

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



**TRABAJO MONOGRÁFICO PARA OPTAR
AL TÍTULO DE MÉDICO Y CIRUJANO GENERAL**

Titulo

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE MÉTODOS
DE PLANIFICACIÓN, EN ESTUDIANTES DEL CENTRO ESCOLAR
EPIFANÍA DE LA COMUNIDAD EL HORMIGÓN, MUNICIPIO DE
GRANADA DEL 1 DE SEPTIEMBRE AL 30 DE NOVIEMBRE 2013**

AUTOR: BRA. YARA AMANDA ROMERO PASTRÁN

**TUTORA: DRA. MARIANELA CORRIOLS, PHD
ASESORA EN METODOLOGÍA DE LA
INVESTIGACIÓN, UNAN MANAGUA**

MANAGUA, NICARAGUA DICIEMBRE 2015

Agradecimientos

Primeramente agradezco a la Universidad UNAN-MANAGUA por haber aceptado ser parte de ella y abierto las puertas de su seno científico para poder estudiar mi carrera, así como a los diferentes docentes que brindaron sus conocimientos y su apoyo para seguir adelante.

Agradezco a mi tutora de tesis Dra. Marianela Corriols por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimientos así como también haberme tenido la paciencia para guiarme durante todo el desarrollo de la tesis.

También agradezco a mis compañeros de clases por el apoyo que gracias al compañerismo, amistad y apoyo moral han aportado de gran manera mis ganas de seguir adelante en mi carrera profesional, y principalmente a mi madre que estuvo motivándome desde el inicio hasta finalizar mis estudios.

Opinión de la tutora

El estudio descriptivo sobre **Conocimientos, Actitudes Y Prácticas Sobre Métodos De Planificación, En Estudiantes Del Centro Escolar Epifanía De La Comunidad El Hormigón, Municipio De Granada Del 1 De Septiembre Al 30 De Noviembre 2013** realizado por la **Bra. Yara Amanda Romero Pastrán** ofrece una importante contribución para la caracterización de los conocimientos, actitudes y prácticas de estudiantes adolescentes sobre su sexualidad, incluyendo el uso de métodos anticonceptivos modernos.

El estudio analiza los resultados de 86 encuestas aplicadas a igual número de adolescentes estudiantes de secundaria, 30 aspectos relativos a la sexualidad de los adolescentes. De los estudiantes encuestados, 22 ya iniciaron su vida sexual y la mayoría iniciaron a los 15 años, el método más conocido y utilizado es el condón. Los resultados demuestran que el 93% de los estudiantes tienen un conocimiento malo sobre métodos de planificación familiar, 5% conocimiento regular y 2% conocimiento bueno. En cuanto a la actitud la mayoría tuvo actitudes favorables. En cuanto a las prácticas, se obtuvo que un 70% de los estudiantes tienen una práctica incorrecta y solo el 30% tienen prácticas correctas.

La autora cumple con la justificación de su investigación de estudiar los conocimientos, actitudes y prácticas de los adolescentes sobre anticoncepción, para desarrollar estrategias de educación, promover la anticoncepción segura, el uso adecuado de los mismos y de esta manera frenar la pandemia de embarazos no deseados en adolescentes así como enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA. Las autoridades educativas y de salud deberán considerar las recomendaciones, especialmente en aquellas relacionadas con mejorar el conocimiento de los adolescentes, para mejorar sus actitudes y prácticas.

Reconocemos que la autora cumplió con las orientaciones metodológicas brindadas a través de la asesoría virtual facilitada por la Facultad de Ciencias Médicas.

Dra. Marianela Corriols

Asesora en Metodología de Investigación
Escuela de Medicina, UNAN Managua

Tabla de contenido

Agradecimientos	2
Opinión de la tutora	3
Lista de Acrónimos	6
Resumen	8
1. Introducción	9
2. Antecedentes	11
2.1 A nivel mundial	11
2.2 A nivel regional.....	17
2.3 A nivel nacional	18
2.4 A nivel de Granada	23
3. Justificación.....	26
4. Planteamiento del problema.....	27
5. Objetivos.....	28
5.1 Objetivo General.....	28
5.2 Objetivos específicos	28
6. Marco teórico.....	29
6.1 Marco conceptual.....	29
6.2 Sexualidad y adolescencia	31
6.3 La sexualidad en el sistema educativo de Nicaragua y Granada.....	32
6.4 Métodos anticonceptivos	32
Anticoncepción en la adolescencia	35
Mitos sobre métodos anticonceptivos.....	37
Beneficios de la planificación familiar	38
6.5 Normas de planificación familiar en Nicaragua.....	40
6.6 Inclusión de PF en el MOSAFC	40
6.7 Atención integral a adolescentes	41
7. Diseño metodológico	43
7.1 Tipo de estudio	43
7.2 Área de estudio.....	43
7.3 Universo	43
7.4 Muestra	43

7.5 Fuente de información	43
7.6 Criterios de inclusión	43
7.7 Criterios de exclusión.....	44
7.8 Instrumento de recolección de la información	44
7.9 Técnica de recolección de la información.....	44
7.10 Plan de tabulación y análisis	44
7.11 Lista de variables	46
7.12 Operacionalización de variables.....	47
7.13 Plan de análisis.....	50
8. Resultados.....	52
8.1 Sociodemográfico:.....	52
8.2 Conocimientos.....	52
8.3 Actitudes	54
8.4 Prácticas.....	56
8.5 Conocimiento – Actitudes:	58
8.6 Conocimiento – Prácticas:.....	58
8.7 Actitudes - Prácticas:	58
9. Análisis e interpretación de resultados	59
10. Conclusiones	61
11. Recomendaciones	62
12. Bibliografía.....	63
13. Anexos.....	71

Lista de Acrónimos

ACO:	anticonceptivos orales
ACI:	anticonceptivos inyectables
AE:	anticonceptivos de emergencia
AOC:	anticonceptivos orales combinados
CAP:	conocimiento, actitudes y prácticas
CELADE:	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía
CEPAL:	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
DIU:	dispositivo intrauterino
ECMAC:	entrega comunitaria de métodos anticonceptivos
ENDESA:	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
INIDE:	Instituto Nacional de Información de Desarrollo
ITS:	infecciones de transmisión sexual
MAC:	métodos anticonceptivos
MEF:	mujeres en edad fértil
MELA:	método de la lactancia y amenorrea
MINSA:	Ministerio de Salud
MOSAFC:	Modelo de salud familiar y comunitaria
ODM:	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS:	Organización Mundial de La Salud
ONG:	Organizaciones no Gubernamentales
PF:	Planificación familiar

- PPMS: píldora para la mañana siguiente
- PROMSEX: Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos
- SILAIS: Sistemas Locales de Atención Integral en Salud
- SSR: Salud sexual y reproductiva
- UNAN: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
- UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
- UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas
- VIH/ SIDA: virus de inmunodeficiencia humana / síndrome de inmunodeficiencia adquirida

Resumen

El estudio analiza cuales son los conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar que tienen los adolescentes que estudian en el Centro Escolar Epifanía de la Comunidad El Hormigón en el municipio de Granada, siendo este tema relevante ante la falta de conocimientos sobre esta temática.

El objetivo del estudio fue valorar e identificar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas que sobre métodos de planificación tienen los estudiantes y relacionarlo con sus características sociodemográficas.

Es un estudio descriptivo de corte transversal cuyo universo estuvo constituido por el total de estudiantes de secundaria matriculados en el año 2013, siendo 86 estudiantes. El instrumento de recolección de la información fue un cuestionario el cual se le entrego a los estudiantes y fue llenado por cada uno, con previo consentimiento.

De los estudiantes encuestados, 22 ya iniciaron su vida sexual y la mayoría iniciaron entre los 14-16 años, el método más conocido y utilizado es el condón. Los resultados demuestran que el 93% de los estudiantes tienen un conocimiento malo sobre métodos de planificación familiar, 5% conocimiento regular y 2% conocimiento bueno. En cuanto a la actitud la mayoría tuvo actitudes favorables. En cuanto a las prácticas, se obtuvo que un 70% de los estudiantes tienen una práctica incorrecta y solo el 30% tienen prácticas correctas.

Se recomienda aumentar la coordinación entre SILAIS y MINED Granada para redoblar esfuerzos de los organismos ya establecidos en la capacitación a los maestros y adolescentes, para mejorar su acceso a información y servicios adecuados para su salud.

1. Introducción

Más de la mitad de los y las adolescentes en el mundo tienen relaciones sexuales antes de los 16 años¹, sin embargo, los índices crecientes de embarazos precoces a nivel mundial indican que no se satisfacen las necesidades de acceso a la salud reproductiva. Resulta alarmante saber que casi la tercera parte de unos 175 millones de embarazos que se producen anualmente, no son deseados y que gran parte de estos son de adolescentes.²

Existe sub registro sobre el uso de métodos anticonceptivos entre adolescentes en todo el mundo, ya que el adolescente no refiere abiertamente el momento en que inicia su vida sexual activa, por citar un ejemplo en una encuesta realizada en México, encontró que los jóvenes menores de 24 años después del inicio de su vida sexual activa continúan activos y sin protección durante un año o más, antes de solicitar un método anticonceptivo.³

Este hecho abre un período de ventana en el cual los embarazos no deseados aumentan al igual que las enfermedades de transmisión sexual, esto trae por consecuencia la deserción escolar, prácticas peligrosas de abortos, y las complicaciones propias del embarazo a estas edades.

