
 - Evolución del pensamiento concreto al abstracto. Las necesidades intelectuales y la capacidad de utilizar el conocimiento alcanzan su máxima eficiencia.
 - Manifestaciones y conductas sexuales con desarrollo de la identidad sexual
 - Contradicciones en las manifestaciones de su conducta y constantes fluctuaciones de su estado de ánimo.
 - Relaciones conflictivas con los padres que oscilan entre la independencia y la necesidad de separación de los mismos.
 - Actitud social reivindicativa: en este periodo, los jóvenes se hacen más analíticos, comienzan a pensar en términos simbólicos, formular hipótesis, corregir falsos conceptos, considerar alternativas y llegar a conclusiones propias. Se elabora una escala de valores en correspondencia con su imagen del mundo.
 - Elección de una ocupación y la necesidad de adiestramiento y capacitación para su desempeño.
 - Necesidad de formulación y respuesta para un proyecto de vida

1.6.4. Sexualidad y Adolescencia.

La adolescencia, además de ser un periodo de adaptación a los cambios corporales, es una fase decisiva de evolución, hacia una mayor independencia psicológica, es la etapa donde el individuo desarrolla su creatividad, su individualidad, sus habilidades, se plantea metas y proyectos de vida y donde la sexualidad es una de las grandes preocupaciones de estas transformaciones. (Zita, 2018)

Una Razón por la cual los adultos se preocupan por la actividad sexual temprana de los adolescentes es porque muchos de ellos no usan métodos anticonceptivos de forma regular, ayudar a los adolescentes a comprender que es el sexo, el embarazo, los métodos anticonceptivos y las enfermedades de transmisión sexual es el objetivo principal de los programas de educación sexual. (Zita, 2018)

Embarazo en la adolescencia: el embarazo en la adolescencia es considerado un problema de salud pública, las principales razones por las que el embarazo precoz afecta notablemente a los adolescentes son: aumenta el riesgo de mortalidad materna, especialmente en adolescentes jóvenes, incapacidad física, emocional o financiera para afrontar la maternidad; trastorna el trayecto educativo y el potencial profesional. (Zita, 2018)

Enfermedades de transmisión sexual en la adolescencia: los adolescentes que tienen sexo corren el riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual (ETS) entre ellas están Herpes genital, la gonorrea, la sífilis, la clamidia, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) (Zita, 2018)

Existen diferentes formas de manifestar la sexualidad que comprenden desde la abstinencia hasta las relaciones sexuales, incluyendo la masturbación y las caricias sexuales. Estas manifestaciones dependen del sexo de la persona, su experiencia, su educación y sus valores, entre otras:

La abstinencia: la abstinencia es una expresión en la cual las personas optan por no realizar ninguna actividad sexual ni autoerótica. Con frecuencia los hombres y las mujeres que practican la abstinencia sexual canalizan el impulso sexual a través de los llamados sueños húmedos: eyaculaciones nocturnas o lubricaciones vaginales. (La salud sexual y reproductiva en la adolescencia: un derecho a conquistar, 2002)

La masturbación: la masturbación es la manipulación de los genitales con el fin de sentir placer. Todavía existen creencias falsas acerca de la masturbación, como: “se detiene el crecimiento”, “se seca la columna”, etcétera. Es importante aclarar que la masturbación se da tanto en el hombre como en la mujer, no causa daño físico ni mental, al contrario, permite que los adolescentes ensayen su vida sexual futura. (La salud sexual y reproductiva en la adolescencia: un derecho a conquistar, 2002)

Las caricias sexuales: son expresiones placenteras compartidas por las y los adolescentes sin llegar a la relación coital. Las caricias comprenden los besos, abrazos, tocamientos y masajes con fines eróticos. Las caricias sexuales permiten conocer y reconocer el propio cuerpo y el del otro, ayuda a disfrutar el erotismo y diversifica las posibilidades del placer. (La salud sexual y reproductiva en la adolescencia: un derecho a conquistar, 2002)

Las relaciones sexuales: son otra forma de expresar la sexualidad, y consisten en intercambiar caricias con el fin de llegar al coito. Las relaciones sexuales (coitales) permiten el intercambio de placer, amor, sentimientos, afectos y comunicación. Las relaciones sexuales se practican desde diferentes orientaciones o preferencias, como la heterosexualidad, (gusto para

relacionarse afectiva o eróticamente con personas de diferente sexo), la homosexualidad (gusto para relacionarse afectiva o eróticamente con personas del mismo sexo), y la bisexualidad (cuando existe la misma atracción hacia uno y otro sexo).

La sexualidad, al ser parte de la vida individual de las personas, es un producto de la cultura y está inmersa en diferentes ámbitos. La salud sexual busca llegar a un estado de bienestar. Los problemas que afecten la sexualidad como: riesgos de embarazos no planeados, maternidad y paternidad tempranas, matrimonios forzados, abortos, infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA y abuso sexual entre otros, son motivo de estudio y atención por los especialistas y las instituciones que trabajan en el diseño y prevención de programas y servicios en salud sexual. (La salud sexual y reproductiva en la adolescencia: un derecho a conquistar, 2002)

1.6.5 Derechos Sexuales y Reproductivos de los adolescentes

Los derechos sexuales forman parte de los derechos humanos básicos es decir, lo que tenemos las personas por el hecho de ser personas. Estos derechos se refieren al respeto de la integridad física del cuerpo humano, al derecho a la información y a los servicios de salud sexual, al derecho a tomar decisiones sobre la propia sexualidad y la reproducción. Todos los adolescentes del mundo, sin importar sexo, religión, color, orientación sexual o habilidad física o mental tienen los siguientes derechos como seres sexuales: (La salud sexual y reproductiva en la adolescencia: un derecho a conquistar, 2002)

- El derecho a ser ella/el mismo, libre de tomar sus propias decisiones de expresar lo que piensa, de disfrutar de la sexualidad, de estar seguro/a, de escoger casarse (o no casarse) y de planear una familia.
- El derecho a estar informado, sobre sexualidad, anticonceptivos, infecciones de transmisión sexual ITS y VIH/SIDA y sobre sus derechos sexuales.

- El derecho a estar protegido de embarazos no planeados, ITS, VIH/SIDA y de abusos sexuales.
- El derecho a tener servicios médicos confidenciales, a precios accesibles, de buena calidad y respetuosos.
- El derecho a participar en la planeación de programas juveniles, tomar parte en reuniones y seminarios y tratar de influir en los gobiernos, por los medios apropiados.

(La salud sexual y reproductiva en la adolescencia: un derecho a conquistar, 2002)

1.6.6 Planificación familiar

La planificación familiar permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad. La promoción de la planificación familiar y el acceso a los métodos anticonceptivos preferidos para las mujeres y las parejas resulta esencial para lograr el bienestar y la autonomía de las mujeres y, al mismo tiempo, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades. Las adolescentes que se embarazan tienen más probabilidades de dar a luz un niño de pre término o con peso bajo al nacer. Los hijos de las adolescentes presentan tasas más elevadas de mortalidad neonatal. Muchas adolescentes que se embarazan tienen que dejar la escuela, lo cual tiene consecuencias a largo plazo para ellas personalmente, para sus familias y para la comunidad. (Organización Mundial de la Salud, 2015)

1.6.7 Métodos Anticonceptivos

Definición: Los métodos anticonceptivos son todos aquellos mecanismos utilizados voluntariamente, por el hombre, la mujer o la pareja, idealmente de común acuerdo, con el fin de evitar la concepción. Los métodos anticonceptivos varían según el momento de uso, aplicación, forma y eficacia, mecanismo de acción, entre otros. Los principales mecanismos de

acción son los siguientes: impedir el contacto de los espermatozoides con el óvulo, impedir la liberación del óvulo. (MINSA, 2015)

Es aquel que impide o reduce significativamente las posibilidades de una fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales de carácter heterosexual. Los métodos anticonceptivos contribuyen decisivamente en la toma de decisiones sobre el control de la natalidad (número de hijos que se desean o no tener), la prevención de embarazos, así como en la disminución del número de embarazos no deseados y embarazos en adolescentes. (MINSA, 2015)

1. Métodos Hormonales: en este grupo tenemos los Anticonceptivos Orales Combinados (ACO) y de progestágeno, los inyectables, el anillo vaginal, el parche transdérmico e implantes subcutáneos.

Son muy efectivos si se siguen las indicaciones en relación a su administración. No interfieren con la relación sexual. En general están constituidos por un estrógeno (etinil estradiol) y por un progestágeno (levonorgestrel, norgestimato, gestodeno, desogestrel, clormadinona, ciproterona, drospirenona, dienogest, los últimos 4 con mayor efecto anti androgénico). En ocasiones pueden presentarse algunos efectos secundarios como cefalea, sensibilidad mamaria náuseas y/o mareos, pero con los nuevos preparados la tolerancia, así como los riesgos y los efectos secundarios se han ido minimizando. Por otra parte, presentan beneficios adicionales como la disminución de la dismenorrea y cantidad de sangrado menstrual, mejoramiento del acné, protección contralas infecciones pelvianas y alivio del síndrome premenstrual entre otros. La indicación debe ser realizada por un profesional de la salud capacitado, realizando una adecuada consejería, evaluación y seguimiento de la persona que solicita el método. (MINSA, 2015)

Inyectables: Según su composición pueden ser a base de estrógenos y progestágenos o de progestágeno puro. Igual que con los ACO deben ser indicados por un profesional capacitado. En la actualidad los más recomendables son 2 inyectables que contienen valerianato de estradiol/enantato de noretisterona y cipionato de estradiol/acetato de medroxi-progesterona respectivamente. La primera dosis se indica con el 1° o 2° día de la regla y se repite cada 30 días. Los inyectables de progestágeno puro de depósito cada 3 meses, se utilizan en casos excepcionales y siempre bajo supervisión médica. (MINSA, 2015)

Anillo vaginal: el anillo hormonal combinado consiste en un anillo de silastic que contiene etinil estradiol y etonorgestrel. Se introduce en la vagina desde donde se libera la hormona que pasa directamente al sistema circulatorio. La primera vez se inserta durante el primer día de la regla y se cambia cada 3 semanas, posterior a 7 días de descanso se introduce un nuevo anillo. Es fácil y cómodo de utilizar y no interfiere con el coito. Existe un anillo a base sólo de progesterona recomendado en el período postparto para no interrumpir la lactancia. (MINSA, 2015)

Parche transdérmico: como su nombre lo indica consiste en un sistema que se adhiere a la piel desde el cual se libera la hormona en forma sostenida y paulatina hacia el torrente sanguíneo. Es cómodo y fácil de administrar y no se desprende con el agua. La caja contiene 3 parches que se cambian cada 7 días intercalando una semana de descanso. Contiene etinil estradiol y norelgestromín como progestágeno. (MINSA, 2015)

Implantes subcutáneos: se conocen 2 tipos, que duran entre 5 y 3 años respectivamente. Ambos son a base de progestágenos (levonorgestrel o etonorgestrel). Son una especie de barras muy pequeñas que contienen la hormona, las que se deben colocar debajo de la piel (cara interna del brazo), desde donde se libera el anticonceptivo hacia la circulación, posteriormente

al cumplirse el tiempo de uso debe ser extraído. Tanto la inserción como la extracción deben realizarla un profesional entrenado. (MINSA, 2015)

2.- Métodos vaginales y de barrera: en esta categoría están incluidos el coitus interruptus, el preservativo masculino y femenino, el diafragma, los espermicidas y la esponja vaginal.

Coito interrumpido o coitus interruptus consiste en la eyaculación fuera de la vagina. Existe un alto riesgo de fracaso al utilizarlo como método anticonceptivo. No protege contra las infecciones genitales.

Condón masculino es fácil de adquirir y de utilizar con la debida educación. Contribuyen a prevenir la adquisición de ITS incluyendo la infección por VIH/SIDA. Los preservativos no tienen riesgos para la salud, pero su uso requiere motivación.

Condón femenino es poco conocido y utilizado por la población y es algo más costoso. Se inserta por la usuaria en la vagina antes de la relación sexual y se debe extraer cuidando de no derramar el semen. La ventaja es que los genitales externos también quedan protegidos sobre todo cuando se trata de ITS que se adquieren a través del contacto con la piel vulvar (herpes, condilomas, etc.). (MINSA, 2015)

Diafragma: es muy utilizado en otros países como EEUU, está constituido por un aro metálico flexible el que está forrado por una capa de goma que adquiere forma cóncava. Se inserta en la vagina previa a la relación sexual y se usa con espermicidas para aumentar su efectividad. Puede producir irritación mecánica y/o infecciones vaginales. Debe ser indicado y enseñado por un profesional ya que existen diferentes tamaños y puede ocasionar dolor al quedar mal colocado.

Espermicidas: son sustancias químicas que se administran en la vagina previo al coito, su mecanismo de acción consiste en inmovilizar o terminar con la viabilidad de los

espermatozoides. Se conocen preparados a base de cremas, espumas y óvulos. En general se usan en forma conjunta con otros métodos como el condón y diafragma.

3.- Dispositivo intrauterino (DIU): va inserto en el interior del útero, es efectivo, no interfiere con la relación coital. Debe ser insertado por un profesional competente, por los riesgos que pueden presentarse durante el procedimiento. Debe ser controlado periódicamente. El DIU más utilizado ha sido la T de cobre 380 A, cuya duración es de aproximadamente 8 – 10 años.

Existe un nuevo dispositivo que contiene levonorgestrel, liberando una dosis diaria de 20 ug. Dura aproximadamente 5 – 7 años y su ventaja es que disminuye la cantidad de sangrado menstrual y el riesgo de enfermedad inflamatoria pelviana, que en ocasiones se ve aumentado en mujeres usuarias de DIU. (MINSA, 2015)

4.- Esterilización masculina y femenina:

Es un procedimiento habitualmente quirúrgico, y permanente.

Amenorrea de lactancia (MELA): sólo es útil cuando se está con lactancia exclusiva y en libre demanda, es decir no se está alimentando al niño/a con suplementos y se lo alimenta frecuentemente. Estas condiciones se observan generalmente durante los primeros 3 meses postparto, es sólo temporal y se recomienda agregar un método anticonceptivo seguro una vez que cambien estas condiciones. En las mujeres con lactancia, en general para no entorpecer el proceso, se recomienda utilizar anticonceptivos a base sólo de progestágenos o se puede insertar un DIU a los 30 días postparto. (MINSA, 2015)

Anticoncepción de Emergencia (AE): históricamente se inició en los años 60, empleando altas dosis de hormonas para la prevención del embarazo después de una agresión sexual . Se han empleado múltiples métodos dentro de los cuales tenemos: uso de estrógenos en diferentes dosis, combinación de estrógenos más progestágenos, progestágenos solos, dispositivos

intrauterinos y mifepristona (RU – 486). La AE es una alternativa anticonceptiva que las mujeres tienen derecho a conocer y a utilizar. No es un método abortivo ni promueve el libertinaje sexual. No es teratogénico y su mecanismo de acción es principalmente como anovulatorio, actuando también sobre la migración espermática, es un método que contribuye a prevenir el embarazo no planificado. (MINSa, 2015)

Anticonceptivos en la adolescencia: Dado el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad, es necesaria informar a lo y la adolescentes sobre la conveniencia de retrasar los embarazos, para ello e les deben orientar sobre las diversas opciones anticonceptivas.