Entre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), se incluyen propósitos como erradicar la pobreza extrema, promover la igualdad de género, mejorar la salud materna, combatir el VIH-SIDA y otras enfermedades⁴.

Estos objetivos se relacionan de forma directa e ineludible con la prevención del embarazo no deseado y por ende, con el acceso a métodos anticonceptivos y a la educación sexual de los y las adolescentes. Por estas consideraciones, las demandas de este sector de la sociedad deben ser puestas en agenda y atendidas por las instancias correspondientes para la toma de decisiones.

En aras de fortalecer la salud integral de la adolescencia, se estudiarán los conocimientos, actitudes y prácticas (CAP) sobre métodos de planificación familiar (PF), en estudiantes del centro escolar Epifanía de la Comunidad El Hormigón, área

rural del municipio de Granada, con el objetivo de conocer los aspectos socioculturales para recomendar acciones que corrijan las deficiencias encontradas, en pro de la promover estilos de vida saludables para los adolescentes, familias y comunidades.

2. Antecedentes

2.1 A nivel mundial

Nair MK , Leena ML , y colaboradores (India, 2013)⁵ estudiaron en tres distritos de Kerala, problemas de salud sexual y reproductiva de los adolescentes y adultos jóvenes a través de una encuesta comunitaria de CAP. Los jóvenes de 10-24 años, enfrentaron problemas financieros, de abuso de sustancias en la familia, bajo rendimiento académico, diferencias de opinión, la enfermedad en sí misma, problemas mentales, la falta de talento, los padres estrictos, dificultad en la mezcla, fracaso en el amor, familia rota, la soledad y problemas en la escuela y/o oficina en el orden descendente. A medida que la edad avanza alto porcentaje tanto de los varones (43,4%) y mujeres (61,7%) discuten temas de salud sexual reproductiva entre ellos mismos. Concluye que hay insuficiente conocimiento de la salud reproductiva en todos los grupos de edad, pero el aumento de ganancia de conocimiento y mejores actitudes y prácticas en salud reproductiva y sexual mejora con la edad.

Nishtar NA, Sami N, Alim S, Pradhan N, Hasnain (Pakistán, 2013) .⁶ estudiaron factores determinantes de uso de MAC entre jóvenes de Karachi de 444 jóvenes entre 15 y 24 Se encontraron limitaciones de: accesibilidad geográfica (79.3%), la accesibilidad financiera fue baja (19,1%), resultando en una baja accesibilidad global (34,5%) a los servicios de salud reproductiva. Dos tercios de los jóvenes utilizaron algún tipo de SSR. Los niveles de necesidades insatisfechas de información sexual, planificación familiar, atención materna y las pruebas del VIH fueron 62,6%, 31,9%, 38,7% y 56,2%, respectivamente. Los jóvenes que viven en los suburbios, con un padre fallecido, no estar casado o nunca expuesto a los medios de comunicación tenían menos probabilidades de tener acceso a servicios de salud reproductiva.

Lavin C , Cox JE. (2012) estudiaron las perspectivas actuales en la prevención del embarazo adolescente: perspectivas actuales⁷. Encontrándose que los embarazos adolescentes no intencionales imponen potencialmente graves cargas sociales y de salud de los padres adolescentes y sus hijos, así como los costos para la sociedad.

Tendencias en el embarazo en adolescentes y las tasas de natalidad muestran continuo descenso, pero las diferencias del estado y raciales han aumentado. Los factores demográficos y los cambios de política han contribuido a estas disparidades.

Ruedinger E , Cox JE. (2012) estudiaron la Maternidad adolescente: consecuencias y las intervenciones⁸ encontrando que las consecuencias negativas de la maternidad adolescente pueden afectar las madres y sus hijos durante toda la vida. Estas consecuencias son probablemente atribuibles a los factores sociales y ambientales y no sólo con la edad materna.

El aumento de los logros educativos, la prevención de embarazos repetidos y la mejora de las interacciones madre-hijo puede mejorar los resultados para las madres y sus hijos. Los programas de inicio, la comunidad, la escuela y la clínica son todos los modelos viables de la prestación de servicios a esta población.

Las madres adolescentes con servicios completos para satisfacer sus necesidades sociales, económicas, sanitarias y educativas pueden potencialmente mejorar los resultados a largo plazo tanto para ellas como para sus hijos. Los programas que ofrecen atención a esta población de manera culturalmente sensible, apropiadas para el desarrollo han demostrado éxito.

Carter MW , Bergdall AR , y colaboradores (Estados Unidos, 2012) realizaron un estudio cualitativo de comprensión de anticonceptivos entre los adultos jóvenes⁹. Describen el conocimiento de anticonceptivos, las fuentes de información y las consecuencias de mal uso de anticonceptivos entre, los adultos jóvenes. Estudiaron 16 grupos focales y 53 entrevistas a hombres afroamericanos y mujeres de 18 a 25 años de Filadelfia y Hartford.

Los hombres sabían más acerca de los condones y la retirada, que las mujeres. La experiencia personal o de segunda mano era la principal fuente de información sobre el conocimiento de anticonceptivos.

La comprensión de anticonceptivos es un poderoso determinante del uso de anticonceptivos y limita las opciones percibidas por los adultos jóvenes para prevenir el embarazo. La investigación es necesaria para fortalecer la consejería anticonceptiva y la divulgación de las maneras que mejor influencia de los pares apalancamiento.

Farahani FK , Shah I , Cleland J , Mohammadi MR (2012) estudiaron en los adolescentes varones y mujeres jóvenes en Teherán, Irán: diferentes perspectivas, comportamientos y necesidades de la salud reproductiva y las implicaciones para las intervenciones sensibles al género.¹⁰

Se realizaron dos encuestas, en Teherán en 2002 y 2005. Una encuesta entre 1.385 adolescentes varones y otra encuesta entre 1.743 estudiantes de pregrado femeninos en cuatro universidades multidisciplinarias en Teherán.

Se encontró que el conocimiento de la salud reproductiva entre los adolescentes varones es pobre en comparación con la de sus compañeras. Aunque amistades prematrimoniales eran moderadamente aceptables desde los puntos de vista tanto en hombres como en mujeres, la mayoría estaban en contra de las relaciones sexuales prematrimoniales, sobre todo entre las mujeres participantes.

Los adolescentes varones reportaron experiencias anteriores y la mayor de intimidad antes del matrimonio heterosexual y el contacto sexual que las mujeres. Múltiples parejas también fueron más frecuentes en los hombres que en las mujeres. Las mujeres tuvieron una tendencia a lamentar el primer contacto sexual más que los hombres, lo que refleja que es más probable que sea planificado y no deseado en las mujeres que en los varones la primera relación sexual.

Ekelin M, Åkesson C, Ångerud M, Kvist LJ (Suecia, 2012) estudiaron conocimientos y actitudes en relación con la fertilidad y la construcción de la familia en los estudiantes suecos de secundaria.¹¹ Se aplicó un cuestionario con 34 ítems fue respondido por 274 estudiantes.

Los análisis mostraron que 234 (85%) pensaba que estaban destinados a tener hijos. Las estudiantes sintieron la paternidad es significativamente más importante que los estudiantes varones: $p = <0,01$. La edad media de los encuestados pensaban que les gustaría empezar a construir su familia fue 26 ($\pm 2,9$) años.

Los hombres creen que la fertilidad de las mujeres se redujo significativamente más tarde que las mujeres hicieron: $p = <0,01$. Las mujeres respondieron que el 30,7% eran parejas involuntariamente estériles y los hombres respondieron 22,5%: $p = <0,01$. Las mujeres pensaban que significativamente más probable que considerarían la fertilidad in Vitro o la adopción que los hombres, $p = 0,01$. Los hombres consideraron que era más probable que se abstengan de tener hijos que las mujeres: $p = <0,01$.

Las mujeres creían que el peso corporal influyó en la fertilidad significativamente más a menudo que los hombres: $p = <0,01$ y los hombres cree significativamente más a

menudo que fumar influyó fertilidad: $p = 0,03$. Tanto los estudiantes de ambos sexos respondieron que les gustaría tener más conocimiento sobre el área de la fertilidad.

Ong J , Temple-Smith M , Wong WC , McNamee K , C Fairley (Australia, 2011) estudiaron indicadores de mal uso de la anticoncepción en las mujeres sexualmente activas que asisten a clínicas de planificación familiar en Victoria, Australia.¹²

Se aplicó una encuesta transversal de Planificación Familiar de abril a julio 2011 a mujeres entre 16 a 50 años con una pareja sexual masculina en los últimos 3 meses, y no con la intención de concebir.

1006 encuestas fueron analizadas con un 96% de mujeres que denuncian el uso de anticonceptivos en los últimos 3 meses. 37% de las mujeres con riesgo de embarazo no deseado debido a un uso imperfecto (61% usuarios inconsistentes; 31% métodos ineficaces) o no uso de anticonceptivos (8%).

A pesar de reportar un alto uso de anticonceptivos, casi el 40% de las mujeres tuvo riesgo de embarazo no deseado, debido principalmente al uso de anticonceptivos inconsistente y uso de métodos anticonceptivos ineficaces. Se pueden necesitar estrategias para mejorar el uso sistemático de métodos anticonceptivos eficaces o mayor énfasis en la anticoncepción de acción prolongada para ciertos grupos en mayor riesgo de embarazo no deseado.