Cuando el adolescente decide solicitar un método anticonceptivo, es importante investigar algunos aspectos sobre su comportamiento sexual y sobre sus expectativas reproductivas para favorecer la correcta elección. (MINSa, 2015)

Para poder ofrecer un método anticonceptivo a los adolescentes es necesario investigar los siguientes antecedentes:

1. Vida sexual activa.
2. Número de parejas sexuales.
3. Planeación de las relaciones sexuales.
4. Prácticas sexuales de riesgo.
5. Frecuencia de relaciones sexuales.
6. Tipo de relaciones (oral, anal, vaginal).
7. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos.
8. Antecedentes de embarazo, parto, cesárea o aborto, y

9. Antecedentes de infecciones de transmisión sexual (ITS).

Con esta información el prestador de servicios informará al adolescente, a través de la consejería, sobre la gama completa de métodos, efectividad, forma y uso adecuado, contraindicaciones y posibles efectos colaterales. (MINSa, 2015)

En la actualidad se cuenta con métodos anticonceptivos seguros y prácticamente sin repercusiones en la salud. La mayoría de los métodos temporales pueden ser utilizados por los adolescentes. Los métodos que ofrecen una mayor seguridad anticonceptiva son: los hormonales (pastillas e inyecciones) y el DIU. (MINSa, 2015)

Cuando además de la prevención de un embarazo, se desee evitar el contagio de una ITS, incluyendo el SIDA, deberá usarse condón o preservativo.

En los adolescentes no es muy recomendable la promoción de métodos “naturales” o de abstinencia periódica, ya que se ha visto que el índice de falla es muy alto.

Las pastillas y los inyectables son los métodos recomendables, por su alta efectividad y seguridad (más del 99%) en la medida que se tomen o apliquen de manera ininterrumpida. En especial se sugieren las pastillas de segunda generación como Levonorgestrel y de tercera generación como Gestodeno, Desogestrel y Norgestimato y los inyectables de segunda generación, de aplicación mensual (de bajo aporte hormonal). (MINSa, 2015)

Las pastillas además de prevenir embarazos no planeados, tienen beneficios adicionales como la regularización de los ciclos menstruales, la disminución de los dolores menstruales (dismenorrea), del síndrome premenstrual, el reducir la incidencia de cáncer de ovario, de endometrio, la enfermedad benigna de la mama y la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI). (MINSa, 2015)

El prestador de servicios debe informar durante la consejería sobre la importancia de tomar las pastillas diariamente y a una misma hora.

El DIU es recomendable por su alta efectividad (95 al 99%), debe utilizarse en mujeres adolescentes cuyo fondo uterino sea mayor de seis centímetros, con vida sexual activa y que no deseen o tengan contraindicación para utilizar métodos hormonales. El DIU tiene un prolongado efecto anticonceptivo (más de cinco años), no interfiere en la relación sexual, y el retorno a la fertilidad es generalmente inmediato. El prestador de servicios debe explicar durante la consejería que el DIU será revisado al mes de su aplicación, a los seis meses y al año; y posteriormente cada año. (MINSA, 2015)

El condón es un método que además de evitar un embarazo previene las Infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/Sida. Su efectividad aumenta si se utiliza de manera consistente y correcta (85 al 97%) (MINSA, 2015)

El condón es fácil de llevar, no requiere receta médica, no ocasiona problemas de salud y es ideal para relaciones sexuales poco frecuentes o con varias parejas.

El prestador de servicios debe explicar durante la consejería los pasos para utilizar el condón correctamente.

Existen diferentes obstáculos para que los adolescentes utilicen métodos anticonceptivos, algunos de ellos son:

- Desconocimiento de fuentes de obtención de métodos anticonceptivos y de la información correcta de los mismos.
- Uso erróneo de los métodos naturales más frecuentes como son: el ritmo y el retiro.

- Temor o vergüenza a solicitar un método anticonceptivo en un punto de servicio por una posible desaprobación.
- Sensación de invulnerabilidad ante un posible embarazo o un contagio de una ITS o VIH/Sida.
- Espontaneidad como condición para la relación sexual sobre todo en los primeros encuentros. (MINSA, 2015)

En caso de una relación sexual no protegida se puede utilizar la anticoncepción de emergencia (AE) o anticoncepción alternativa, que es un método que tiene la ventaja de usarse inmediatamente después de haber tenido relaciones sexuales no planeadas o imprevistas. La AE son pastillas anticonceptivas de uso normal, ingeridas en dosis concentradas y en corto tiempo. (MINSA, 2015)

Es importante aclarar que es un anticonceptivo que surte efecto antes de un embarazo, por esta razón no es un método abortivo, pero tampoco es un método de planificación familiar que se pueda utilizar de forma habitual. (MINSA, 2015)

Perfil de uso de anticoncepción en adolescentes

Los factores más importantes asociados al perfil de uso de anticonceptivos en adolescentes son de índole biopsicosocial, relacionados con las fases del desarrollo de la adolescencia y con el entorno psicosocial.

En general, respecto a la elección del método debemos elegir el o los métodos anticonceptivos que puedan prevenir las principales consecuencias de la actividad sexual no protegida, como embarazo e ITS/VIH. Es importante aclarar que, según mi experiencia, cuando una adolescente o pareja de adolescente consulta para iniciar un método anticonceptivo, es perentorio realizar la indicación lo más oportunamente posible, sin poner obstáculos como la

realización del examen ginecológico o pruebas de laboratorio. En la gran mayoría de los casos se trata de adolescentes sin ninguna patología, por lo que la indicación anticonceptiva puede realizarse por cualquier profesional de la atención primaria debidamente capacitado, resultando la referencia a nivel secundario en situaciones muy particulares. Es crucial entender que las principales limitaciones en la indicación y continuidad de la anticoncepción tiene relación con los condicionantes de la conducta de los/las adolescentes, con los mitos y creencias existentes y con el acceso a la atención en salud. (MINSA, 2015)

1.6.8 Métodos Anticonceptivos en adolescentes según Normativa

En general, las adolescentes son elegibles para usar cualquier método de anticoncepción y deben tener acceso a una variedad de opciones anticonceptivas.

La edad en sí no constituye una razón médica para negar cualquier método a las adolescentes. Aunque se han expresado algunas preocupaciones con respecto al uso de ciertos métodos anticonceptivos en adolescentes (p. ej.; el uso de inyectables de progestina sola en menores de 18 años), estas preocupaciones deben sopesarse con las ventajas de evitar el embarazo. Está claro que muchos de los mismos criterios de elegibilidad que se aplican a personas mayores también se aplican a personas jóvenes. No obstante, algunas condiciones (p. ej.; las alteraciones cardiovasculares) que pueden limitar el uso de algunos métodos en mujeres mayores por lo general no afectan a las mujeres jóvenes, debido a su baja frecuencia en los grupos jóvenes. (MINSA, 2015)

Los aspectos sociales y conductuales deben ser consideraciones importantes en la elección de métodos anticonceptivos para las adolescentes.

Por ejemplo, en algunos ámbitos, las adolescentes también están expuestas a un riesgo mayor de ITS, incluido el VIH. Aunque las adolescentes pueden elegir cualquiera de los

métodos anticonceptivos disponibles en sus comunidades, en algunos casos, el uso de métodos que no requieren un régimen diario puede ser más apropiado. También se ha demostrado que las adolescentes, casadas o no, son menos tolerantes a los efectos secundarios y, por lo tanto, tienen altas tasas de discontinuación. La elección del método también puede estar influenciada por factores como patrones de relaciones sexuales esporádicas y la necesidad de ocultar la actividad sexual y el uso de anticonceptivos. Por ejemplo, las adolescentes sexualmente activas que no están casadas tienen necesidades muy diferentes de aquellas que están casadas y desean posponer, espaciar o limitar el embarazo. La ampliación de la cantidad de opciones de métodos ofrecidos puede conducir a una mayor satisfacción, aceptación y prevalencia del uso de anticonceptivos. La educación y la orientación apropiadas, tanto antes como en el momento de la selección del método, pueden ayudar a las adolescentes a tratar sus problemas específicos, y a tomar decisiones informadas y voluntarias. Es preciso hacer todo lo posible para evitar que el costo de los servicios y el método limiten las opciones disponibles. (OMS, recomendaciones prácticas para el uso de métodos anticonceptivos, 2018)

1.6.9 Consideraciones sobre algunos métodos anticonceptivos

No existe un método anticonceptivo ideal para uso en la adolescencia, como tampoco existen razones médicas para negar el uso de algunos basándose solo en razones de edad. El mejor método será aquel que la adolescente y, en el mejor de los casos, ambos miembros de la pareja, escojan, una vez que hubiesen recibido una completa y detallada información, y hayan sido interrogados exhaustivamente sobre cuestiones inherentes a su sexualidad y derecho reproductivo, lo que facilitará, finalmente, que se produzca el acuerdo entre el proveedor de salud y la pareja. (MINSA, 2015)

Deberán tomarse en consideración también a la hora de la selección del anticonceptivo, los hallazgos del examen físico general y de la esfera reproductiva, así como aspectos no médicos, pues estos no solo van a cumplir una función de prevención del embarazo, sino también la no menos importante de prevenir el contagio de una infección de transmisión sexual (ITS). (MINSa, 2015)

Desde el punto de vista cultural cada vez nos encontramos con una mayor cantidad de mensajes contradictorios en los medios de comunicación, donde la sexualidad es un producto que vende asociado al éxito y mayores expectativas de triunfo, lo que sumado a la carencia de programas de educación sexual transversales, oportunos y veraces, condicionan otro factor determinante en la actividad sexual no protegida.

Finalmente, las condiciones de hacinamiento, pobreza, disfunción familiar, carencias afectivas, baja autoestima, deserción escolar y el consumo de alcohol y drogas son otros factores de riesgo importantes a considerar.

Según la norma y protocolo de planificación familiar del ministerio de salud en Nicaragua las adolescentes solteras y casadas pueden tener necesidades diferentes con respecto a su salud reproductiva. Todos los métodos anticonceptivos son seguros para las adolescentes, ajustándose a los Criterios Médicos de Elegibilidad. (MINSa, 2015)

Las adolescentes también podrán consultar a un proveedor de servicios de salud, no solo con respecto a métodos anticonceptivos sino también para recibir consejería sobre cambios físicos, sexualidad, relaciones familia y los problemas vinculados al crecimiento, sus necesidades dependerán de cada situación particular. Algunas veces no están casadas y son sexualmente activas, otras no son sexualmente activas y otras a su vez ya están casadas.

Algunas ya tienen hijos. La edad por si misma hace una gran diferencia, ya que las personas maduran rápidamente durante la adolescencia. Debido a estas diferencias, es importante conocer primero a cada usuaria o usuario comprender su motivo de consulta y así poder ajustar la consejería y el servicio ofrecido (MINSA, 2015).

El proveedor de salud debe tratar de explorar la capacidad del adolescente para entender la información proveída, sobre pesar los riesgos y beneficios, así como expresar sus propios deseos.

Los adolescentes merecen recibir atención de manera imparcial y respetuosa, sin importa cuán adolescentes sean. La crítica o una actitud descortés mantendrán alejadas a los y las adolescentes de la atención que pueden estar necesitando. La consejería y los servicios no tienen el objetivo de alentar a los adolescentes a tener relaciones sexuales, sino más bien de ayudarles a proteger su salud.

Según esta normativa, aunque se les debe brindar información sobre todos los métodos anticonceptivos, se deben resaltar los beneficios de los métodos anticonceptivos temporales de larga duración. (MINSA, 2015)

Para mejorar la adherencia al método anticonceptivo, deben tener cita de seguimiento del anticonceptivo iniciado a los 3 meses para ayudarles con sus preocupaciones de posibles efectos secundarios y asegurar el uso correcto del mismo.

Pueden regresar en cualquier momento si tienen algún problema con el método. La edad sola no es límite para seleccionar un método anticonceptivo incluyendo el DIU.

Las adolescentes a veces son menos tolerantes que las mujeres mayores con los efectos secundarios. Si reciben consejería, sin embargo, sabrán que es lo que pueden esperar y es menos probable que dejen de utilizar sus métodos.

Los adolescentes solteros en comparación con las personas mayores, pueden tener más parejas sexuales y por lo tanto están expuestos a un mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual y VIH. (MINSa, 2015)

Para algunos anticonceptivos existen consideraciones en el caso de adolescentes según la norma de planificación familiar en Nicaragua: (MINSa, 2015)

Anticonceptivos hormonales combinados:

En general, no hay evidencia de ganancia de peso con su utilización. Puede haber incremento de peso, con poca evidencia de asociación a uso de inyectable trimestral.

El uso de inyectable trimestral está asociado con una pequeña pérdida de la densidad ósea, la cual se recupera al discontinuar la inyección. El inyectable trimestral puede ser utilizado en menores de 18 años después de considerar otros métodos anticonceptivos

Las usuarias de inyectable trimestral deben ser evaluadas cada 2 años, para reevaluar los riesgos beneficios

El uso de anticonceptivos orales puede mejorar el acné

Los anticonceptivos orales no están asociados con incremento general de riesgo de cáncer

Los anticonceptivos orales reducen el riesgo de cáncer de ovario, cuyo beneficio continúa después de 15 años o más de dejar de tomarlos

Puede haber un ligero incremento del riesgo de cáncer de cérvix con el uso prolongado de anticonceptivos orales combinados

El riesgo de cáncer de mama con la anticoncepción hormonal es probable que sea pequeño y se reduce después de dejar de utilizarlos.

A algunas adolescentes les resulta particularmente difícil tomar anticonceptivos orales regularmente. (MINSA, 2015)

Las adolescentes pueden tener menos control que las mujeres mayores en cuanto a tener relaciones sexuales y el uso de métodos anticonceptivos .pueden necesitar píldoras anticonceptivas de emergencia con mayor frecuencia (MINSA, 2015)

Las píldoras anticonceptivas de emergencia pueden ser utilizadas siempre que hayan tenido relaciones sexuales sin protección, incluso contra su voluntad, o si ocurrió una equivocación con el método anticonceptivo. (MINSA, 2015)

En la práctica diaria, lamentablemente a menudo se puede comprobar que la información que los/las adolescentes consultantes por Salud Sexual Reproductiva (SSR) poseen sobre sexualidad es insuficiente y en muchos casos errada, asociándose con gran frecuencia a mitos y creencias existentes, dentro de los cuales tenemos, por ejemplo:

1.6.10 Mitos sobre los usos de anticonceptivos

Mito 1: La primera vez que tengo sexo no me puedo quedar embarazada.

Realidad: Si no usas ningún método de protección, puedes quedarte embarazada en cualquier oportunidad en que tengas relaciones sexuales. Más allá de que sea la primera vez que estás con un chico. (UNFPA, Mitos y realidades sobre anticonceptivos argentina, 2011)

Mito 2: Si una mujer está menstruando no puede quedar embarazada.

Realidad: La mujer puede quedar embarazada incluso si está menstruando porque puede haber ovulaciones en cualquier día del ciclo. Por eso es recomendable consultar a un médico por un método anticonceptivo antes de tener relaciones sexuales si no se planea un embarazo. (UNFPA, Mitos y realidades sobre anticonceptivos argentina, 2011)

Mito 3: uso del condón, no es tan efectivo como dicen.

Realidad: la efectividad del condón para prevenir embarazos no deseados oscila entre 80% y 90%. El condón es el único método que, usado correctamente además de prevenir un embarazo no planeado, previene las infecciones de transmisión sexual. (UNFPA, Mitos y realidades sobre anticonceptivos Argentina, 2011).

Mito 4: el condón disminuye el placer en el hombre.

Realidad: No hay evidencia de esto. En hombres y mujeres que se han acostumbrado al uso del condón, no se afecta el placer (UNFPA, Mitos y métodos anticonceptivos, Perú, 2011)

Mito 5: El inyectable produce infertilidad.

Realidad: No es así. Está demostrado que algunas mujeres que lo usan pueden tomar un tiempo para restablecer su fecundidad, pero en la mayoría ésta retorna rápidamente (UNFPA, Mitos y métodos anticonceptivos, Perú, 2011)

Mito 6: Se dice que las píldoras afectan los nervios de las mujeres y las vuelven renegonas.

Realidad: No hay evidencias de estos efectos y aunque las hormonas pueden alterar en algo el estado emocional, no son determinantes en los cambios de estado de ánimo. (UNFPA, Mitos y métodos anticonceptivos, Perú, 2011)

Mito 7: Las mujeres que no menstrúan por el inyectable se vuelven locas porque la sangre “se les sube a la cabeza”.

Realidad: Aunque en algunas culturas la menstruación es entendida como un “desfogue natural de las mujeres”, se trata de un efecto inexistente. La ausencia de la menstruación está explicada porque no se llega a formar suficiente capa de endometrio. (UNFPA, Mitos y métodos anticonceptivos, Perú, 2011)

Mito 8: Los métodos anticonceptivos que contienen hormonas producen cáncer.

Realidad: Está absolutamente comprobado que no es así, es más, los anticonceptivos hormonales previenen ciertos tipos de cáncer, como el de endometrio. (UNFPA, Mitos y metodos anticonceptivos, Perú, 2011)

Mito 9: La píldora y la inyección disminuyen el deseo sexual en la mujer.

Realidad: Los anticonceptivos tienen distintos componentes hormonales y aunque algunos pueden estar relacionados con la disminución de la libido, sus efectos son muy limitados con respecto a otros factores que sí pueden disminuir el apetito sexual. (UNFPA, Mitos y metodos anticonceptivos, Perú, 2011)

Mito 10: El implante puede producir cáncer de mama.

Realidad: No hay ninguna evidencia científica, aunque se recomienda cuidado en el uso de anticonceptivos hormonales cuando hay una carga genética importante de cáncer de mama (cuando la madre o hermanas han presentado esta enfermedad). (UNFPA, Mitos y metodos anticonceptivos, Perú, 2011)

Mito 11: El DIU produce cáncer de cuello uterino

Realidad: No hay ninguna evidencia al respecto. Son otros los factores desencadenantes del cáncer de cuello uterino. (UNFPA, Mitos y metodos anticonceptivos, Perú, 2011)

Mito 12: Las adolescentes no pueden usar el DIU

Realidad: Existe el mito de que sólo las mujeres que han tenido hijos pueden colocarse un DIU ya que en décadas pasadas su uso era recomendado sólo para ellas. Actualmente, la Organización Mundial de la Salud lo recomienda para adolescentes, incluso si no han tenido hijos. (UNFPA, Mitos y realidades sobre anticonceptivos argentina, 2011)

Mito 13: La píldora de emergencia es abortiva.

Realidad: Está científicamente comprobado que no lo es con dosis más altas de las mismas hormonas que se utilizan en la píldora anticonceptiva común, la píldora de emergencia inhibe la ovulación y crea un medio hostil para los espermatozoides cuando se ha tenido sexo sin protección, pero no impide la implantación del óvulo en la matriz cuando ha sido fecundado, es decir, en caso de embarazo no daña al producto. . (UNFPA, Mitos y métodos anticonceptivos, Perú, 2011)

No cabe duda que las mujeres, como los hombres modifican sus percepciones y conductas a lo largo de sus vidas y ciclos sociales. La educación y el acceso a la información son la mejor manera de fomentar el cambio. Como profesionales de la salud debemos adaptarnos a estos cambios considerando que tanto el hombre como la mujer son seres que combinan emociones y razones, muchas veces bajo la influencia de sus propios términos y patrones culturales, para decidir en asuntos personales e influenciar sobre su entorno. Nunca dejemos de evaluar, medir y conocer a las usuarias y usuarios y al contexto en que se desenvuelven. (UNFPA, Mitos y métodos anticonceptivos, Perú, 2011)

CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. Tipo de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal.

2.1.1. Área de estudio

El estudio se realizó en la Clínica Médica AMOS del barrio Villa Guadalupe del distrito II del municipio de Mangua, la cual fue fundada el 01 de diciembre del 2014.

2.1.2. Unidad de Análisis

Adolescentes hombres y mujeres que acudieron a la clínica Amos agosto – octubre del 2019.

2.1.3. Periodo de Estudio

Agosto – Octubre del 2019.

2.2. Universo

Estuvo conformado por 150 adolescentes hombres y mujeres que acuden a consulta en la clínica AMOS entre las edades de 15 a 19 años.

2.3. Muestra

2.3.1. Tamaño de la muestra

Tamaño de la muestra se determinó a través del Programa OpenEpi, versión 3

Tamaño de la muestra para la frecuencia en una población

Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o fcp)(N):	150
frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p):	50% +/-5
Límites de confianza como % de 100(absoluto +/-%)(d):	5%
Efecto de diseño (para encuestas en grupo-EDFF):	1
Tamaño muestral (n) para Varios Niveles de Confianza	

Intervalo	Confianza (%)	Tamaño de la muestra
95%		109
80%		79
90%		97
97%		114
99%		123
99.9%		132
99.99%		137

Ecuación

Tamaño de la muestra $n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p*(1-p)]$

Resultados de OpenEpi, versión 3, la calculadora de código abiertoSSPropor

Por lo que la muestra tomada es de 109 para un intervalo de confianza de 95%.

2.3.2. Tipo de muestreo

El tipo de muestreo utilizado fue el muestreo probabilístico sistemático en el cual se seleccionó cada dos adolescentes para aplicar la muestra de acuerdo a los criterios de inclusión y de exclusión de los adolescentes hombres y mujeres que asistan a la clínica médica AMOS Villa Guadalupe

2.3.3. Criterios de Inclusión

- Adolescentes de ambos sexos, independientemente si usan o no usan métodos anticonceptivos.
- Adolescentes que acepten participar en el estudio.
- Adolescentes que hayan iniciado su vida sexual

2.3.4. Criterios de Exclusión

- Adolescentes que no estén en la edad comprendida del estudio (15 a 19 años)
- Adolescentes cuyos padres no den permiso para participar en el estudio

2.4. Técnicas y procedimientos

La técnica utilizada es la encuesta en la cual la investigadora aplica el instrumento de recolección de la información a los mismos adolescentes por lo que la fuente de información es primaria. El instrumento usado es una encuesta con preguntas semiestructuradas y cerradas sobre 4 acápites que dando salida a los objetivos planteados: características socio demográfico, conocimientos, prácticas de anticonceptivos y la fuente de información.

Para la recolección de la información la investigadora previa autorización y consentimiento informado de los adolescentes aplica la encuesta, en caso de dudas e inquietudes la

investigadora estaba anuente a brindar las aclaraciones pertinentes para garantizar el correcto llenado del instrumento, previo autorización y consentimiento informado de los y las adolescentes, así como de la dirección de la clínica.

La encuesta fue validada con adolescentes de la Clínica de FUNJOFUDES a 10 adolescentes y se tomaron algunas sugerencias para una mejor comprensión de las preguntas y se eliminó algunas preguntas de anticonceptivos de emergencia.

2.5. Plan de tabulación y análisis.

Para el análisis de la información se elaboró una base de datos en el programa estadístico SPSS 25, donde fueron introducidos los datos recogidos en las encuestas. Se utilizó de estadística descriptiva como frecuencia, medidas de tendencia central (media, mediana) con sus respectivas medidas de dispersión. Los resultados se presentan en tablas y/o gráficos para su mejor comprensión.

El conocimiento sobre los métodos anticonceptivos se evaluó de acuerdo a sus conceptos, reacciones adversas, ventajas y desventajas, modo de uso, indicaciones, disponibilidad de los mismos. Luego se realizó 27 preguntas de conocimientos sobre métodos anticonceptivos a los adolescentes en estudio; en las cuales se debía contestar verdadero o falso y 13 en las cuales debía contestar si o no. El total de preguntas tiene un valor ponderal de 100 puntos, para luego asignársele una puntuación de: 70 a 100 puntos para un nivel de conocimiento adecuado, y 0 a 69 puntos para un nivel de conocimiento inadecuado.

Para evaluar las prácticas acerca del uso de métodos anticonceptivos, se formularon 14 preguntas relacionadas a usos, tipos de métodos y frecuencia de uso. Para luego asignarle puntuación de 70 a 100 puntos adecuado y: 0- 69 puntos inadecuado.

Para el análisis de los datos se realizaron los siguientes cruces de variables:

- Tiempo de uso vs formas de usos de MAC.
- Escolaridad vs Ventajas y desventajas
- Edad de inicio de relaciones sexuales vs sexo
- Edad de inicio de relaciones sexuales vs religión.

2.6. Enunciado de las variables del estudio por objetivos

Objetivo 1: Caracterizar socio demográficamente a la población en estudio.

Edad	Escolaridad
Sexo	Ocupación
Religión	Estado civil

Objetivo 2: Describir los conocimientos y las fuentes de información sobre métodos anticonceptivos en el grupo en estudio.

Conocimientos de MAC
Formas de uso de MAC
Fuentes de Información

Objetivo 3: Determinar las prácticas de uso de métodos anticonceptivos de la población a estudio.

Prácticas del uso de MAC
Razones para no uso de MAC

2.7. Operacionalización de variables

Variables	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala/valor
Edad	Tiempo transcurrido en años de vida desde el nacimiento hasta la entrevista.	-	Años	10 – 14 años 15 – 19 años
Sexo	Diferencia física y genética entre el hombre y la mujer.	-	Fenotipo	Femenino Masculino
Religión	Creencias religiosa que profesa el entrevistado	-	Creencia	Católica Evangélica Testigo de Jehová Otras
Escolaridad	Grado académico alcanzado por el adolescente al momento del estudio	-	Último nivel aprobado	Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta Universidad
Ocupación	Oficio o profesión que desempeña el adolescente al momento del estudio	-	Tipo de trabajo	Reciclador Operario Estudiante Ama de casa
Estado civil	Situación personal en que se encuentra no una persona física en relación a otra	-	Relación de pareja	Casada Acompañada Soltera Divorciada
Conocimientos de MA	Conjunto de ideas, conceptos, y enunciados verdaderos o falsos, productos de la observación y experiencia del adolescente, referida a los métodos anticonceptivos	Conoce algún MAC	Conoce	Si No
		Conoce la clasificación	Conoce	Temporal Permanente Los dos son correctas Ninguna de las anteriores
		Tipos de MAC	Tipo	Pastillas Inyectable Condón DIU Esterilización Quirúrgica No conozco Ninguna
Formas de uso de MAC	Corresponde al conocimiento de las adolescentes acerca del	Sabe las formas de uso de los MAC	Conocimiento	Adecuado Inadecuado

Variables	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala/valor
	uso de los MAC, sus reacciones adversas, ventajas y desventajas.	Reacciones Adversas a los MAC	Tipo de efectos	Náuseas Vómitos Espinillas Dolor de cabeza Sangrado irregular
		Ventajas de MAC	Conocimiento	Adecuado Inadecuado
Fuentes de información	Medios, lugares o personas a través del cual el adolescente obtuvo la información acerca de los métodos anticonceptivos	Lugar donde encontrar MAC	Lugar	Centro de Salud ONG Farmacia
		Medios de información sobre MAC	Tipo de medio	Radio Televisión Revistas Redes sociales(Internet, Facebook)
		Personas que brindan la información sobre MAC	Perfil de la persona que brinda la información	Amigos Madre Padre Maestros(as) Personal de salud
Prácticas de MAC	Conducta y percepción que tiene el adolescente sobre el uso de los métodos anticonceptivos en las relaciones sexuales	Edad de inicio de relaciones sexuales	Años	10 – 14 años 15 – 19 años
		Estado de embarazo	Presencia de embarazo	Si No
		Número de hijos	Número de hijos	1 2 3
		Quiénes utilizan los MAC	Tipo de individuo	Hombre Mujer Ambos
		Uso de MAC	Método utilizado	Pastillas Inyectable Condón DIU Lactancia materna Ninguno
		Tiempo de uso MAC	Periodo de uso	3-5 meses 6- 9 meses 10-12 meses Más de un año No utiliza

Variables	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala/valor
		Uso consistente del método	Frecuencia de uso AC	Siempre Frecuentemente Ocasional Nunca
Razones para no usar MAC	Corresponde a las razones por las que no usan los MAC		Tipo de Motivo	Desea embarazo Desacuerdo con la pareja Desconocimiento del método Mayor placer sin condón

2.8. Consideraciones éticas

Para realizar el siguiente estudio se solicitó autorización de la dirección de la clínica para acceder al centro y aplicar la encuesta a los/as adolescentes que acudieron a la consulta.

Para la aplicación del instrumento de recolección de información se solicitó el consentimiento informado por escrito a los adolescentes, previa información de los objetivos y utilidad del estudio; la participación de los mismos fue libre y voluntaria.

CAPÍTULO III: DESARROLLO

3.1. Resultados

Los resultados obtenidos de la encuesta aplicada a 109 adolescentes al procesar la información son los siguientes:

En la Tabla 1 se muestra la edad de los adolescentes en estudio los cuales 34 (31.2%) tenían 10 – 14 años; y 75 (68.8%) tenían 15 – 19 años. En relación al sexo 24 (22%) eran masculinos y 85 (78%) eran Femeninos. Con respecto a la religión 46 (42.2%) refirieron ser católicos, 40 (36.7%) evangélicos y 2 (19.3) testigo de Jehová y 21 (19.3%) de otras religiones. Sobre la escolaridad 20 (18.3%) tenían primaria completa, 11 (10.1%) primaria incompleta, 40 (36.7%) secundaria completa, 30 (27.5%) secundaria incompleta y 8 (7.3%) eran universitarios. Con respecto a la ocupación 14 (12.8%) eran Recicladores, 14 (12.8%) operarios, 29 (26.6%) estudiantes, y 52 (47.7) eran amas de casa. Referente al estado civil 47 (43.1%) estaban solteros, 9 (8.3%) casados y 52 (47.7%) acompañados y divorciados 1 (0.9%). Ver Tabla 1

En la Tabla 2, sobre los conocimientos de los métodos anticonceptivos 76 (69.7%) si conocía algún método anticonceptivo y 33 (30.3%) no conocía ninguno. Con respecto a la Clasificación de los métodos, anticonceptivos 36 (47.3%) los clasificó como permanentes y 40 (52.7%) como temporales. De los anticonceptivos que conocen, 68 (89.4%) adolescentes conocen las pastillas, 68 (89.4%) los inyectables, 65 (85.5%) los condones, 48 (63.1%) el DIU y 40 (52.6%) la esterilización quirúrgica. Ver Tabla 2

En la Tabla 3 con respecto al conocimiento de las formas de uso de los métodos anticonceptivos 30 (39.5%) fue adecuado y 46 (60.5%) inadecuado; de las reacciones adversas que producen los anticonceptivos 58 (76%) contestaron que produce náuseas, 47 (61.8%) vómitos, 22 (28.9%) espinillas, 48 (63.1%) Dolor de cabeza y 38 (50%) sangrado irregular. El conocimiento de las ventajas y desventajas que tiene los métodos anticonceptivos fue adecuado en 34 (44.7%) e inadecuado en 42 (55.3%). Ver Tabla 3.

En la Tabla 4 sobre las fuentes de información y del lugar donde encuentran métodos anticonceptivos 93 (56.4%) respondieron en el centro de salud, 22 (13.3%) en las ONG y 50 (30.3%) en las farmacias. Los medios donde los adolescentes encuentran información sobre métodos anticonceptivos fueron 50 (19.5%) la Radio, 89 (34.8%) la televisión, 53 (20.7%) revistas y 64 (25.7%) las redes sociales. Las personas que brindaron la información los adolescentes 83 (32%) la recibieron de amigos, 56 (21.6%) de la madre, 27 (10.4%) del padre, 43 (16.6%) de maestros y 50 (19.3%) de promotores de salud. Ver Tabla 4.