Sokkary N , R Mansouri , Yoost J y colaboradores (Estados Unidos, 2010)¹³ realizaron un estudio multicéntrico de conocimiento de anticonceptivos entre los adolescentes en América del Norte que acuden a los centros de referencia Ginecología Pediátrica y Adolescente. La muestra fue de 354 pacientes de sexo femenino de entre 10 a 24 años.

El porcentaje medio de respuestas correctas entre todos los participantes fue de $55,8\% \pm 17\%$. Los participantes más jóvenes (edad 10-13 años) obtuvo resultados significativamente más bajos que sus contrapartes de mayor edad (49%, 55% y 60%, respectivamente, $P < 0,05$). No hubo correlación entre la puntuación y el origen étnico o la ubicación del sitio participante.

Los sujetos informaron de Internet como fuente de información, los que eran sexualmente activos, y los que están familiarizados con los anticonceptivos reversibles

de acción prolongada puntuaron significativamente más alto. De todos los métodos anticonceptivos, los participantes tenían menos probabilidades de haber oído hablar de los implantes de etonogestrel (18%), método del ritmo / planificación natural de la familia (28%) y el DIU (32%).

Concluyeron que los adolescentes y los adultos jóvenes no tuvieron buenos resultados en general, demuestra tanto la falta de conocimiento general sobre los métodos anticonceptivos y la falta de información sobre los efectos secundarios.

Biggs MA , Foster DG (Estados Unidos, 2010) realizaron un análisis del riesgo de la concepción de las relaciones sexuales sin protección y protegida.¹⁴ La investigación reciente sugiere que la falta de conocimiento sobre los riesgos de la concepción de relaciones sexuales sin protección y protegido se asocia con no usar anticonceptivos.

Las mujeres sin antecedentes de aborto (n = 1.472) en 13 clínicas de planificación familiar fueron encuestados sobre su conocimiento del riesgo de la concepción de relaciones sexuales sin protección y durante el uso de condones, píldoras anticonceptivas orales, y anticonceptivos intrauterinos.

Se encontró que el 8% de las mujeres estimaron con precisión el riesgo de concepción de participar en un acto sexual sin protección. Alrededor de una cuarta parte (26%) de las mujeres correctamente clasificado la eficacia de los condones y más de la mitad correcta clasificación de la eficacia de los anticonceptivos orales (61%) y sondajes vesicales permanentes (56%).

Las mujeres afroamericanas o latinas, que viven en la pobreza, y tenía menos de un grado de la universidad eran más propensos a sobreestimar la tasa de fracaso de los condones, anticonceptivos orales y sondajes vesicales permanentes. Otros factores asociados a subestimar la eficacia de estos métodos se estaban embarazadas o que desean un embarazo y después de haber entablado recientemente relaciones sexuales sin protección. Las mujeres fueron significativamente más propensas a evaluar con precisión la eficacia del método que planeaban usar.

Estos hallazgos sugieren que la mejora de los conocimientos de las mujeres sobre la eficacia de diversos métodos puede alentar el uso de anticonceptivos más eficaces y coherentes.

Cui N , Tian AP , Li MX , Shah IH, (China, 2010) analizaron el apoyo de los padres para obtener información sobre salud sexual y reproductiva y los servicios para los jóvenes solteros en Chengdu, China¹⁵.

Los participantes elegibles eran padres (padres y madres) que tenían por lo menos un hija soltera adolescente y / o jóvenes de 15 a 24 años. Se entrevistó a un total de 2.871 padres y madres. Los conocimientos relacionados con la SSR de los padres eran actitudes pobres y disonantes de la tolerancia y la ambivalencia hacia el suministro de información y servicios de salud sexual y reproductiva de los jóvenes solteros que se encontraron 80% de los padres aceptaron comprender a los jóvenes solteros que buscan servicios de asesoramiento de salud sexual, pero los porcentajes de dicha actitud positiva fue mucho menor para el uso de anticonceptivos antes del matrimonio.

Más de la mitad de los padres dieron su apoyo a una educación de SSR y la información para los jóvenes solteros, mientras que en la prestación de servicios de anticonceptivos para los jóvenes solteros sexualmente activos, el 27% fueron negativos, 25% aceptó, el 36% indicó un entendimiento, y el resto 12% no tenía opinión.

Los conocimientos y actitudes relacionados con la SSR de los padres se asocian a las características socio-demográficas. Los hallazgos de este estudio sugieren que se necesitan programas orientados a los padres para informarles de las condiciones existentes de SSR de los jóvenes solteros en China, para disipar los temores y conceptos erróneos de los padres, y para mejorar la educación sexual basada en la familia en términos de aumento de la SSR de los padres conocimientos y sus capacidades y habilidades de proporcionar dicha información a los jóvenes solteros.

Tilahun M , Mengistie B , Egata T , Reda AA(2010) estudiaron actitudes de los trabajadores de salud hacia los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes solteros en Etiopía.¹⁶ Realizaron un estudio transversal descriptivo entre los 423 proveedores de servicios de atención de la salud encontrando que:

La mayoría de los trabajadores de la salud tenía una actitud positiva. Casi un tercio (30%) tenía actitudes negativas hacia la provisión de servicios de salud reproductiva a los adolescentes no casados y cerca de la mitad (46,5%) tuvieron respuestas favorables hacia la provisión de planificación familiar para las adolescentes solteras.

Estas actitudes negativas son obstáculos para la utilización de servicios por parte de adolescentes y obstaculiza los esfuerzos para reducir las infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados entre las adolescentes solteras.

2.2 A nivel regional

Juan C. González-Quiñones, Jenny P. Salamanca y colaboradores (Colombia, 2012)¹⁷ identificaron factores de riesgo de embarazo en población adolescentes escolar y rural colombiana, realizaron un estudio observacional por encuesta con 7068 jóvenes entre 11 y 20 años de edad media 15.3 años.

Encontrando que el 80% recibo información sobre planificación familiar, 32% reconoce el ciclo menstrual, 40% ya había tenido relaciones sexuales, 20% tienen vida sexual activa. La prevalencia de embarazo es de 4%, de aborto es de 1%. Concluyen que el embarazo en adolescente parece más una situación accidental propiciada por desconocimiento, más que propia de adolescentes con problemas.

Santos KA (Brasil, 2011)¹⁸ realizó un estudio socio-antropológico, con las mujeres de una comunidad de bajos ingresos en Belo Horizonte, Minas Gerais, demostrando la importancia de los diferentes actores en la toma de fertilidad y se identifican las normas culturales contradictorias que recriminar la actividad sexual de los adolescentes, mientras que ver la maternidad como un rito de paso a la edad adulta.

Tras las críticas que los programas de planificación familiar son insuficientes, y negativos para la salud y los resultados económicos de la vida de los jóvenes, el estudio sostiene que la maternidad se presenta como una actividad exitosa a través del cual se cumplen en el conjunto reconocido ideales de la feminidad, que también lleva un sentido de logro en torno en la falta de oportunidades de prevalecer siempre antes de que ocurra el embarazo. Mejorar el conocimiento formal y el bienestar económico son las posibles soluciones para proporcionar a estas chicas con objetivos que van más allá de la paternidad, mientras que al alcance de su realidad económica.

En la región Centroamericana de cada 100 adolescente entre 13 a 18 años, 25 ya son madres.¹⁹ En Honduras, la tasa de adolescentes embarazadas es de 23%, en el Salvador

de 21%, en Guatemala es de 17% y la tasa más baja corresponde a Costa Rica con el 9%²⁰.

2.3 A nivel nacional

Gaitán K y Norori K. (Matagalpa, 2000)²¹ realizaron un estudio sobre conocimientos actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos en adolescentes del instituto Enmanuel Mongalo de San Dionisio. Encontraron que el conocimiento fue regular, los métodos más conocidos eran el condón, las pastillas y las inyecciones. La actitud ante los métodos de planificación familiar fue adecuada, aunque la prácticas incorrecta. La fuente de información que prevaleció fue la familiar, los medios de comunicación y los médicos.

Moreno C. y Ruiz (Chontales y RSJ, 2002)²² realizaron un estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, en adolescentes de 15-19 años en dos centros de educación media, en el municipio de Acoyapa, Chontales y en el Municipio de San Miguelito, Río San Juan obteniendo como resultado que el 53% tenían conocimientos regulares, 26.4% conocimientos buenos y 17% conocimientos malos. 50% tuvo actitud indiferente, 43.6% actitud favorable y 6% actitud desfavorable.

Brenes V. y Echegoyen F. (Jinotega, 2002)²³ realizaron un estudio de conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos en adolescentes estudiantes, de educación secundaria del instituto Ángela Siles de Rivera, en el municipio de San Rafael del Norte, Jinotega. Concluyendo que el nivel de conocimientos fue bueno, la actitud fue mala y las prácticas fueron buenas. Los métodos más utilizados y conocidos fueron el condón, la lactancia materna y métodos inyectables. Las fuentes de información fueron médicos, padres de familia, televisión y amigos.

Sevilla S. (Chontales, 2005)²⁴ estudió los conocimientos y prácticas de métodos anticonceptivos, en estudiantes de secundaria del Instituto Regional de Chontales, encontrando que el 100% de los estudiantes tienen conocimientos acerca de los métodos de planificación, pero los padres y las creencias son la principal barrera de información. El 44% de los encuestados inicio vida sexual antes de los 15 años, el método más utilizado por el varón fue el preservativo y por la mujer la PPMS.