En la Tabla 5 sobre las prácticas de los métodos anticonceptivos y quienes deben utilizarlos 6 (5.5%) respondieron que los hombres, 33 (30.3%) que las mujeres y 70 (64.2%) respondieron que ambos pueden utilizarlos. Los métodos que utilizan los adolescentes 14 (12.8%) usan pastillas anticonceptivas, 56 (51.4%) anticonceptivos inyectables, 4 (3.7%) condón, 12 (11%) DIU, 3 (2.8%) lactancia materna y 20 (18.3%) no utilizan ningún método anticonceptivo. En cuanto al tiempo que llevan usando el método anticonceptivo 12 (13.4%) lo han usado de 3 – 5 meses, 16 (17.9%) de 6 – 9 meses, 16 (17.9%) de 10 – 12 meses, 45 (50.5%) llevan más de un año usándolos y 20 (18.3%) no utilizan ningún método. En relación a la frecuencia de uso del método anticonceptivo 75 (84.3%) respondió que siempre usa, 8 (8.9%) usa frecuentemente, 6 (6.8%) ocasional y 20 (18.3%) nunca utiliza método anticonceptivo y en la forma de uso el 30 (39.5%) fue adecuada y el 46 (60.5%) fue inadecuada. Ver Tabla 5.

En la Tabla 6 con respecto al estado de embarazo de los adolescentes 67 (61.5%) si había estado embarazada o haber embarazado a su novia alguna vez y 42 (38.5%) no habían tenido embarazo. De estos que han tenido embarazo, 35 (52.2%) tenían 1 hijo, 31 (46.3%) tenían 2 hijos y 1 (1.5%) tenía 3 hijos. Con respecto a la edad de inicio de relaciones sexuales 41(37.6%) iniciaron de 10 – 14 años, 68 (62.4%) en el rango de 15- 19 años. Ver Tabla 6

En la Tabla 7 con respecto a la razón por la cual los adolescentes no usaron métodos anticonceptivos en sus relaciones sexuales 6 (30%) deseaba un embarazo, 4 (20%) fue por desacuerdo con la pareja, 8 (40%) tenían desconocimiento del método, 2 (10%) por mayor placer sin condón. Ver Tabla 7

En la Tabla 8 con respecto al tiempo de uso de anticonceptivos vs las forma de usos de métodos anticonceptivos de los adolescentes 11 (14.4%) llevaban usando el método de 3 - 5 meses y de estas 3 (27.3%) la forma de uso era adecuada y 8 (72.7%) inadecuado; 11 (14.4%) llevaban usando el método de 6 – 9 meses de ellos 5 (45.5%) lo hacían de forma adecuada y 6 (54.5%) inadecuado, 15 tenían de 10 – 12 meses de uso y 5 (33.3%) adecuada y 10 (66.7%) inadecuado, 39 (51.3%) tenían más de 1 año usando el método y 17 (43.6%) adecuado y 22 (56.4%) inadecuado. Ver tabla 8.

En la Tabla 9 en cuanto a la escolaridad vs el conocimiento de las ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos se encontró que 16 (21%) habían cursado la primaria completa y de estos 8 (50%) conocían las ventajas y desventajas de forma adecuada y 8 (50%) inadecuado; 10 (13.2%) tenían primaria incompleta y de ellos 3 (30%) adecuado y 7 (70%) inadecuado; 19(25%) tenían secundaria completa de los cuales 10 (52.6%) adecuado y 9 (47.4%) inadecuado; 24 (31.5%) cursaban secundaria incompleta de ellos 11 (45.8%) adecuado y 13 (54.2%) inadecuado; y 7 (9.3%) estaban en primer año de universidad de estos 2 (28.5%) tenían conocimiento adecuado y 5 (71.5%) inadecuado. Ver Tabla 9

En la Tabla 10 con respecto a la edad de inicio de relaciones sexuales y el sexo 52 (57.7%) del rango de edad 10 – 14 años, 11 (21.1%) masculinos y 41 (78.9%) femeninos; 57 (52.3%) de 15 – 19 años de ellos 13 (22.8%) eran masculinos y 44 (77.2%) femeninos. Ver Tabla 10

En la tabla 11 con relación a la edad de inicio de relaciones sexuales y la religión 48 (44%) eran del grupo de 10 – 14 años y de estos 21 (43.8%) eran católicos, 15 (31.2%) evangélicos, y 12 (25%) tenían otras religiones; del grupo de 15 – 19 años 25 (41%) católicos, 25 (41%) evangélicos, 2 (3.3%) testigos de Jehová y 10 (14.7%) Otras religiones. Ver Tabla 11

3.2. Análisis de los resultados

El presente estudio tuvo una muestra representada por 109 adolescentes de ambos sexos que asistieron a la clínica médica AMOS Villa Guadalupe la cual está ubicada en el municipio de Managua distrito 2. Esta clínica de salud fue inaugurada en diciembre del 2014 en la cual se benefician a la población vulnerable que habitaba en la chureca y los barrios aledaños de las orillas del lago Xolotlán.

Al analizar la frecuencia por grupo de edad, se observó que las características demográficas de los adolescentes en estudio son semejantes a las de la población en general donde la mayoría son femeninas predominan las edades de 15-19 años, predominando la religión católica, todos tuvieron acceso a educación predominando el nivel de educación secundaria y muy pocos llegaron al nivel universitario, más de la mitad vive en unión libre y son amas de casa; diversos estudios similares, realizado en varias regiones de Nicaragua ha demostrado una prevalencia en el grupo de edad de 15-19 años

De la clasificación de los métodos anticonceptivos más de la mitad los clasificó como temporales y el resto como permanentes. Con respecto a quienes deben usar métodos anticonceptivos la mayoría consideran que ambos deben usarlo, y muy pocos consideran que sólo las mujeres.

Es preocupante observar un descenso de la edad de inicio de las relaciones sexuales tanto para varones como para mujeres. Es decir que en los últimos años los y las adolescentes y jóvenes han comenzado más temprano sus experiencias sexuales: se observó un considerable porcentaje en el rango de edad promedio de inicio de relaciones sexuales fue de 10 a 14 años, esto puede estar siendo marcado por el inicio cada vez más temprano de la vida sexual activa que han estado presentando la adolescencia en la actualidad, lo cual coincide con la información planteada en el marco teórico reflejado en la encuesta nacional de demografía y

salud (ENDESA) 2015 que muestra el inicio de relaciones sexual activa es cada vez más temprano, en particular las adolescentes toman la decisión de iniciar su vida sexual a edades tempranas ya sea porque son influenciadas por la falta de educación sexual y reproductiva, la necesidad de deserción de sus hogares por problemas familiares, económicos o por el deseo de tener su propia familia desde muy jóvenes para así empezar a procrear y disfrutar más de su descendencia como ellas misma indican.

Embarazos, hijos e hijas La encuesta encontró que más de la mitad de las adolescentes encuestadas han estado embarazadas al menos una vez en su vida, y el 38.5% de las adolescentes que habían iniciado su vida sexual al momento de la encuesta ya habían tenido un hijo, así mismo se observó que la proporción de mujeres que han tenido un embarazo aumenta con la edad.

En cuanto al uso de anticonceptivos en la primera relación sexual, sólo lo hicieron 37.6 % de los adolescentes. Y al momento de la entrevista el 78% de los adolescentes se encontraban utilizando un método anticonceptivo. Y de la toma de decisiones en pareja el 76.1% de los adolescentes respondió que sí lo hacía. Lo cual refleja el impacto positivo de programas educativos y las campañas impulsadas por el MINSA y organizaciones sociales. Estos datos son comparables con el estudio de López Marina en 2015.

Los métodos anticonceptivos más utilizados por las adolescentes eran las inyecciones y las pastillas anticonceptivas seguido del condón y en menor medida se mencionó el dispositivo intrauterino (DIU) y la Lactancia Matera (MELA) y 18.3% de los adolescentes no utilizaba ningún método. Datos similares reflejan Baltodano Nineth en su estudio se encontró que el 66.7% (96) SI utilizaban métodos anticonceptivos actualmente, mientras que 33.3% (48) de los adolescentes NO utilizaban ningún tipo de método anticonceptivo.

Al preguntar durante la entrevista la razón de esto muchas adolescentes refirieron que preferían los anticonceptivos inyectables porque su efecto dura varios meses y así evitan tener que ir seguido a los centros de salud, además es más fácil mantener en secreto que las píldoras. Las razones por las cuales el 18.3% de los adolescentes que no usaron métodos anticonceptivos con sus parejas es porque el 33% de ellos deseaban el embarazo, 18,3% por desconocimiento del método, 20,2% por desacuerdo con la pareja y 28,4% por tener mayor placer sin condón.

En relación a la frecuencia de uso de métodos anticonceptivos el 73.3% dijo que usaba siempre en sus relaciones sexuales, el 9.2% que usaba frecuentemente y ocasionalmente y el 8.3% nunca utilizaba métodos anticonceptivos y quienes usan con más frecuencia los métodos anticonceptivos son las mujeres con el 77.9% al contrario de los hombres solo el 22.1%. Con respecto al tiempo de uso del método anticonceptivo el 42.2% tenía más de un año de utilizarlo, el 16.5% de 10 a 12 meses; el 15.6% de 6 a 9 meses, el 11.9% de 3 a 5 meses y el 13.8% no utilizaba ningún método y con relación a la práctica el 39.5% fue adecuada y el 60.5% inadecuada. Datos que coinciden con el estudio de Quintero y Duarte 2013 que refleja que (67%) de los adolescentes tenía un nivel de práctica malo lo que demuestra que a pesar que los adolescentes tienen conocimiento no lo reflejan en la práctica.

Con respecto a la información que tienen sobre métodos anticonceptivos, el 56.4% dijo haber recibido información, sobre el tipo de información recibida el 66.3% fue sobre conceptos y el 33.7% modos de uso, el 61% había recibido información en el centro de salud, en su mayoría la han obtenido del personal de salud, así como de amigos con 32%. Los adolescentes respondieron que si necesitan un método anticonceptivo el 86.4% acudía al centro de salud, y farmacias y en menor porcentaje acudía a ONG. Acerca de los medios de información el 45.6% dijo haber obtenido la información de las redes sociales, esto podría deberse al fácil acceso que

existe en el país donde los parques y algunos negocios tienen wifi gratis y esto resulta más privado y rápido para buscar desde el celular aplicaciones para elegir método anticonceptivo, otros recibieron información por amigos y compañeros ya que sienten más confianza por adolescentes de su misma edad pero muchas veces no es una fuente confiable de información

En relación al estado de embarazo se encontró que la edad de inicio de relaciones sexuales el 67% de los adolescentes inició entre los 15 – 19 años y el 33% entre 10 – 14 años, el 61.7% habían estado embarazadas y el 52.2% tenía al menos 1 hijo.

Con respecto a la razón del porque no usan métodos anticonceptivos en las relaciones sexuales el 40 % dijo que fue por desconocimiento del método, 30% porque deseaba un embarazo, 20% por desacuerdo con la pareja y un 10% por sentir mayor placer sin condón

Al analizar el tiempo de uso de los métodos versus la forma de uso se encontró que el 39.5% lo hizo de forma adecuada y de estos el 45.5% llevaban de 6 – 9 meses usándolos, 43.5% llevaban más de 1 año usando el método. Así mismo el 60.5% lo hizo de forma inadecuado y el 54.5% tenía de 6 – 9 meses usándolos y el 56.5% llevaba más de 1 año usándolos. Datos que son similares a los encontrados en el estudio de Baltodano Nineth que refleja que el 49.1% tenían una forma de uso mala y 30.8% era regular

Al analizar las variables escolaridad versus ventajas y desventajas de los métodos el 55.3% fue inadecuado y de estos el 40% tenían secundaria incompleta, el 21.4% secundaria completa, el 18.6% primaria completa, 16.6% primaria incompleta y 12% era universitarios. Lo que refleja que independientemente del grado de escolaridad los adolescentes tienen un conocimiento inadecuado sobre el uso de los anticonceptivos

En relación a la edad de inicio de las relaciones sexuales con respecto al sexo también se observan diferencias por sexo, ya que las mujeres presentaron un porcentaje mayor para el inicio de relaciones sexuales que en los varones.

3. Conclusiones

Con respecto a las características sociodemográficas de los adolescentes el grupo etario predominante es de 15 a 19 años, del sexo femenino, católica, escolaridad de secundaria completa seguida por la secundaria incompleta, amas de casa seguido por las estudiantes, con estado civil acompañado y soltero casi en la misma proporción. La mayoría inició a tener relaciones sexuales entre los 15 y 19 años y tienen de 1 a 2 hijos.

En referencia al conocimiento, la mayoría conoce algún método anticonceptivo, un poco más la mitad lo clasifica correctamente; los métodos anticonceptivos más conocidos son las pastillas, inyectables y el condón y los menos el DIU y la esterilización quirúrgica; el conocimiento sobre las formas de uso, ventajas y desventajas de los MAC es inadecuado. Las reacciones adversas más señaladas son: el vómito, náuseas, sangrado irregular y el dolor de cabeza.

La fuente de información es principalmente los amigos, aunque también menciona a la Madre, Promotores de Salud y Maestros, el medio por el cual obtienen información es la televisión y las redes sociales y el lugar donde obtiene información es el Centro de salud, farmacia y pocas de las ONG.

Sobre las prácticas de uso de los métodos anticonceptivos, refieren que ambos pueden utilizar algún método, actualmente los más usados son las inyecciones y las pastillas anticonceptivas, poco usan condón y el dispositivo intrauterino (DIU) y la Lactancia Materna (MELA), una parte de las adolescentes no utilizan métodos anticonceptivos, la razón de no usarlo fue que estos deseaban el embarazo, seguido por desconocimiento del método. Las prácticas sobre los métodos anticonceptivos es inadecuada, el uso de MAC fue más de un año y prevalece su uso frecuente siempre que tienen relaciones sexuales.

3.4. Recomendaciones

1. Continuar las campañas informativas a la población en general, con el fin de educar, informar y sensibilizar sobre el tema abordado involucrando a los adultos para que cumplan un rol informativo y preventivo y para que estos a la vez no priven a las adolescentes de educación sexual y reproductiva abierta, franca y completa. Fortalecer los clubes de adolescentes en las unidades de salud, con un ambiente de confianza y un personal capacitado que ofrezca y garantice la consejería de manera persuasiva y se respondan cualquiera de sus inquietudes y así puedan acudir a tener libre acceso para que acepte de manera segura y voluntaria la anticoncepción y así poder optar por el método anticonceptivo más adecuado según las características y necesidades de cada adolescente.
2. Que, a través de los medios de comunicación y redes sociales, se siga impulsando programas de educación sexual donde se promueva una imagen positiva de todos los métodos anticonceptivos, y se difunda información actualizada sobre el tema en conjunto con el MINSA Y el MINED utilizando metodologías participativas con materiales o situaciones de aprendizajes novedosas y motivadoras para que las adolescentes puedan tomar decisiones sensatas y a la vez seguras, para así lograr suprimir los mitos existentes sobre los diferentes métodos. Promover el uso del condón y otros tipos de métodos anticonceptivos para que las adolescentes tengan una visión más amplia y encuentren múltiples opciones a la hora de elegir un método anticonceptivo.

3. Explicar los riesgos que corren al tener una vida sexual activa sin protección, con múltiples parejas, uso de alcohol y drogas, con el fin de proteger la salud de las adolescentes esto para prolongar el inicio de vida sexual o una vez iniciada sea confiable y segura. Tener constante comunicación con los adolescentes que acuden a planificación familiar brindándoles información adecuada y actualizada sobre los anticonceptivos, al nivel de comprensión de los adolescentes.

CAPÍTULO IV: BIBLIOGRAFÍA

Referencias bibliográficas

1. Gómez Inclán & Duran Arenas. (2017). *El acceso a métodos anticonceptivos en adolescentes de la ciudad de México*. México: Salud publica de México.
2. Baltodano Nineth, R. O. (2016). *Nivel de conocimientos, Actitudes y practicas Sobre Métodos anticonceptivos en estudiantes del Instituto Miguel de Cervantes*. Managua.
3. *Caracteristicas.co/Conocimiento*. (n.d.). From www.caracteristicas.co/conocimiento.
4. Codeni, f. n. (2017). *Embarazo adolescente en nicaragua*.
5. Definicion.de. (2019). *Definicion de conocimiento*.
6. Definicion.de. (2019). *Definicion de practica*.
7. Definicion.de. (n.d.). *Definicion de practica*.
8. Endesa. (2011/2012). *informe preliminar*.
9. ENSSR. (2008). 2 edicion.
10. Familiar, N. y. (2015). *Norma y protocolo de Planificacion Familiar*. managua.
11. Fernández, B. (2013). *Información sobre métodos anticonceptivos en adolescentes del municipio La Lisa*. La Habana,: Revista cubana de medicina integral.
12. healthychildren.org/Spanish. (2019). *Etapas de la Adolescencia*.
13. Hernandez, Velasquez, Pinzon. (2017). Conocimiento, actitud y práctica en anticoncepción en adolescentes escolarizados en la comuna 1 de Villavicencio. *REVISTA CIENCIA Y SALUD VIRTUAL*.
14. *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. (1994). El Cairo.
15. (2002). *La salud sexual y reproductiva en la adolescencia: un derecho a conquistar*. Mexico: 2 edicion .
16. Lopez Marina, Tenorio Valeska. (2015). *conocimientos actitudes y practicas sobre metodos anticonceptivos en adolescentes de 14 a 19 años*. Morrito, Rio San Juan.
17. MINSA. (2015).
18. MINSA. (2015). *Norma y Protocolo de Planificacion Familiar*. Managua.
19. MINSA. (2015). *Norma y protocolo de Planificación Familiar*. Managua.
20. MINSA. (2017).
21. Munguia, C. (2013). *Conocimientos, Actitudes y Practicas sobre métodos anticonceptivos en los adolescentes del Instituto publico de Quilali*. Nueva Segovia.

22. Nicaragua, e. J. (2002). *Ley general de Salud*. managua.
23. OMS. (2016).
24. OMS. (2016). • *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente*.
25. OMS. (2018). *recomendaciones practicas para el uso de metodos anticonceptivos*.
26. ONU. (1994). *informe de la conferencia internacional sobre poblacion y desarrollo*. Cairo, Egipto.
27. Panneflex, P. L., Salazar, D. A., & Munive, M. V. (2016). *Knowledge , Beliefs and Practices of Adolescents From*. 7(1), 10–15.
28. Posada, M.,& Mora, B. (2015). *Conocimientos previos acerca de métodos anticonceptivos y su relacion con conocimientos adquiridos despues de una intervencón educativa con simulador*.
29. Quintero Cristiam Angelica, Duarte Denis. (2013). *Conocimientos actitudes y practicas sobre metodos anticonceptivos en adolescentesdel isstituto Concepcion de Maria*. san Francisco libre, managua.
30. Real academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española*. From <https://es.wikipedia.org/wiki/Conocimiento>, 4.
31. Salud y medicina. (2019). www.saludymedicinas.com.mx. From <http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/embarazo/articulos/mitos-anticonceptivos.html>, 6.
32. UNFPA. (2011). *Mitos y metodos anticonceptivos, Perú*.
33. UNFPA. (2011). *Mitos y realidades sobre antioceptivos argentina*.
34. UNFPA. (2013). *Derechos sexuales y reproductivos*. Nicaragua.
35. UNFPA. (2013). *Estudio sobre situacion de adolescentes y jovenes de 43 municipios de Nicaragua*. Nicaragua.
36. UNFPA. (2013). *situacion de adolescentes y jovenes en 43 municipios de Nicaragua*.
37. Vinuesa, A. (2018). *CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR*.
38. Zita, A. (2018). *Adolescencia, contenidos escolares, toda materia*. From todo materia.

CAPITULO V: ANEXOS



Anexo 5.1. Instrumento de recolección de información

Conocimientos y prácticas sobre métodos anticonceptivos en adolescentes que acuden a la Clínica Médica AMOS, Villa Guadalupe Managua.

Fecha de llenado del Instrumento: _____

I. Datos generales:

1. Edad: ____
2. Sexo: ____
3. Religión; católica__ evangélica__ testigo de Jehová __Otras____
4. Escolaridad: Primaria completa__ Primaria incompleta ____Secundaria completa__ Secundaria incompleta____ Universidad____ Analfabeta____
5. Ocupación: Estudiante____ Reciclador____ Operario____ Ama de casa____
6. Estado civil: casado__ acompañado__ soltero__ divorciado__

II. Conocimiento y uso de Métodos Anticonceptivos

7. ¿Qué métodos anticonceptivos conoces? (Puede marcar más de uno)
 - Píldoras anticonceptivas
 - Inyectables
 - Condón
 - DIU(T de cobre)
 - Esterilización quirúrgica
 - No conozco ninguno
8. Conoce usted como se clasifican los métodos anticonceptivos (marque con una x)
 - Permanentes
 - Temporales

9. En relación a los métodos anticonceptivos señale Verdadero o Falso

	V	F
Los métodos anticonceptivos son sustancias químicas que ayudan a la pareja a decidir cuantos hijos quieren tener		
Una sola relación sexual es suficiente para que se produzca un embarazo		
Los pastillas anticonceptivas se toman una diaria a la misma hora		
Las pastillas la deben de tomar tanto el hombre y la mujer para que sean efectivas		
Las inyecciones se utilizan una vez al mes o una cada 3 meses		
Las inyecciones las pueden utilizar las mujeres que no han tenido hijos		
El codón utilizado de forma correcta es 100% efectivo para evitar embarazos		
Los condones se usa uno nuevo en cada relación sexual		
El Diu o T de cobre es un método anticonceptivo		
El Diu lo pueden usar mujeres aunque no han tenido hijos		
Dar el pecho materno más de 8 veces al día en los primeros 6 meses postparto es un método 100% seguro		
La esterilización quirúrgica es un método permanente		

10. De los siguientes efectos o reacciones secundarias, conoce usted cuales se producen por el uso de anticonceptivos orales.

Efecto adverso de pastillas	Si	No
Náuseas		
Vómitos		
Aumento de peso		
Dolor en las mamas		
Dolor de cabeza		
Sangrado irregular		
Espinillas		
Efectos adversos de inyectables		
Dolores en el vientre		
Aumento de peso		
Dolor en los pechos		
Aumento de presión arterial		
Efectos adversos del DIU		
Infecciones vaginales		
Sangrados irregular		
Dolor de vientre		
Inflamación pélvica		
Efectos adversos de las Esterilización quirúrgica		
Infección en la herida quirúrgica		
Reacción a la anestesia		
Riesgo de muerte durante la cirugía		

11. Conoce algunas ventajas y desventajas que producen los anticonceptivos inyectables, marque con una X.

Ventajas y desventajas de pastillas anticonceptivas	Si	No
Evitan el embarazo		
Protegen contra quistes de ovarios		
Disminuyen el dolor en la menstruación		
Reducen el vello excesivo del rostro		
Ventajas y desventajas de Inyecciones		
Reducen los sangrados menstruales		
Ayudan a prevenir anemias		
Una vez que se dejan de usar puede haber embarazo		
Ventajas y desventajas del condón		
El condón es ideal para prevenir infecciones de transmisión sexual		
Evita la entrada de los espermatozoides a la vagina		
Es ideal para evitar el VIH		
El condón se coloca cuando el pene esta erecto		
El mismo condón se puede usar varias veces		
Ventajas y desventajas de Esterilización quirúrgica		
Es un método permanente		
Protege contra embarazo		
Ventajas y desventajas del DIU		
Es de larga duración		
No es costoso		
Se puede utilizar aunque no tengas hijos		
Puede producir infección vaginal		

IV. Fuentes de Información sobre métodos anticonceptivos

12. Si necesitas un método anticonceptivo a dónde vas para conseguirlo.

- Centro de Salud
- ONG
- Farmacia

13. ¿Cuáles son los medios en los crees que puedes encontrar información sobre los métodos anticonceptivos? (señale con una X).

- Medios de Comunicación verbales: Radio y Televisión
- Medios de Comunicación escritos: periódicos, suplementos, plegables, etc.
- Revistas, panfletos, etc.
- Redes sociales (internet, Facebook, WhatsApp, web, otros)

14. La información que tiene usted sobre métodos anticonceptivos las recibió a través de

- Puesto Médico o de Salud del Barrio
- Centro de Salud
- Escuela
- ONG
- Otros

15. ¿Qué personas le han facilitado o brindado información sobre métodos anticonceptivos?

- Madre
- Padre
- Hermanos/as
- Parientes
- Amigos/as del Barrio
- Compañeros/as de clase
- Maestros/as o Tutores
- Promotores sociales del MINSA u ONG

III. Prácticas sobre métodos anticonceptivos

Conteste con una X las siguientes preguntas

16. A qué edad iniciaste tu primera relación sexual 10 – 14 años_____ 15 – 19 años_____

17. Alguna vez has quedado embarazada o embarazaste a tu novia Sí_____ No_____

18. Número de hijos 1_____ 2_____ 3_____

19. Tu pareja ha utilizado condón alguna vez. Sí__ No_____

20. Has usado métodos anticonceptivos alguna vez. Sí _____ No_____

Si tu respuesta es no conteste lo siguiente:

21. ¿Cuál fue la razón para no usar un método anticonceptivo en tus relaciones sexuales?

- Desea embarazo
- Desacuerdo con la pareja
- Desconocimiento del método
- Mayor placer sin condón

22. Has tomado decisiones en conjunto con tu pareja para elegir un método anticonceptivo.
Sí _____ No _____
23. Has ido a la unidad de salud a planificar. Sí _____ No _____
24. Si usaste método anticonceptivo alguna vez en tus relaciones sexuales, que tipo de métodos utilizaste con tu pareja
- Condón
 - Pastillas
 - Inyección
 - Ninguno
25. Actualmente tienes pareja. Sí _____ No _____
26. Si tienes relaciones sexuales, utilizas algún método anticonceptivo para protegerte
- Siempre
 - Frecuentemente
 - Ocasional
 - Nunca
27. Estas utilizando algún método anticonceptivo. Sí _____ No _____
28. Qué métodos o método usas actualmente
- Píldora
 - Inyectable
 - T de cobre
 - Condón
 - Lactancia materna
 - Ninguno
29. Si usas algún método anticonceptivo cuanto tiempo lo has venido utilizando
- 3-5 meses
 - 6- 9 meses
 - 10-12 meses
 - Más de un año
30. Quiénes pueden utilizar los métodos anticonceptivos
- Hombres
 - Mujeres
 - Ambos

¡MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACION!



Anexo 5.2. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____

Con domicilio en: _____

Por medio de la presente hago constar que la Dra. _____ Titular de la Cédula de Identidad N° _____, me ha solicitado que participe como informante en su trabajo de investigación titulado. Conocimientos y prácticas sobre métodos anticonceptivos en adolescentes que acuden a la Clínica Médica AMOS, Villa Guadalupe Managua. De igual forma doy fe que la Dra. _____ me ha explicado detalladamente cual es el objetivo del trabajo, cual es la colaboración que espera de mí, al formar parte de la muestra de su estudio, me ha garantizado la confidencialidad y el anonimato de los datos que yo le estoy proporcionando. En tal sentido, por medio de la presente le estoy dando mi consentimiento para participar en el estudio, en _____, a los _____ días del mes de _____ del _____

Firma del Participante Firma del Tutor o Representante

Anexo 5.3. Tablas

Tabla 1

Características demográficas de los adolescentes entrevistados en la clínica médica AMOS, Villa Guadalupe, Managua agosto – octubre 2019

<i>n=109</i>		
Edad	Frecuencia	Porcentaje
10 – 14	34	31.2
15 -19	75	68.8
Sexo		
Masculino	24	22.0
Femenino	85	78.0
Religión		
Católica	46	42.2
Evangélica	40	36.7
Testigo de Jehová	2	1.8
Otras	21	19.3
Escolaridad		
Primaria completa	20	18.3
Primaria incompleta	11	10.1
Secundaria completa	40	36.7
Secundaria incompleta	30	27.5
Universidad	8	7.3
Ocupación		
Reciclador	14	12.8
Operario	14	12.8
Estudiante	29	26.6
Ama de casa	52	47.7
Estado civil		
Casado	9	8.3
Acompañado	52	47.7
Soltero	47	43.1
Divorciado	1	0.9

Nota: Fuente: Encuesta de Conocimientos y prácticas en adolescentes sobre métodos anticonceptivos en la clínica médica AMOS, Villa Virgen de Guadalupe.

Tabla 2

Conocimientos sobre métodos anticonceptivos que poseen los adolescentes entrevistados en la clínica médica AMOS, Villa Guadalupe, Managua agosto – octubre 2019
n=109

Conoce algún métodos anticonceptivos	Frecuencia	Porcentaje
Si	76	69.7
No	33	30.3
<i>n=76</i>		
Clasificación de métodos anticonceptivos		
Permanentes	36	47.3
Temporales	40	52.7
<i>n=76</i>		
Método anticonceptivo que conoce		
Pastillas	68	89.4
Inyectables	68	89.4
Condón	65	85.5
DIU	48	63.1
Esterilización quirúrgica	40	52.6

Nota: Fuente: Encuesta de Conocimientos y prácticas en adolescentes sobre métodos anticonceptivos en la clínica médica AMOS, Villa Virgen de Guadalupe

Tabla 3

Forma de usos de métodos anticonceptivos de los adolescentes entrevistados en la clínica médica AMOS, Villa Guadalupe, Managua agosto – octubre 2019
n=76

Conoce las formas de uso de métodos anticonceptivos	Frecuencia	Porcentaje
Adecuado	30	39.5
Inadecuado	46	60.5
Conoce reacciones adversas que producen los métodos anticonceptivos		
Nauseas	58	76.3
Vómitos	47	71.8
Espinillas	22	28.9
Dolor de cabeza	48	63.1
Sangrado irregular	39	51.3
Conoce ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos		
Adecuado	34	44.7
Inadecuado	42	55.3

Nota: Fuente: Encuesta de Conocimientos y prácticas en adolescentes sobre métodos anticonceptivos en la clínica médica AMOS, Villa Virgen de Guadalupe

Tabla 4

Fuentes donde obtiene información los adolescentes entrevistados en la clínica médica AMOS, Villa Guadalupe, Managua agosto – octubre 2019

n=109

Fuentes de información	Frecuencia	Porcentaje
Lugar donde obtiene información		
Centro de salud	93	56.4
ONG	22	13.3
Farmacia	50	30.3
Medios de información sobre métodos anticonceptivos		
Radio	50	19.5
Televisión	89	34.8
Revistas	53	20.7
Redes sociales	64	25.7
Persona que brindó información sobre métodos anticonceptivos		
Amigos	83	32.0
Madre	56	21.6
Padre	27	10.4
Maestros	43	16.6
Promotor de salud	50	19.3

Nota: Fuente: Encuesta de Conocimientos y prácticas en adolescentes sobre métodos anticonceptivos en la clínica médica AMOS, Villa Virgen de Guadalupe

Tabla 5

Prácticas de métodos anticonceptivos de los adolescentes entrevistados en la clínica médica