Blandón L , Carballo Palma L , Wulf D , L Remez , Prada E , J Drescher (Nicaragua, 2006)²⁵ estudiaron a mujeres nicaragüenses 20-24 años de edad, encontrando que seis de cada 10 había entrado en una unión y casi la mitad había tenido un hijo antes de cumplir 20 años. Una cuarta parte de todos los nacimientos en Nicaragua 35, 000 al año son de 15 a 19 años de edad.

Las mujeres rurales, que tienen menos educación, en promedio, que sus contrapartes urbanas, son más propensas que los habitantes de la ciudad para encontrarse en unión y convertirse en madres durante la adolescencia. La proporción de 20 a 24 años de edad que tuvieron un hijo durante la adolescencia es más de dos veces mayor entre los pobres que entre los de la más alta categoría socioeconómica.

Cerca de la mitad (45%) de los nacimientos de mujeres adolescentes no son planeados, un nivel que varía poco a residencia urbana-rural de las mujeres y su rendimiento escolar. Entre todas las mujeres sexualmente activas de 15 a 19 (en unión y no en la unión) años, el 86% no quiere un hijo en los próximos dos años, y el 36% tienen una necesidad insatisfecha de anticonceptivos eficaces.

La necesidad insatisfecha de planificación familiar es igualmente alta en las zonas urbanas y rurales. El fuerte vínculo entre el bajo nivel educativo y la maternidad temprana sugiere que la mejora de las oportunidades educativas para las niñas es una forma prometedora de reducir los altos niveles de maternidad adolescente en Nicaragua.

Rocha A y Kely E. (Madriz, 2007) investigaron los conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos en alumnos de la secundaria del instituto Cristo Rey de San Lucas, Madriz. El nivel de conocimientos en general fue regular, la actitud fue desfavorable. El 37% ya había iniciado vida sexual activa y el 90% continuaba manteniendo relaciones sexuales. El anticonceptivo que predominó fue el condón.²⁶

Liesbeth E Meuwissen, Anna C Gorter (Managua, 2006)²⁷ y colaboradores estudiaron el aporte de un programa de vales competitivas para los adolescentes en mejorar la calidad de los servicios de salud reproductiva. Encontraron que algunos aspectos de la calidad del servicio mejoró durante el programa de vales: mejoró el acceso a MAC, la toma de decisiones sobre métodos anticonceptivos, la promoción del condón, así como las evaluaciones de los médicos, especialmente para los que tenían rendimiento más débil al inicio del programa. Este estudio pone de manifiesto los

obstáculos adolescentes proveedor relacionados a menudo se enfrentan al solicitar la anticoncepción.

Kim YM, Dávila C, C Tellez, Kols A (Nicaragua, 2007)²⁸ realizaron una evaluación de la herramienta para la toma de decisiones de planificación familiar de la OMS. Cincuenta y nueve proveedores de servicios en Nicaragua fueron grabadas con 426 clientes de planificación familiar 3 meses antes y 4 meses después de asistir a un taller de capacitación sobre la PF encontrando que las ayudas de trabajo y la toma de decisiones tienen el potencial de mejorar la comunicación para la salud, incluso o especialmente cuando los clientes tienen una educación limitada y los proveedores tienen la formación y la supervisión limitada.

Johnson SL , YM Kim , Iglesia K (Nicaragua y otros países, 2010)²⁹ estudiaron en varios países incluyendo Nicaragua el desarrollo y las pruebas de la herramienta de toma de decisiones OMS cuyos principios se basan en la evidencia de la atención centrada en el cliente y el asesoramiento. Tanto los estudios de nicaragüenses y mexicanos encontraron cambios marcados hacia el cliente en el lugar de la toma de decisiones después de la introducción de la herramienta.

El uso de la herramienta mejora el desempeño de los proveedores y clientes en asesoramiento de planificación familiar y la toma de decisiones. Hay desafíos, sin embargo, en los niveles tanto del proveedor y la organización en el mantenimiento de estos cambios y la ampliación de este tipo de iniciativas en la calidad de la atención.

Los datos más completos sobre la anticoncepción y uso de MAC en Nicaragua provienen de las Encuestas de Demografía y Salud.

ENDESA 2006/07³⁰

Según datos de la encuesta nicaragüense de demografía y salud (ENDESA 2006-07), El 52% de la población femenina corresponde a mujeres en edad fértil, de estas mujeres el 59%, son menores de 30 años, porcentaje levemente superior a ENDESA 2001 (57%). Un 56% de MEF están casadas o unidas y 28 % encuentran solteras.

La población urbana femenina tiene un 60% de MEF y la población rural 40%. Solo un 12% de las MEF no poseen nivel de educación, en cambio 37% posee nivel secundario y 14% superior.

La tasa de fecundidad adolescente ha experimentado una reducción en los últimos catorce años al pasar de un valor de 158 según la Encuesta de Salud Familiar del año 1992/93 a 106 en la ENDESA 2006/07. Sin embargo entre los grupos de edad de las mujeres en edad fértil, el de 15-19 años ha disminuido menos y su contribución relativa a la fecundidad total ha aumentado al pasar de un aporte de 17% en el año 1992/93 a 20% en la ENDESA 2006/07.

Las adolescentes que ya son madres representan 20% un poco menor al mostrado en el 2001 que de 25%. La tasa de fecundidad adolescente alcanza mayores porcentajes entre las que residen en el área rural, sin ningún nivel educativo, de la región del Atlántico y de los departamentos de Río San Juan, Jinotega, Nueva Segovia y Matagalpa.

En Nicaragua casi la totalidad de mujeres en edad fértil ha oído hablar de al menos un método anticonceptivo (99%) similar a lo observado en la ENDESA 1998 y la ENDESA 2001. Entre las mujeres actualmente unidas el 92% ha usado alguna vez un método de planificación familiar representando un aumento respecto a la ENDESA 2001 cuando se observó una prevalencia de 88%. El 92% de las mujeres en unión ha utilizado métodos modernos y 18% métodos tradicionales (ritmo, Billings o retiro). De los modernos los más utilizados son la píldora con 61% y la inyección 57% ubicándose en tercer lugar el condón masculino con 25% muy similar al porcentaje de mujeres con experiencia en esterilización femenina (24%).

La principal fuente de métodos modernos en el país es el sector público con 68% de la oferta y sus principales oferentes son los centros de salud (38%) seguido de los hospitales públicos (28%). El sector privado provee el 30% de los métodos y su principal oferente son las farmacias particulares con 14%.

Según los resultados preliminares de la ENDESA 2011-12, los indicadores de salud reproductiva y uso de métodos anticonceptivos han mejorado notablemente en los últimos seis años.

CUADRO 41. FUENTE DE SUMINISTRO DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS MODERNOS

Distribución porcentual de mujeres en unión, usuarias de métodos modernos actualmente, según fuentes de suministros. Nicaragua 2011/12.

Fuente de Suministro	Esterilización Femenina	Píldora	DIU	Inyección	Condón Masculino	* Otros métodos modernos	Total métodos modernos
Sector Público	71.1	62.9	70.7	75.5	33.9	44.4	68.6
Hospital Público	69.8	2.5	24.1	6.6	2.0	38.7	31.3
Centro de Salud	1.2	55.5	46.0	62.6	30.0	5.7	34.2
Puesto de Salud/Médico	0.0	4.9	0.6	6.0	1.8	0.0	2.9
Establecimientos (Ejército o Policía)	0.1	0.0	0.0	0.2	0.1	0.0	0.1
Sector Comunitario	0.0	0.5	0.0	1.0	0.4	0.0	0.4
Casa Base	0.0	0.2	0.0	0.6	0.4	0.0	0.3
Agente Comunitario	0.0	0.3	0.0	0.3	0.0	0.0	0.2
Sector Privado	28.1	35.6	28.2	22.2	63.9	51.8	29.9
Clínica / Hospital Privado	5.6	0.0	6.6	0.3	0.0	6.9	2.6
Clínica de PROFAMILIA	5.9	0.0	2.4	0.1	0.0	8.2	2.5
Clínica de IXCHEN	1.9	0.1	3.6	0.0	0.2	0.0	0.9
Clínica de SI MUJER	0.4	0.0	1.4	0.0	0.3	0.0	0.2
Empresa Médica Previsional	14.4	3.1	4.5	3.6	2.3	16.7	7.8
Consultorio/ Médico Privado	0.0	0.1	4.9	0.3	0.0	0.7	0.4
Farmacia	0.0	31.9	0.0	16.6	60.2	19.3	14.7
Supermercado	0.0	0.0	0.0	0.1	0.4	0.0	0.1
Mercado	0.0	0.0	0.0	0.2	0.1	0.0	0.1
Promotora de PROFAMILIA	0.0	0.0	0.5	0.0	0.1	0.0	0.0
Otras Promotoras **	0.0	0.3	4.3	0.8	0.3	0.0	0.5
Otra fuente ***	0.7	1.0	1.1	1.4	1.8	3.8	1.1
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
No. de casos ponderado	3,657	1,391	426	3,199	660	72	9,404
No. de casos No ponderado	2,601	1,119	281	2,791	474	40	7,306

* Otros métodos modernos: Incluye Vasectomía, Norplant, Condón Femenino, Métodos Vaginales, y PPMS.