AMOS, Villa Guadalupe, Managua agosto – octubre 2019

n=109

Quien puede usar método anticonceptivo	Frecuencia	Porcentaje
Hombres	6	5.5
Mujeres	33	30.3
Ambos	70	64.2
Que método anticonceptivo estas utilizando		
Pastillas	14	12.8
Inyectables	56	51.4
Condón	4	3.7
DIU	12	11.0
Lactancia materna	3	2.8
Ninguno	20	18.3
Cuanto tiempo llevas usando ese método anticonceptivo		<i>n=89</i>
3 – 5 meses	12	13.4
6 – 9 meses	16	17.9
Más de 1 año	45	50.5
No utiliza	20	18.3
Frecuencia de uso del método anticonceptivo		<i>n=89</i>
Siempre	75	84.3
Frecuentemente	8	8.9
Ocasional	6	6.8
Nunca	20	18.3
Formas de uso del método anticonceptivo		<i>n=76</i>
Adecuado	30	39.5
Inadecuado	46	60.5

Nota: Fuente: Encuesta de Conocimientos y prácticas en adolescentes sobre métodos anticonceptivos en la clínica médica AMOS, Villa Virgen de Guadalupe

Tabla 6

Estado de embarazo de los encuestados de los adolescentes entrevistados en la clínica médica AMOS, Villa Guadalupe, Managua agosto – octubre 2019

n=109

Edad de inicio de Relaciones Sexuales	Frecuencia	Porcentaje
10 – 14 años	36	33
15 – 19 años	73	67
Ha estado embarazada/Embarazo a su novia		
Si	67	61.5
No	42	38.5 <i>n=67</i>
Número de Hijos		
1	35	52.2
2	31	46.3
3	1	1.5

Nota: Fuente: Encuesta de Conocimientos y prácticas en adolescentes sobre métodos anticonceptivos en la clínica médica AMOS, Villa Virgen de Guadalupe

Tabla 7

Cual fue la razón de no utilizar métodos anticonceptivos de los adolescentes entrevistados en la clínica médica AMOS, Villa Guadalupe, Managua agosto – octubre 2019

n=20

Razón de no utilizar métodos anticonceptivos	Frecuencia	Porcentaje
Desea embarazo	6	30
Desacuerdo con la pareja	4	20
Desconocimiento del método	8	40
Mayor placer sin condón	2	10

Nota: Fuente: Encuesta de Conocimientos y prácticas en adolescentes sobre métodos anticonceptivos en la clínica médica AMOS, Villa Virgen de Guadalupe

Tabla 8

Tiempo de uso vs forma de uso de métodos de anticonceptivos de los adolescentes entrevistados en la clínica médica AMOS, Villa Guadalupe, Managua agosto – octubre 2019

n=76

Tiempo de uso vs forma de uso	Adecuado		Inadecuado		Total	
	No	%	No	%	No	%
3 - 5 meses	3	27.3	8	72.7	11	100
6 - 9 meses	5	45.5	6	54.5	11	100
10 -12 meses	5	33.3	10	66.7	15	100
Más de 1 año	17	43.5	22	56.5	39	100

Nota: Fuente: Encuesta de Conocimientos y prácticas en adolescentes sobre métodos anticonceptivos en la clínica médica AMOS, Villa Virgen de Guadalupe

Tabla 9

Escolaridad vs Ventajas y desventajas de métodos anticonceptivos de los adolescentes entrevistados en la clínica médica AMOS, Villa Guadalupe, Managua agosto – octubre 2019

n=76

Escolaridad vs ventajas y desventajas	Adecuado		Inadecuado		Total	
	No	%	No	%	No	%
Primaria completa	8	50	8	50	16	100
Primaria incompleta	3	30	7	70	10	100
Secundaria completa	10	52.6	9	47.4	19	100
Secundaria incompleta	11	45.8	13	54.2	24	100
Universidad	2	28.5	5	71.5	7	100

Nota: Fuente: Encuesta de Conocimientos y prácticas en adolescentes sobre métodos anticonceptivos en la clínica médica AMOS, Villa Virgen de Guadalupe

Tabla 10

Edad de inicio de relaciones sexuales vs sexo de los adolescentes entrevistados en la clínica médica AMOS, Villa Guadalupe, Managua agosto – octubre 2019

n=109

Edad de inicio de relaciones sexuales vs Sexo	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
10- 14 años	11	21.1	41	78.9	52	100
15 - 19 años	13	22.8	44	77.2	57	100

Nota: Fuente: Encuesta de Conocimientos y prácticas en adolescentes sobre métodos anticonceptivos en la clínica médica AMOS, Villa Virgen de Guadalupe

Tabla 11

Edad de inicio de relaciones sexuales vs Religión de los adolescentes entrevistados en la clínica médica AMOS, Villa Guadalupe, Managua agosto – octubre 2019

n=109

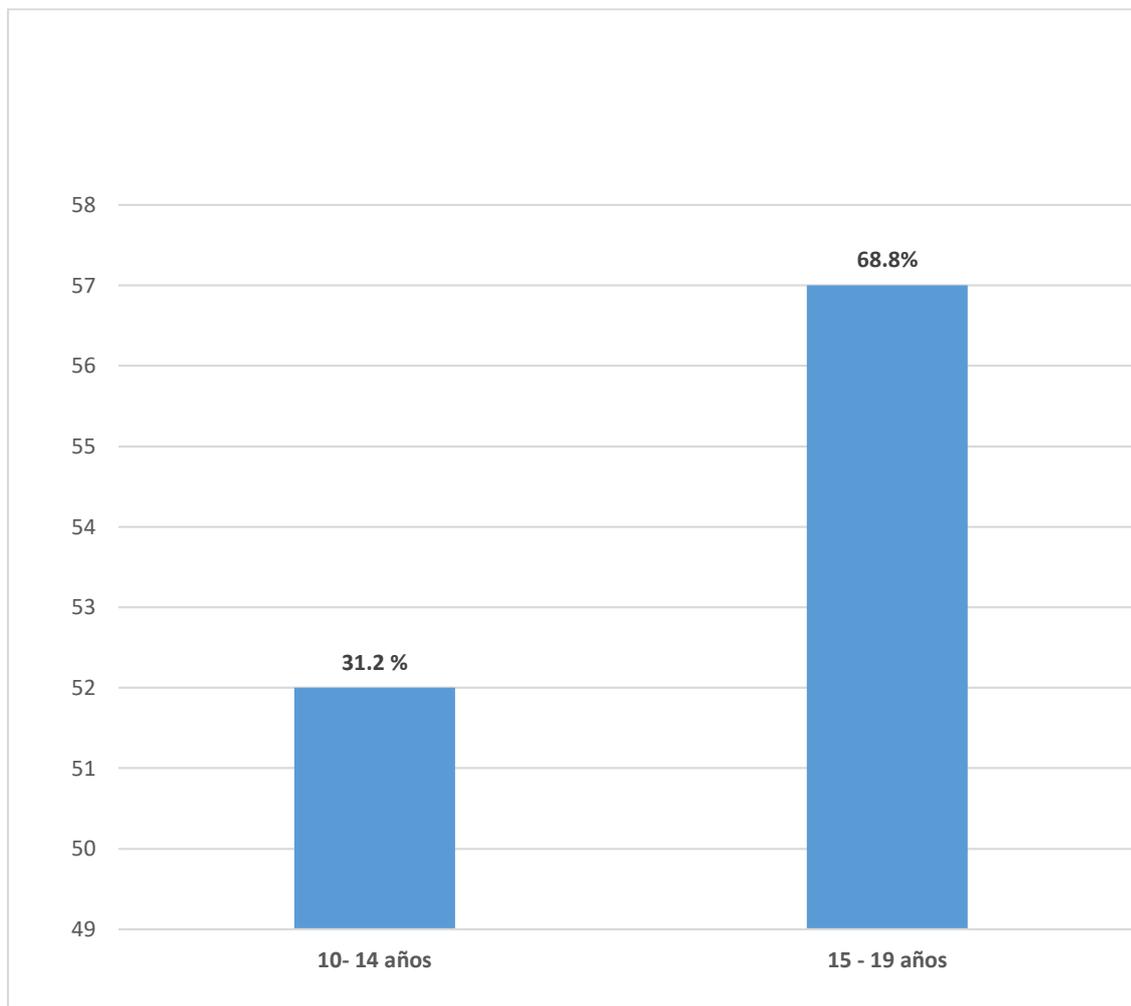
Edad de inicio de relaciones sexuales vs Religión	Católica		Evangélica		Testigo de Jehová		Otras		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
10- 14años	21	43.8	15	31.2	0	0	12	25	48	100
15 - 19 años	25	41	25	41	2	3.3	9	14.7	61	100

Nota: Fuente: Encuesta de Conocimientos y prácticas en adolescentes sobre métodos anticonceptivos en la clínica médica AMOS, Villa Virgen de Guadalupe

Anexo 5.4. Gráficos

Gráfico 1

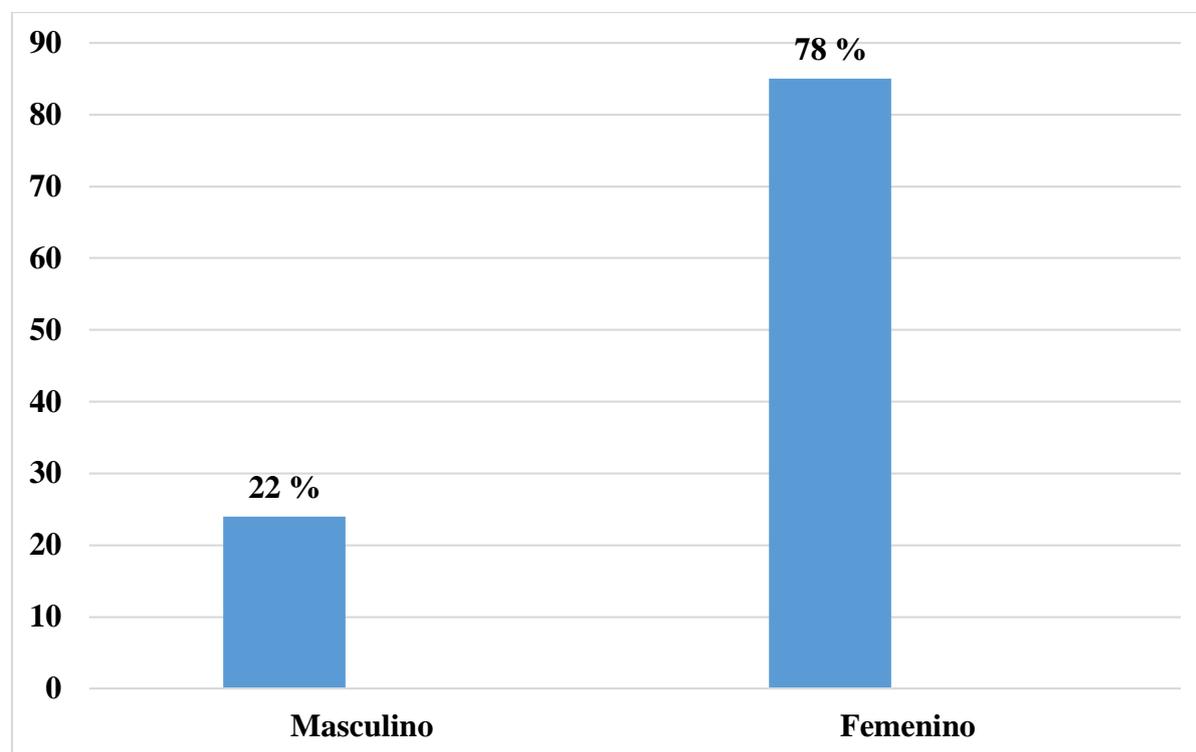
Edad de los encuestados del estudio conocimientos y prácticas de los métodos anticonceptivos en adolescentes que acuden a la clínica médica AMOS, agosto – octubre 2019



Nota: Fuente: Tabla 1

Gráfico 2

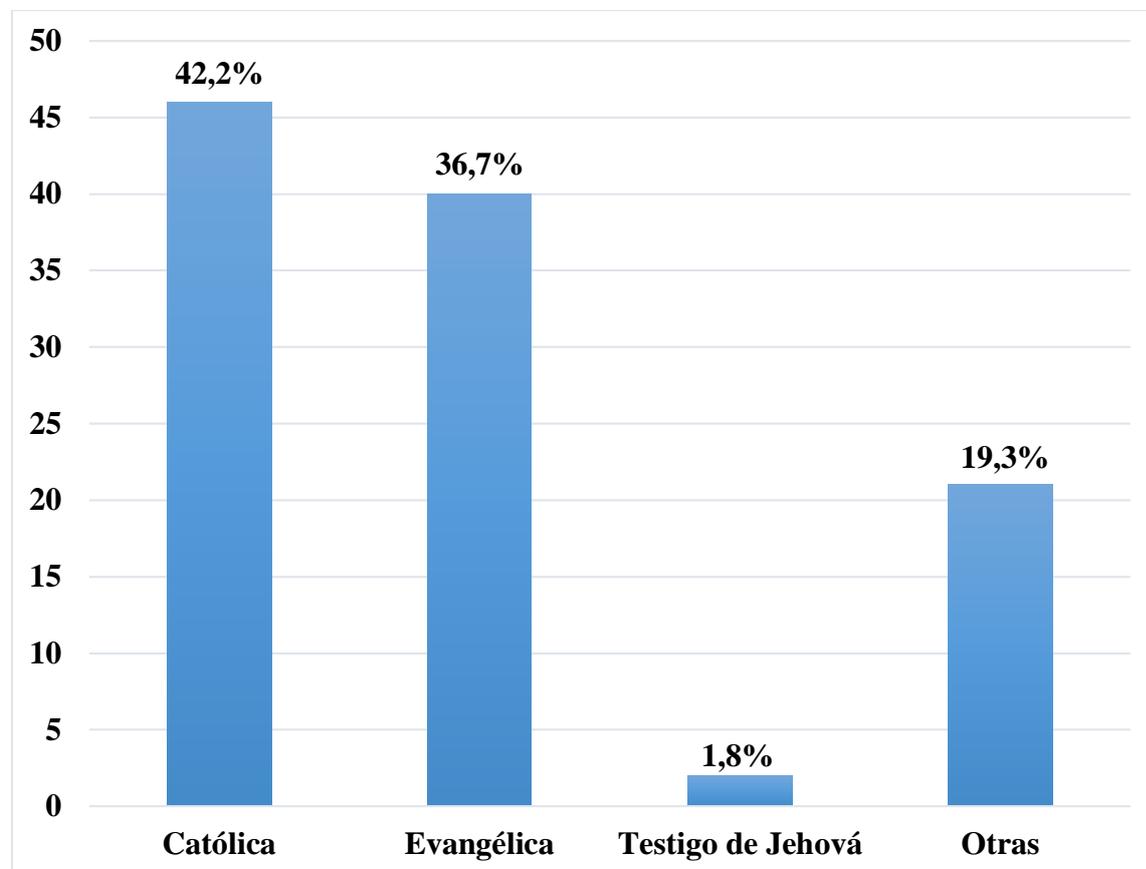
Sexo de los encuestados del estudio conocimientos y prácticas de los métodos anticonceptivos en adolescentes que acuden a la clínica médica AMOS, agosto – octubre 2019



Nota: Fuente: Tabla 1

Gráfico 3

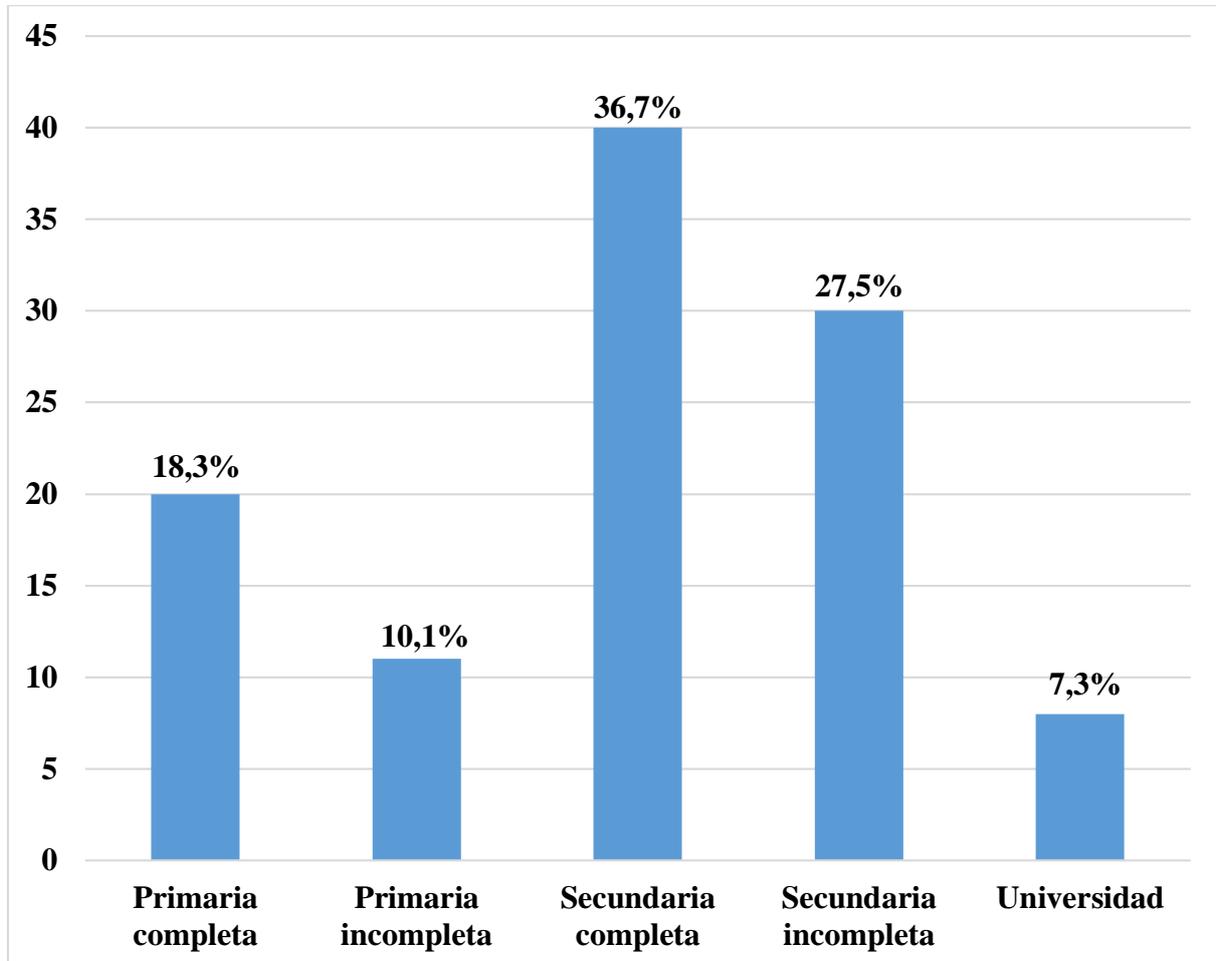
Religión de los encuestados del estudio conocimientos y prácticas de los métodos anticonceptivos en adolescentes que acuden a la clínica médica AMOS, agosto – octubre 2019



Nota: Fuente: Tabla 1

Gráfico 4

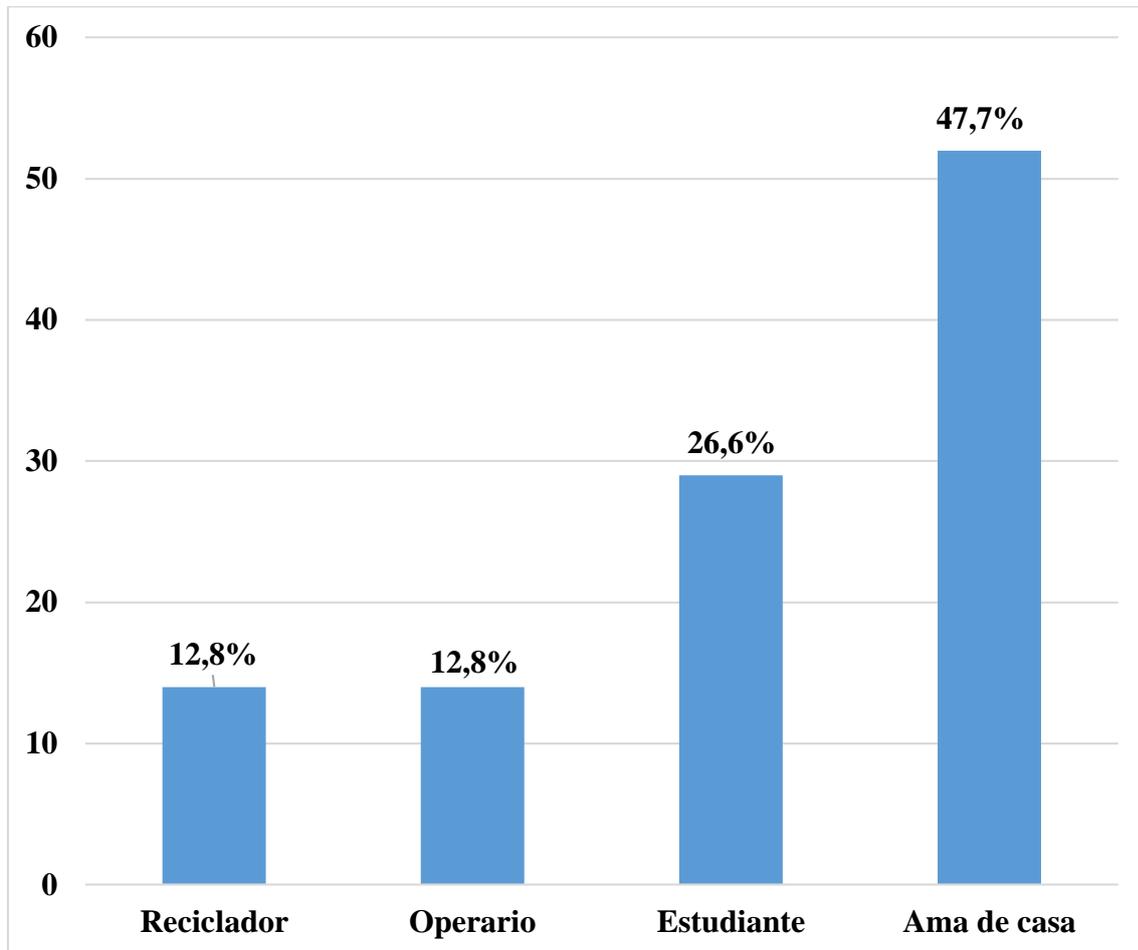
Escolaridad de los encuestados del estudio conocimientos y prácticas de los métodos anticonceptivos en adolescentes que acuden a la clínica médica AMOS, agosto – octubre 2019



Nota: Fuente: Tabla 1

Gráfico 5

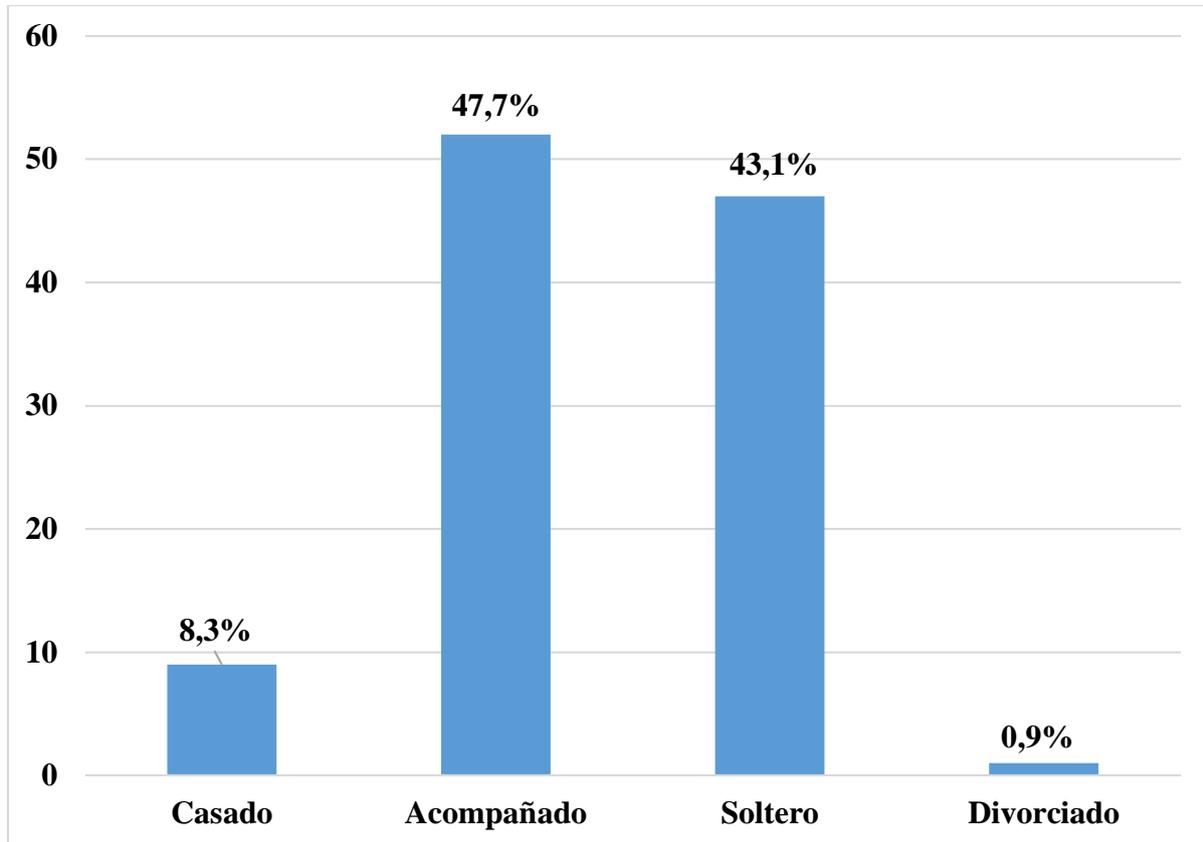
Ocupación de los encuestados del estudio conocimientos y prácticas de los métodos anticonceptivos en adolescentes que acuden a la clínica médica AMOS, agosto – octubre 2019



Nota: Fuente: Tabla 1

Gráfico 6

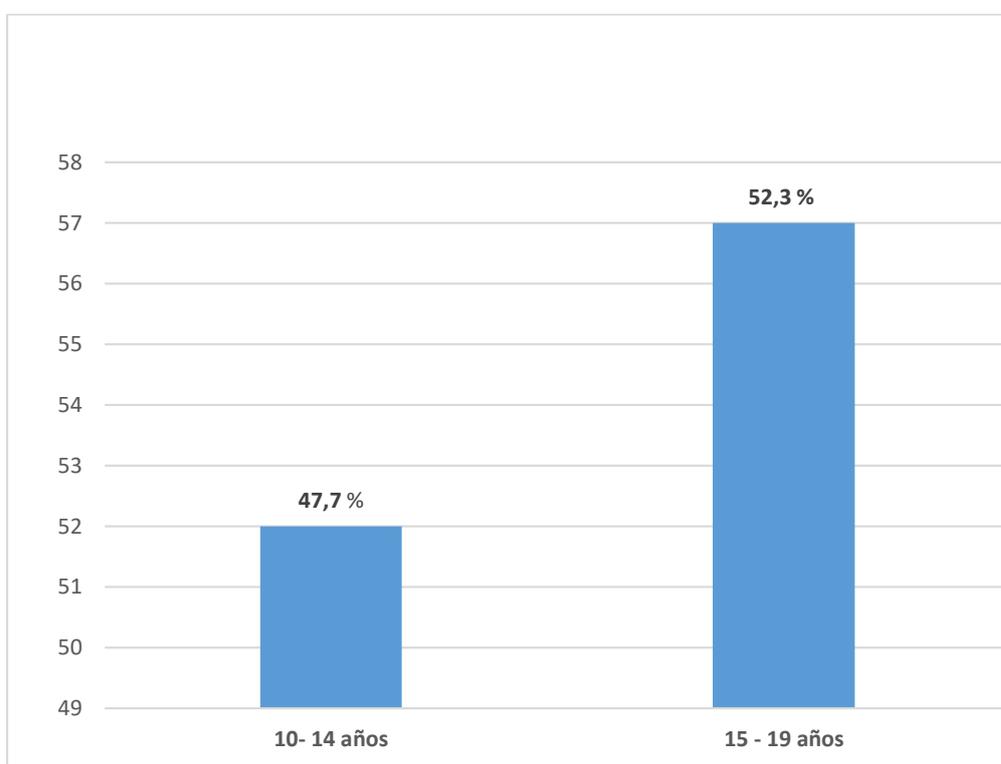
Estado civil de los encuestados del estudio conocimientos y prácticas de los métodos anticonceptivos en adolescentes que acuden a la clínica médica AMOS, agosto – octubre 2019



Nota: Fuente: Tabla 1

Gráfico 7

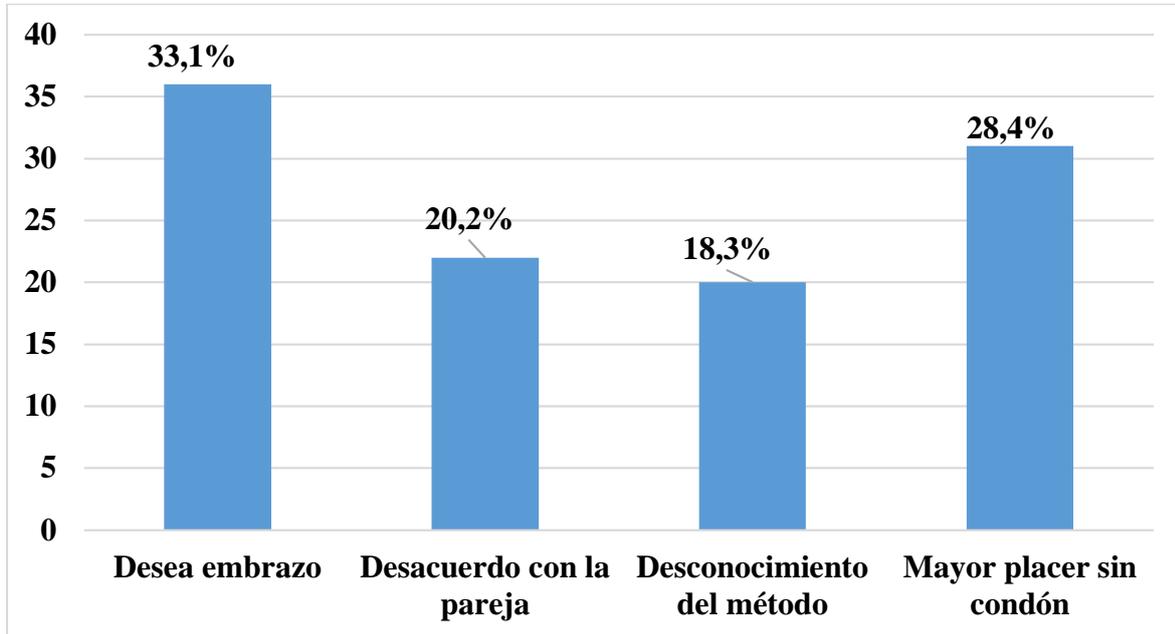
Edad de inicio de relaciones sexuales de los encuestados del estudio conocimientos y prácticas de los métodos anticonceptivos en adolescentes que acuden a la clínica médica AMOS, agosto – octubre 2019