** Otras promotoras; incluye de IXCHEN, SI MUJER, ONG y COMUNAL

***Otra fuente; incluye Partera, Familiares/Amigas, Iglesia.

Fuente: ENDESA 2011/12 Resultados preliminares

La principal fuente de métodos de PF es el sector público (68.6%), seguido del sector privado (29.9%, destacándose las farmacias con 14.7% y empresas previsionales 7.8%), otra fuente (1.1%) y sector comunitario (0.4%)

Pese a los avances evidenciados a nivel nacional, de la misma fuente de la **ENDESA 2011-12**³¹, el porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que ya son madres es de 18.3%, 5.0% están esperando su primer hijo, 1.1% ya estuvo embarazados pero no nacidos vivos.

2.4 A nivel de Granada

El único estudio sobre métodos anticonceptivos en Granada, se realizó en 1995 en el periodo de septiembre-diciembre, estudiando CAP sobre anticonceptivos en mujeres adolescente atendidas en el centro de salud Jorge Sinforoso Bravo, se encontró que el 73% de las adolescentes entrevistada tenían un conocimiento regular, y apenas unos 18% prácticas adecuadas.³²

De los datos preliminares de ENDESA 2011/2012³³ obtenemos información relevante sobre el uso de MAC en el departamento.

CUADRO 21. FECUNDIDAD ADOLESCENTE (15 - 19 AÑOS), QUE SON MADRES O I EMBARAZADAS POR PRIMER VEZ

Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que son madres o están embarazadas por p según características seleccionadas. Nicaragua 2011/12.

Características	Ya son Madres	Están esperando Primer Hijo	Suma Ya madres y Emb. con primer hijo	Ya tuvo embarazos pero No Nacido Vivo	Alguna vez Embarazada	A N
Total	18.3	5.0	23.3	1.1	24.4	
Departamento						
Nueva Segovia	23.8	3.9	27.7	1.7	29.4	
Jinotega	21.2	6.1	27.2	2.4	29.6	
Madriz	17.1	3.1	20.2	0.4	20.5	
Estelí	11.6	6.1	17.7	0.5	18.2	
Chinandega	17.1	4.0	21.1	2.4	23.5	
León	16.7	2.4	19.1	0.8	19.8	
Matagalpa	17.7	6.1	23.8	0.0	23.8	
Boaco	9.7	5.2	14.8	0.0	14.8	
Managua	17.7	6.3	24.0	1.2	25.2	
Masaya	19.7	3.4	23.1	0.4	23.5	
Chontales	14.8	2.6	17.4	1.1	18.5	
Granada	19.1	5.0	24.0	1.8	25.8	
Carazo	16.6	4.9	21.5	0.0	21.5	
Rivas	17.0	1.0	18.1	0.9	19.0	
Río San Juan	19.1	3.0	22.1	0.6	22.7	
RAAN	24.3	6.9	31.3	0.0	31.3	
RAAS	23.3	6.2	29.6	1.9	31.5	

Fuente: ENDESA 2011/12.

En Granada, la proporción de adolescentes que ya son madres o están esperando su primer hijo es superior a la media del país. El 25.8% de las adolescentes de Granada alguna vez han estado embarazadas, cifra también superior a la media nacional.

CUADRO 20. TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD DESEADA Y NO DESEADA, Y EDAD MEDIANA DE LA PRIMERA RELACIÓN

Tasa global de fecundidad deseada y no deseada para los cinco años anteriores a la encuesta, y edad mediana de la primera relación sexual, primera unión y primer nacimiento de las mujeres de 15-49 años, según área de residencia y departamento. Nicaragua 2011/12.

Características	Tasa Global de Fecundidad ¹			Edad mediana de las mujeres 15-49 años		
	Deseada	No deseada	Observada	Primera Relación Sexual	Primera Unión	Primer Nacimiento
Total 2011/12	1.8	0.6	2.4	16.8	17.4	18.8
Área de Residencia						
Urbano	1.5	0.6	2.1	17.1	18.1	19.3
Rural	2.3	0.6	2.9	16.2	16.6	18.3
Departamento						
Nueva Segovia	1.8	0.7	2.5	16.4	17.3	18.8
Jinotega	2.3	0.8	3.1	16.0	16.2	17.9
Madriz	2.2	0.4	2.6	17.0	17.3	18.8
Estelí	1.6	0.5	2.1	17.1	17.7	19.2
Chinandega	1.7	0.6	2.3	16.7	17.4	18.7
León	1.6	0.7	2.3	17.2	17.8	19.4
Matagalpa	1.9	0.5	2.3	16.6	17.1	18.8
Boaco	1.8	0.4	2.2	17.0	17.4	19.4
Managua	1.5	0.7	2.2	17.1	18.0	19.3
Masaya	1.5	0.7	2.2	17.1	18.3	19.3
Chontales	1.6	0.5	2.1	16.7	17.1	19.2
Granada	1.7	0.6	2.4	17.0	18.0	18.7
Carazo	1.6	0.3	2.0	17.2	18.0	19.2
Rivas	1.6	0.6	2.2	17.2	18.2	19.4
Río San Juan	2.0	0.6	2.6	15.8	16.2	18.3
RAAN	3.4	0.7	4.1	16.0	16.4	18.2
RAAS	2.1	0.5	2.6	15.8	16.1	17.8

¹Tasa para los cinco años que precedieron la encuesta

Fuente: ENDESA 2011/12.

En Granada, la tasa global de fecundidad observada es igual a la media del país, la primera relación sexual ocurre un poco más tarde (17 vs 16.8), la primera unión ocurre un poco más tarde (18 vs 17.4), aunque el primer hijo nace un poco más temprano (18.7 vs 18.8).

J. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

CUADRO 40. USO ACTUAL DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS ENTRE LAS MUJERES EN UNIÓN, F CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS

Distribución porcentual de las mujeres unidas que usan método anticonceptivos actualmente, según á departamento. Nicaragua 2011/12.

Características	Cualquier método	Total métodos modernos	Métodos modernos						Total métodos tradicionales	Métodos tradicionales		No usan métodos
			Esterilización Femenina	Píldora	DIU	Inyección	Condón Masculino	* Otros métodos modernos		Ritmo/ Billings	Retiro	
Total 2011/12	80.4	77.3	29.8	11.3	3.5	26.0	5.4	1.4	3.0	1.4	1.6	19.6
Área de Residencia												
Urbana	82.2	79.0	36.1	10.7	4.1	19.4	7.3	1.4	3.2	1.4	1.8	17.8
Rural	78.1	75.3	22.0	12.1	2.7	34.1	3.0	1.4	2.8	1.4	1.4	21.9
Departamento												
Nueva Segovia	83.8	81.6	23.8	11.0	2.0	41.1	3.3	0.3	2.3	0.9	1.4	16.2
Jinotega	76.9	74.5	16.8	13.9	1.9	37.4	2.0	2.6	2.3	1.1	1.3	23.1
Madriz	80.9	76.7	23.9	9.7	4.2	33.4	4.7	0.9	4.1	2.3	1.9	19.1
Esteli	81.6	79.0	33.0	16.8	2.1	19.3	7.2	0.5	2.6	1.4	1.2	18.4
Chinandega	78.0	75.8	34.8	8.7	2.1	22.6	6.3	1.4	2.2	1.3	0.9	22.0
León	83.2	81.2	43.0	13.1	2.7	14.8	6.4	1.2	2.0	1.2	0.8	16.8
Matagalpa	78.4	74.5	19.6	10.4	3.0	36.2	4.4	0.9	4.0	2.5	1.4	21.6
Boaco	77.4	73.3	26.5	8.2	3.7	29.3	4.4	1.3	4.1	1.4	2.6	22.6
Managua	83.8	79.9	36.1	11.9	6.8	16.3	7.3	1.4	3.9	1.3	2.6	16.2
Masaya	83.6	79.6	35.3	9.3	2.1	24.0	8.0	0.8	4.0	1.1	3.0	16.4
Chontales	81.9	79.8	32.4	13.6	1.7	28.2	2.7	1.2	2.1	0.4	1.7	18.1
Granada	84.0	81.4	33.8	15.9	2.4	21.1	7.5	0.7	2.6	0.9	1.7	16.0
Carazo	86.6	84.3	34.9	9.1	4.3	29.1	5.8	1.2	2.3	0.5	1.8	13.4
Rivas	80.7	79.0	33.5	13.4	1.7	24.9	5.0	0.5	1.7	0.6	1.1	19.3
Río San Juan	78.8	75.8	24.6	13.6	2.1	33.0	1.6	0.9	3.0	1.3	1.7	21.2
RAAN	65.4	62.4	13.4	4.2	1.2	36.7	2.5	4.4	2.9	2.2	0.7	34.6
RAAS	76.4	74.3	17.9	12.6	2.2	37.4	3.2	1.0	2.1	1.9	0.2	23.6

* Otros métodos modernos: Incluye Vasectomía (0.4%), Norplant (0.0%), Condón Femenino (0.0%), Métodos vaginales (0.0%), MELA (0.8%), PPMS (0.1%) y Otro (0.1%); dado que la frecuencia es muy baja de estos eventos.

Fuente: ENDESA 2011/12.

En Granada, la prevalencia de uso de métodos de PF es 4 puntos porcentuales superior a la media del país. (84% todos los métodos y 81.4% métodos modernos), siendo los más usados, la inyección (21.1%), seguidos de la píldora (15.95%), condón masculino (7.5%), el DIU (2.4%), métodos tradicionales como, el ritmo, la retirada (2.6%), otros métodos modernos (1.2%) y el 16% no usan ningún método.

3. Justificación

Los adolescentes son una población sexualmente activa y gran porcentaje de estos no tienen información veraz sobre el tema de planificación familiar, probablemente las fuentes de información no son las más confiables en cuanto a calidad de los conocimientos se refiere.

Hay plena conciencia en los diferentes estudios de organismos internacionales (UNICEF, OMS, UNFPA) respecto de la maternidad adolescente en los que el factor educación es central, estas organizaciones han señalado la importancia de la educación sexual y el buen uso de los métodos anticonceptivos. El conocimiento, su buen uso y su accesibilidad tienen un efecto directo sobre el mejoramiento de la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes.

Tomando en cuenta lo expresado anteriormente se plantea la necesidad de realizar un estudio para tener una visión de los conocimientos, actitudes y prácticas de los adolescentes sobre la anticoncepción, con el fin de desarrollar estrategias de educación, promoción sobre anticoncepción segura, que permita tener un buen conocimiento que logre un uso adecuado de los mismos y de esta manera frenar la pandemia de embarazos no deseados en adolescentes así como enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA.

Consideramos importante vincular la escuela como fuente de información, o en su defecto falta de ella, añadiendo que en Granada el único estudio realizado, en relación a esta temática fue en 1995, y en el centro escolar Epifanía no se han realizado estudios similares, el estudio brindara una panorámica general a partir de la cual se trazaran recomendaciones involucrando la escuela como partícipe de la educación sexual de los y las adolescentes.

4. Planteamiento del problema

Según datos estadísticos del SILAIS Granada, el 25.5% de los nacimientos anuales ocurren en madres adolescente³⁴, pese a los esfuerzos el embarazo en adolescente continua siendo un verdadero problema.

Desde hace varios años el SILAIS Granada tiene como estrategia el club de adolescentes, ferias de salud, cine foro y otras actividades encaminadas a informar al adolescente sobre la planificación familiar; no obstante los embarazos en adolescentes no han disminuido, y se manifiesta una preocupante paradoja, los adolescentes conocen métodos anticonceptivos, no les da vergüenza hablar de temas de sexualidad y un número importante no se cohíbe a la hora de solicitar anticonceptivos en los centros de salud y en las farmacias, sin embargo un porcentaje significativo no los usa.

La información es fundamental, pero lo es más la sensibilización para que el mensaje sea funcional, así como la apertura en los mecanismos de comunicación, que permitan que el adolescente pregunte y busque apoyo asertivo.

Antes de plantear estrategias, se hace necesario conocer las condiciones socioculturales y la percepción de los adolescentes ante la planificación familiar, por lo antes expresado nos planteamos el siguiente problema:

¿Cuál son los CAP sobre métodos de planificación, en estudiantes del Centro Escolar Epifanía de la comunidad El Hormigón, municipio de Granada del 1 de septiembre al 30 de noviembre 2013?

5. Objetivos

5.1 Objetivo General

Valorar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación, en estudiantes del Centro Escolar Epifanía de la comunidad el Hormigón, Municipio Granada del 1 de septiembre al 30 de noviembre 2013.

5.2 Objetivos específicos

- Enumerar las características socio demográficas de la población en estudio.
- Identificar el nivel de conocimientos de la población en estudio sobre métodos anticonceptivos.
- Conocer las actitudes de la población en estudio frente a los métodos anticonceptivos.
- Describir el nivel de prácticas de la población en estudio sobre métodos anticonceptivos.

6. Marco teórico

6.1 Marco conceptual

- Salud sexual y reproductiva³⁵: La OMS define la salud sexual y reproductiva como: “estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación a la sexualidad; no solo es la ausencia de enfermedad, disfunción o mala salud. Requiere de un enfoque positivo e individualizado de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coacción, discriminación y violencia”.

- Conocimientos: un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, tiene su origen en la percepción sensorial, después llega al entendimiento y concluye finalmente en la razón. El conocimiento brinda un significado a las actitudes, creencias y prácticas.³⁶

- Actitudes: la actitud es más bien una motivación social antes que una motivación biológica. A partir de la experiencia, las personas adquieren una cierta predisposición que les permite responder ante los estímulos. Una actitud es la forma en la que un individuo se adapta de forma activa a su entorno y es la consecuencia de un proceso cognitivo, afectivo y conductual.³⁷

Las actitudes no son en sí mismas respuestas sino estados de disposición a responder. Una actitud es un predicado de un comportamiento futuro, por eso los esfuerzos deben estar destinados a inculcar o modificar actitudes.

- Prácticas: es la acción que se desarrolla con la aplicación de ciertos conocimientos³⁸.

- Planificación familiar: es una estrategia, que permite a las parejas decidir por sí mismas el número de hijos que desean tener, y el momento oportuno para tenerlos. Es también un derecho humano, una estrategia de salud pública, una medida de bienestar familiar y una condición que facilita el desarrollo socioeconómico y asegura el desarrollo sostenible³⁹.

- Adolescencia: proviene del latín *adolescere* que significa crecer hacia la madurez, comprende dimensiones biológicas, psicológica y sociocultural. Hay tres fenómenos estrechamente relacionados que caracterizan este periodo⁴⁰:

- ✓ El crecimiento biológico o pubertad.
- ✓ La maduración cognitiva con el inicio del pensamiento abstracto.
- ✓ El desarrollo psicosocial con la progresión de la independencia de la niñez a una adultez autónoma.

Actualmente en el mundo existen cerca de 1600 millones de adolescentes, lo que corresponde a casi un 30% de la población total.⁴¹

Adolescencia

La OMS define adolescencia como la segunda década de vida, es decir de los 10 a los 19 años. La adolescencia se la puede dividir en tres etapas⁴²:

Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el periodo prepuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo.

Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.

Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

Adolescencia tardía (17 a 19 años)

Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.

6.2 Sexualidad y adolescencia

La sexualidad forma parte del desarrollo del niño y el adolescente. Desde la primera infancia el niño experimenta sensaciones de placer (tocarse, ser besado o acariciado), además de la observación del comportamiento de los adultos y de sus expresiones de afecto que trata de imitar, desde este punto de vista el niño desarrollara la actitud sobre su sexualidad.

La sexualidad es la expresión psicosocial de la persona como seres sexuales en una sociedad, cultura y tiempos determinado. Es decir es la forma como las personas viven su condición de mujer o de varón, según el aprendizaje socio cultural o el control social al que están expuestos.⁴³ La sexualidad supone aprendizaje y cultura incluyendo normas y valores morales, la autoestima y el respeto.

Debemos tener en consideración que si bien el sexo de un individuo está determinado por los cromosomas sexuales, hormonas sexuales y el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios. La identidad del género es la convicción personal y privada que tiene el individuo sobre su pertenencia al género masculino o femenino. Y a su vez el rol o papel de género es la expresión de masculinidad o femineidad de un individuo de acuerdo a las reglas establecidas por la socio cultura. Por lo tanto un individuo es un todo, no un hecho o característica aparte.

Al iniciarse la pubertad aumenta el interés por todo lo relacionado con la sexualidad y además durante la adolescencia estos buscan probar para saciar entre otras cosas sus dudas. Es aquí donde los jóvenes deben satisfacer su curiosidad y despejar sus temores siendo informados y contenidos; esto debe realizarse de forma clara, precisa, sin caer en el dramatismo.

Los equipos de salud nos vemos también involucrados en este período, debemos reconocer las debilidades que existen en nuestros establecimientos para enfrentar los cuestionamientos, dudas y rebeliones de esta especial población. El solo hecho que como grupo humano sintonicemos en una sola línea de orientación y evitando ser influenciados por opiniones, ideas o respuestas personales que solo logran que el adolescente aumente sus dudas y desinformación puede marcar la diferencia en el crecimiento personal y sano desarrollo sexual.

La sexualidad en la adolescencia, es percibida por ciertos adultos de manera negativa, quienes creen que el ejercicio sexual en esta etapa se debe a desajustes emocionales o es consecuencia de la ignorancia. Los y las adolescentes que inician su vida sexual lo hacen porque son engañadas o presionadas por sus parejas. En general, los adultos consideran que es importante que los adolescentes retrasen el inicio de su vida sexual, pues no están preparados para ello.

La naturaleza de estas percepciones se hace más compleja aún si pensamos que son los adultos (profesores, proveedores de salud, autoridades, miembros de la sociedad civil y padres) quienes deben proveer a los y las adolescentes de orientación y acceso a la salud reproductiva y sexual.

6.3 La sexualidad en el sistema educativo de Nicaragua y Granada

En el año 2010 el Ministerio de Educación, con acompañamiento de las autoridades de salud elaboraron una guía de consulta sobre el tema de educación integral de la sexualidad, que contiene diferentes capítulos que van explicando cómo se estructura en forma integral el componente de la sexualidad humana.⁴⁴

En el centro educativo Epifanía, los docentes incluyen en ocasiones el tema de sexualidad en asignaturas tales como civismo y orientación vocacional, ayudándose del manual de salud sexual y reproductiva distribuido por el ministerio de educación, se hace necesario que se incluya en los centros educativos, la salud sexual para propiciar una vivencia sana y responsable.

6.4 Métodos anticonceptivos

La anticoncepción impide la fecundación, como consecuencia del acto sexual mediante el uso de medicamentos, dispositivos o métodos naturales que bloqueen o alteren los procesos de la reproducción, de tal forma que el coito pueda realizarse sin fecundación.