Nota: Fuente: Tabla 6

Gráfico 8

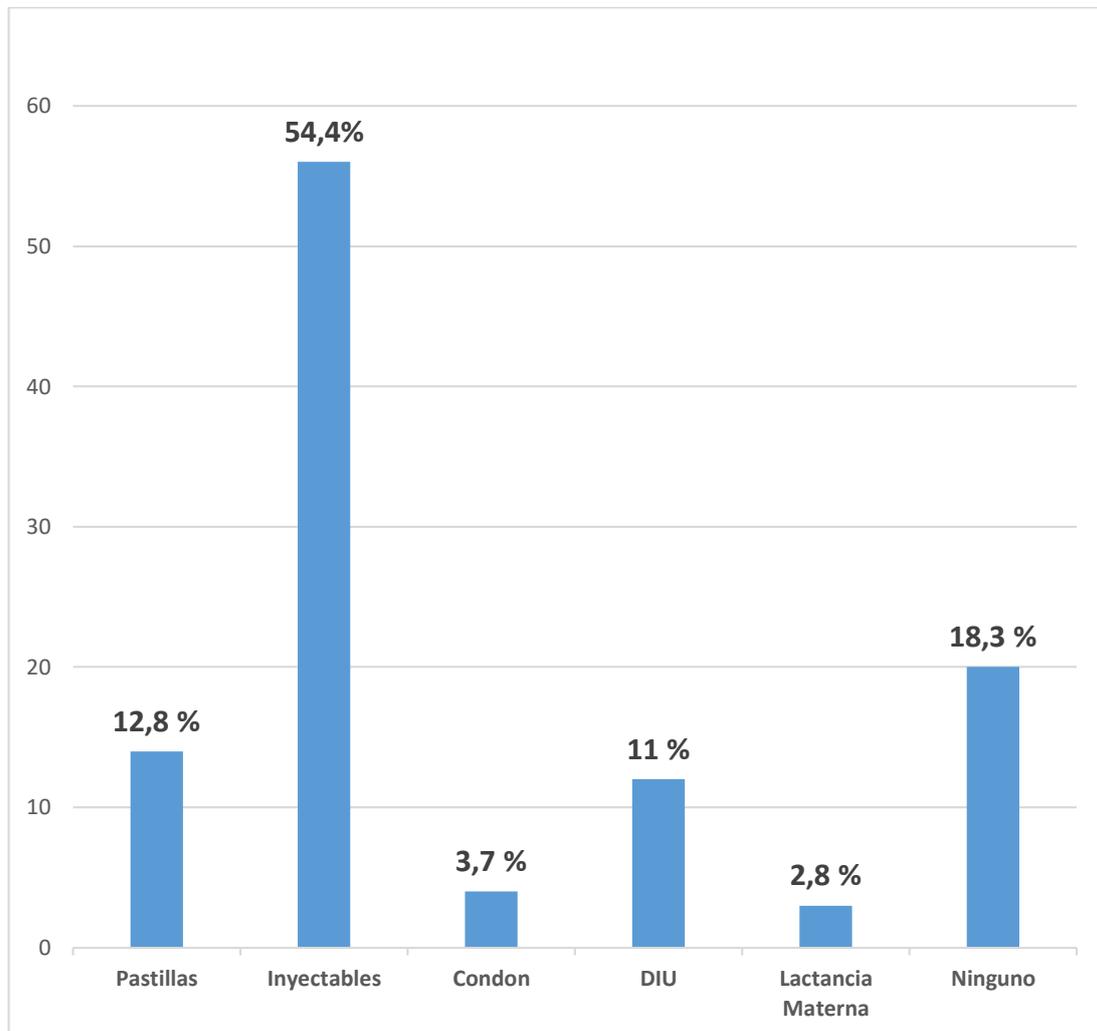
Razón de no utilizar anticonceptivos en las relaciones sexuales de los encuestados del estudio conocimientos y prácticas de los métodos anticonceptivos en adolescentes que acuden a la clínica médica AMOS, agosto – octubre 2019



Nota: Fuente: Tabla 7

Gráfico 9

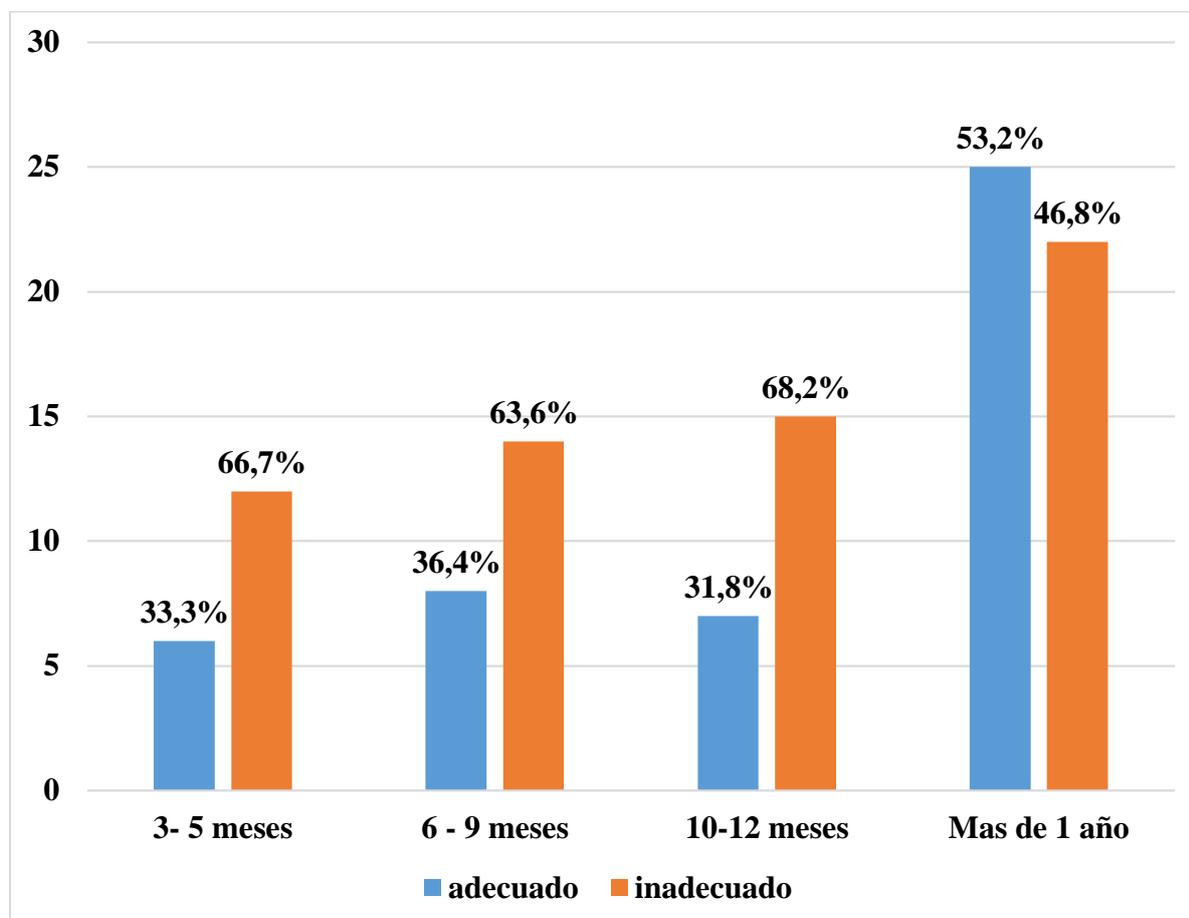
Método que utilizan los encuestados del estudio conocimientos y prácticas de los métodos anticonceptivos en adolescentes que acuden a la clínica médica AMOS, agosto – octubre 2019



Nota: Fuente: Tabla 5

Gráfico 10

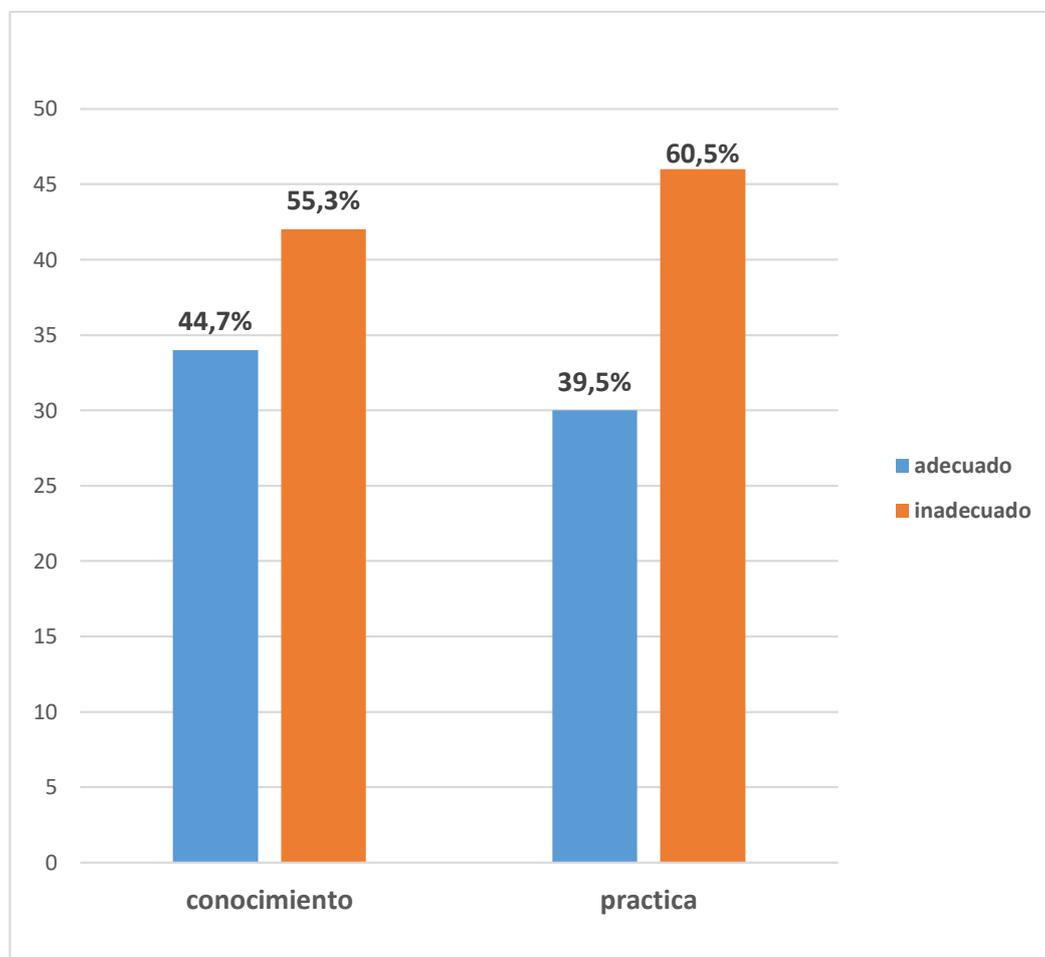
Tiempo de usos vs formas de uso de anticonceptivos de los encuestados del estudio conocimientos y prácticas de los métodos anticonceptivos en adolescentes que acuden a la clínica médica AMOS, agosto – octubre 2019



Nota: Fuente: Tabla 8

Gráfico 11

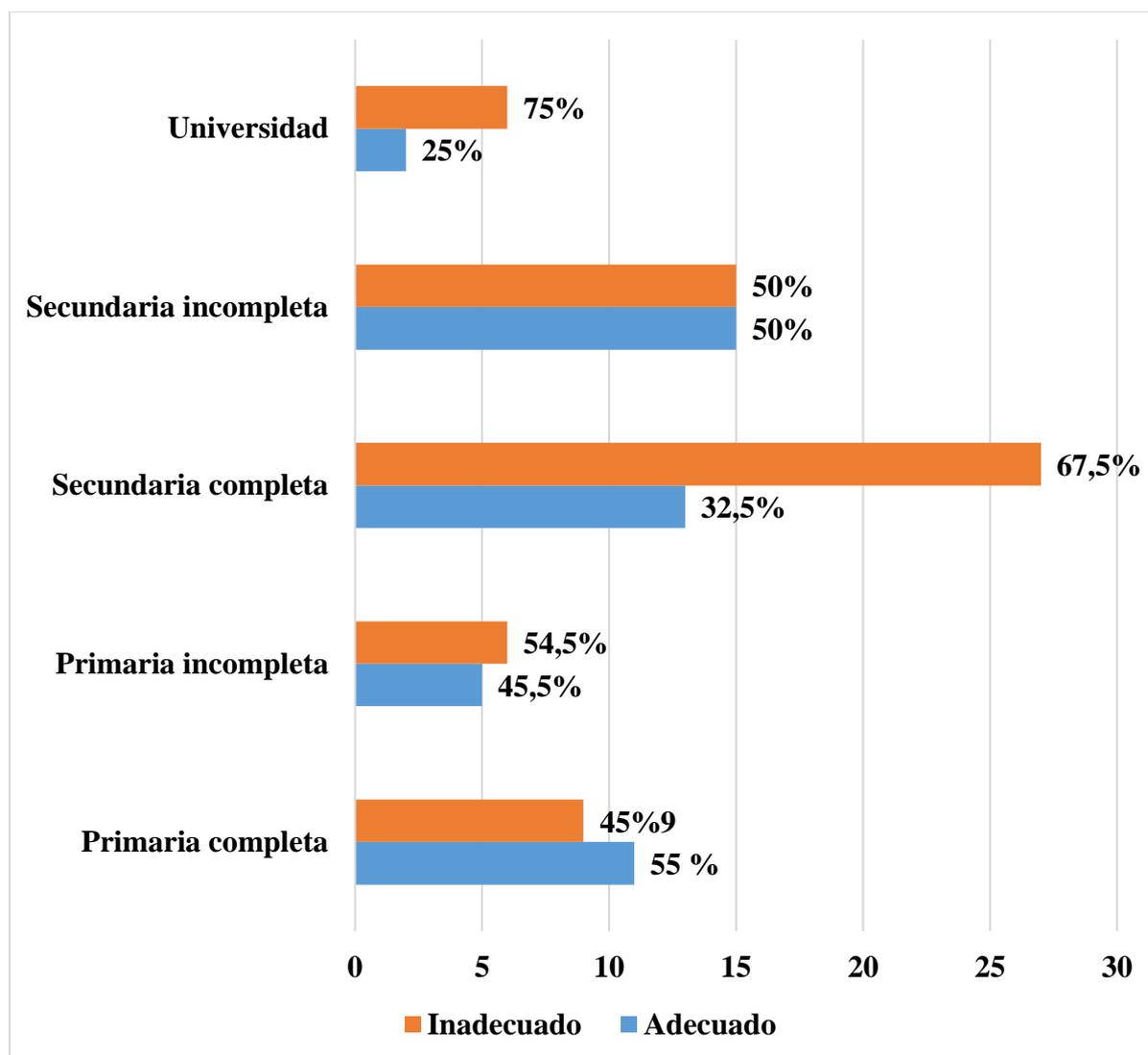
Conocimientos y prácticas de los encuestados del estudio conocimientos y prácticas de los métodos anticonceptivos en adolescentes que acuden a la clínica médica AMOS, agosto – octubre 2019



Nota: Fuente: Tabla 5

Gráfico 12

Escolaridad vs Ventajas y desventajas de métodos anticonceptivos de los encuestados del estudio Conocimientos y prácticas de los métodos anticonceptivos de la clínica médica AMOS, agosto – octubre 2019



Nota: Fuente: Tabla 9