La planificación familiar permite, compartir el placer y la responsabilidad en nuestras relaciones afectivo sexuales y procrear de manera libre, consciente, responsable y deseada. Ser personas autónomas, responsables y comprometidas con la construcción de nuestras vidas, cuidando de nuestra salud y de las personas con las que nos relacionamos.

Clasificación de los métodos anticonceptivos⁴⁵

Naturales

Se basan en calcular el período de tiempo en el ciclo de la mujer en el cual el embarazo es más probable y practicar la abstinencia coital durante ese período. Poseen un bajo margen de eficacia debido a la variabilidad del ciclo y a la dificultad del control del mismo. Entre los más conocidos están:

- Método de temperatura basal corporal
- Abstinencia
- Método del ritmo (calendario)
- Método del moco cervical (Billings)
- Método sintotérmico (combinación de los anteriores)
- Coitus interruptus
- MELA

Hormonales

Actúa sobre el ciclo hormonal de la mujer impidiendo la ovulación.

- Progestágenos orales solos o combinados
- Implantes subdérmicos de Norplant
- Parche anticonceptivo
- Inyectables mensual o trimestral

Mecánicos

- Dispositivos intrauterino (t de cobre)
- Asa de lippes

Barrera

Los métodos barrera impiden la unión del espermatozoide con el óvulo.

- Preservativo femenino y masculino
- Diafragma o capuchón
- Químicos (óvulos, espumas, cremas , jaleas espermicidas)

Quirúrgicos o permanentes

- Oclusión tubárica bilateral
- Vasectomía

Es aconsejable que un profesional de la salud brinde consejería, sobre el método anticonceptivo más ideal para el adolescente, en principio el método ideal podría ser aquel que reuniese las siguientes condiciones: eficacia absoluta (ningún fallo), de uso sencillo, que no interfiera en la espontaneidad y en la calidad de las relaciones sexuales y que proteja frente a las infecciones de contagio sexual.

Anticonceptivo de emergencia (AE)⁴⁶

Son métodos de prevención del embarazo que actúan dentro de plazo de varias horas o pocos días después de haber tenido una relación sexual sin protección. También se puede usar cuando el método de planificación regular falla o no se usa correctamente, en caso de sufrir violación.

- Píldora de la mañana siguiente
- Dispositivos intrauterinos

Los y las adolescentes deberían saber que existe la AE, que debería estar incluida en todas las discusiones sobre métodos de planificación familiar, incluido el asesoramiento sobre esta. La AE no debería considerarse como una forma “regular” de planificación familiar, dado que para ello existen otros métodos más efectivos. Si se presenta un adolescente solicitando AE, debe recibirla, junto con el asesoramiento acerca las otras formas de planificación familiar, y además debe ser incentivado a elegir un método “regular”.

Anticoncepción en la adolescencia

Es el uso de anticonceptivos por un adolescente, al inicio de su vida sexual activa. La vida sexual activa generalmente es esporádica, no planificada o permanente.⁴⁷

En principio básico en anticoncepción en adolescencia, la orientación, escogencia y oferta, debe ir orientada a postergar el inicio de la actividad sexual, a espaciar el intervalo intergenésico, a prevenir embarazos e infecciones de transmisión sexual en particular el VIH/SIDA.

Según la OMS, desde la adolescencia se pueden utilizar todos los tipos de anticonceptivos que en la actualidad ofrece el sistema de salud Nicaragüense. En los dos cuadros siguientes se puede ver el criterio de elegibilidad OMS. (OMS 2008)⁴⁸.

Clasificación de métodos anticonceptivos según OMS	
1	Una condición para la que no hay restricción en cuanto al uso del Método anticonceptivo.
2	Una condición donde las ventajas del uso del método generalmente superen los riesgos teóricos o probados
3	Una condición donde los riesgos teóricos o probados generalmente superan las ventajas del uso del método.
4	Una condición que representa un riesgo de salud inadmisibles si se utiliza el método anticonceptivo

En función de esta calificación, el criterio de elegibilidad por edad según la OMS para adolescentes sin enfermedades crónicas u otra condición (obesidad, diabetes, etc.) es el siguiente:

Edad	ACO	ACI	Parche, anillo vaginal de etonogestrel	Métodos de barrera	Implantes	DIU
Menarquía hasta los 18 años	1	1	1	2	1	2

Fuente: OMS, 2008

Así, podemos observar que según la Organización Mundial de la Salud no existen criterios de restricción de ningún método anticonceptivo durante la adolescencia.

La anticoncepción en los adolescentes tiene una doble variante fisiológica y de comportamiento. Es evidente que en el adolescente es esencial que el método anticonceptivo elegido ofrezca una protección tanto frente a infecciones de transmisión sexual como frente a embarazos no deseados.

En este contexto, los métodos de barrera principalmente el preservativo, cumple esta doble función y están especialmente indicados tanto como métodos de elección en las primeras relaciones sexuales o como protección dual⁴⁹.

La abstinencia y postergación de la iniciación sexual es el método más eficaz de prevenir el embarazo y las ITS, no tiene efectos nocivos para la salud, puede incluir otras formas de expresión sexual, como caricias, pero requiere motivación y autocontrol.

Hay que tener presente que los adolescentes tienen comportamiento de alto riesgo, como tener varias parejas sexuales, dependen de conocimientos de su pareja, se ven influenciados por mitos, creencias y conocimientos erróneos por ello es posible que no

utilicen los métodos correctamente y tiendan a las relaciones sexuales esporádicas y sin protección.

Mitos sobre métodos anticonceptivos

Los mitos son aquellas respuestas que nacen de las dudas, temores y desconocimiento que tiene ya sea un individuo o grupo social que le ayude en el entendimiento de un hecho o acto.

Esto también se refleja en las creencias tan arraigadas que tiene nuestra sociedad sobre la sexualidad, las cuales a lo largo del tiempo y sin tener quién las corrija han creado un lugar casi intocable en la educación sexual de los jóvenes puesto que son transmitidas de boca en boca pero sin una base lógica ni informada, pero que logra el fin de “aclarar las dudas “dando teóricamente la información deseada pero la cual lamentablemente y en su mayor parte son equívocos.

A continuación daremos a conocer algunos de estos mitos y sus explicaciones⁵⁰:

- Primera relación sexual:

- En la primera relación sexual una mujer no puede quedar Embarazada: FALSO, todo depende del periodo de fertilidad en que ocurra.

- La pérdida de la virginidad masculina se acompaña de rotura del Frenillo peneano: FALSO, esto se debe a maniobras bruscas, porque es muy corto.

- El hombre siente el DIU durante las relaciones sexuales.

- El condón se puede utilizar varias veces.

- El condón disminuye el placer del hombre.

- El condón es para relaciones sexuales fuera de matrimonio.

- Solo las trabajadoras del sexo y los homosexuales tiene VIH, yo no puedo ser seropositiva.

- Las poluciones nocturnas indican un trastorno sexual; FALSO, las poluciones nocturnas son un proceso fisiológico que ocurre en el inicio de la pubertad.

- En sexualidad lo que vale es el rendimiento: hay que destacar que lo importante no es la cantidad sino que la relación sexual sea satisfactoria y con un sentimiento de respeto y amor hacia el otro.
- La ausencia de himen indica que la mujer ya no es virgen: el himen es solo algo orgánico de todas formas este por diversas situaciones puede romperse y no necesariamente son por causas sexuales, Debemos considerar esto como algo más importante con una esencia de mucho más valor que esta membrana.

Estos y muchos otro pensamientos y/o ideas son las que si bien no están escritas en ningún libro son las que por años se han mantenido en nuestra sociedad, entonces es nuestro deber romper con ellos y aclarar conceptos.

El cúmulo de información obtenida por todos los estudios descritos anteriormente que hablan sobre el comportamiento de los jóvenes, nos muestran claramente que ellos están dispuestos a recibir toda información, acogerla y usarla en su beneficio siempre y cuando sea clara de entender y abierta a la crítica, de esta manera podremos lograr cambios de conducta y mayor adherencia que es lo que a nosotros como equipo de salud nos interesa.

Beneficios de la planificación familiar⁵¹

- **Prevención de los riesgos para la salud relacionados con el embarazo.**

La mujer tiene derecho para decidir si quiere embarazarse y en qué momento tiene una repercusión directa en su salud y bienestar. La planificación familiar permite espaciar los embarazos y puede posponerlos en las jóvenes que tienen mayor riesgo de morir por causa de la procreación prematura, lo cual disminuye la mortalidad materna.

También puede evitar el embarazo de las mujeres de edad, que tienen mayores riesgos. Permite además que las mujeres decidan el número de hijos que desean tener. Se ha comprobado que las mujeres que tienen más de cuatro hijos se enfrentan con un riesgo mayor de muerte materna.

Al reducir la tasa de embarazos no deseados, la planificación familiar también disminuye la necesidad de efectuar abortos peligrosos.

- **Reducción de la mortalidad de los menores de un año**

La planificación familiar puede evitar los embarazos muy cercanos entre sí y en un momento inoportuno, que contribuyen a causar algunas de las tasas de mortalidad de menores de un año más elevadas del mundo. Las criaturas cuya madre muere a causa del parto también tienen un riesgo mayor de morir o enfermar.

- **Prevención de la infección por el VIH y el SIDA**

La planificación familiar disminuye el riesgo de que las mujeres infectadas por el VIH se embaracen sin desearlo, lo que da como resultado una disminución del número de criaturas infectadas y huérfanas. Además, los condones masculinos y femeninos brindan una protección doble: contra el embarazo no deseado y contra las infecciones de transmisión sexual, en especial la causada por el VIH.

- **Poder de decisión y una mejor educación**

La planificación familiar permite que las personas tomen decisiones bien fundamentadas con relación a su salud sexual y reproductiva. Brinda además la oportunidad de que las mujeres mejoren su educación y puedan participar más en la vida pública, en especial bajo la forma de empleo remunerado. Tener una familia pequeña propicia que los padres dediquen más tiempo a cada hijo. Los niños que tienen pocos hermanos tienden a permanecer más años en la escuela que los que tienen muchos.

- **Disminución del embarazo de adolescentes**

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.

- **Menor crecimiento de la población**

La planificación familiar es la clave para aminorar el crecimiento insostenible de la población y los efectos negativos que este acarrea sobre la economía, el medio ambiente y los esfuerzos nacionales y regionales por alcanzar el desarrollo.

6.5 Normas de planificación familiar en Nicaragua⁵²

En vista de alcanzar la maternidad segura, el MINSA público en el 2009 la norma y protocolo de planificación familiar, la cual está dirigida a trabajadores de la salud, en los diferentes niveles de atención, con el propósito de poner en práctica una serie de acciones que permitan mejorar la calidad de atención y garantizar la seguridad de las usuarias que demandan los servicios.

Así mismo deberá contribuir a la actualización de los conocimientos científicos y a la homogenización del manejo de la atención de planificación familiar, con el fin de identificar factores de riesgo en los cuales podemos incidir para reducir las muertes en nuestro país.

La planificación familiar muestra un carácter prioritario dentro del marco amplio de la salud sexual y reproductiva, con un enfoque de prevención del riesgo para la salud de las mujeres y los hombres, su aplicación está determinada por el ejercicio del derecho de toda persona a decidir libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, con el pleno respeto de su dignidad.

Se respeta las decisiones individuales con respecto a las creencias e ideales reproductivos de los usuarios, estimulando la participación activa del hombre enmarcado en su co-responsabilidad en todas las fases del proceso reproductivo, se fomenta actitudes y conductas responsables en la población para garantizar su salud sexual y reproductiva.

El cumplimiento de esta norma es de carácter obligatorio y debe ser aplicada en las unidades públicas y privadas del sector salud del país, garantizando la entrega y aplicación de los métodos de planificación por el tiempo que los requiera.

6.6 Inclusión de PF en el MOSAFC⁵³

Como parte del proceso de ampliación de cobertura, el MINSA implemento el modelo de salud familiar y comunitaria (MOSAFC) que consiste en establecer el primer

contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema de salud, mediante su plena participación.

En el marco del MOSACF, los servicios de planificación familiar constituyen unos de los pilares esenciales para la disminución de riesgos durante la reproducción, ya que permite la reducción de la mortalidad materna y perinatal, la prevención de embarazos no deseados y no planificados.

Este nuevo modelo orienta la organización de los establecimientos de salud en redes articuladas para brindar servicios integralmente, es bajo el MOSACF que el MINSA ha implementado la entrega comunitaria de métodos anticonceptivos (ECMA), con el propósito de mejorar el acceso a los servicios de planificación familiar y contribuir a la ruptura de la pobreza de la población.

Los ECMA se enfocan en sectores más vulnerables, marginados por las distancias, hombres y mujeres que por su características o condiciones laborales tiene dificultad de acceder a los servicios de planificación familiar, como grupo meta de esta modalidad de atención están las madres adolescentes, quienes aportan uno de cada tres nacimientos registrados, y la cuarta parte de las muertes maternas, además ostentan las tasas más alta de abandono de métodos anticonceptivos y de manda insatisfechas en planificación familiar.

Este accionar se logra con mediante la integración de agentes comunitarios a los cuales se les llaman consejeros o consejeras, quienes son considerados elementos valiosos para la promoción de los servicios, la consejería y la entrega de métodos temporales de PF, los métodos de barrera y los anticonceptivos orales se pueden entregar mediante el ECMA y con la debida capacitación de los consejeros pueden administrar anticonceptivos inyectables.

6.7 Atención integral a adolescentes⁵⁴

En el tema de restitución de derechos, un grupo que merece especial atención son los y las adolescentes lo que requieren de servicio de salud con enfoque de género, de derechos y con igualdad de oportunidades de tal forma que se pueda brindar una atención integral en salud., prestando servicios de promoción, prevención y atención de daño.

Con la finalidad de proporcionar al personal de salud las herramientas para identificar las fortalezas del adolescente, promoviendo la toma de decisiones consiente e informada que ayuden a los jóvenes a adquirir comportamientos positivos se ha actualizado en el 2011 la normativa 074 Manual de Consejería para Adolescentes que había sido publicado en el 2011, la cual contempla 3 módulos el primero aborda temas sobre la consejería en adolescentes, el segundo módulo trata sobre las pautas prácticas para la consejería con adolescentes y el tercer módulo aborda temas específicos de consejerías tales como embarazo en adolescencia, orientación sexual, anticoncepción, VIH/SIDA y otros.

Se pretende fortalecer en los adolescentes las habilidades de comunicación asertiva, la negociación sexual, relaciones saludables y apoyo familiar y comunitario, con el fin de postergar el inicio de la actividad sexual, los embarazos no deseados, las infecciones de transmisión sexual, el VIH/SIDA.

En el contexto de MOSAFC se pretende fortalecer las competencias y conocimientos técnicos del personal de salud que trabaja en atención directa de las y los adolescentes a fin de poder hacer mejor abordaje de los problemas y preocupaciones de este grupo especial de la población, promoviendo el acompañamiento a través de la red de servicios de salud y en la comunidad.

Se debe coordinar esfuerzos intersectoriales entre los ministerios, institutos y organizaciones no gubernamentales, para conformar una agenda más enfocada hacia los adolescentes ya que a menudo este sector de la población enfrenta barreras para ejercer sus derechos a una vida con igualdad y la participación en procesos sociales para enfrentar la violencia, las adicciones, el VIH y los conflictos domésticos.

7. Diseño metodológico

7.1 Tipo de estudio

Descriptivo, de corte transversal, el cual se llevó a cabo en el centro escolar Epifanía, desde el 1 de septiembre al 30 de noviembre 2013.

7.2 Área de estudio

El estudio se realizó en el municipio de Granada, en el centro escolar Epifanía, ubicado en el km 52, carretera Nandaime, área rural, el cual fue fundado en la década de los años 70, en aras de dar respuesta a las necesidades y demandas educativas de la población.

En la actualidad atiende las modalidades de primaria y secundaria, en los turnos matutino y vespertino, desde primer grado de primaria hasta quinto año de secundaria., la primaria comprende edades de 6 a 18 años, y la secundaria comprende edades desde los 12 a los 22 años.

7.3 Universo

El universo del estudio estuvo constituido por el total de estudiantes, matriculados en el año 2013, que cursan la secundaria, siendo estos 86 alumnos.

7.4 Muestra

Equivale al 100% del universo siendo esta 86.

7.5 Fuente de información

Primaria, la cual se obtendrá directamente de los estudiantes a través del llenado de un cuestionario previamente validado.

7.6 Criterios de inclusión

- Estudiantes cursando la secundaria.
- Que se encontraron debidamente matriculados en el centro escolar Epifanía.

- Jóvenes que se encontraron presentes en el momento del llenado de la encuesta.
- Jóvenes que aceptaron participar en el estudio y firmaron la hoja de consentimiento informado.

7.7 Criterios de exclusión

- Estudiantes de primaria
- Que no desearon participar en el estudio

7.8 Instrumento de recolección de la información

El instrumento consiste en un cuestionario que consta de:

- 10 preguntas para valorar conocimientos
- 10 preguntas cerradas para valorar actitud
- 10 preguntas para valorar prácticas

El instrumento se elaboró en base al marco teórico y destinado a alcanzar los objetivos del estudio. Una vez diseñado el instrumento se validó con 20 estudiantes adolescentes de otro centro escolar de Granada, se identificaron las dificultades en su llenado, y se realizaron modificaciones para contribuir con el mejoramiento del mismo.

7.9 Técnica de recolección de la información

La recolección de la información se realizó mediante el llenado de un cuestionario dirigido a los adolescentes. Con el previo consentimiento informado del director escolar. Los investigadores acudieron a las instalaciones del centro escolar Epifanía para recolectar la información.

7.10 Plan de tabulación y análisis

Una vez recolectada la información, se procesó con el método de paloteo, posteriormente el análisis de los datos se realizó por frecuencias y porcentaje, y se presentan en cuadros y gráficos según características de las variables.

En la primera parte del cuestionario, se solicitaron los datos socio demográficos de los adolescentes.

La segunda parte se refiere a los conocimientos sobre los métodos anticonceptivos, se evaluaron de acuerdo al concepto, reacciones adversas, ventajas y desventajas, modo de uso y disponibilidad, consto de 10 preguntas a las cuales se le asignaron 10 puntos a las respuestas correctas, 0 puntos a las respuestas incorrectas.

A partir de este puntaje se obtuvo un total máximo de 100 puntos, elaborándose la siguiente escala:

- Conocimiento bueno de 80 -100
- Conocimiento regular de 60-79
- Conocimiento deficiente menos de 60

La tercera parte se refirió a las actitudes de los adolescente frente a los métodos de planificación familiar, consta de 10 ítems con las siguientes opciones de respuesta: (A) de acuerdo, (I) indeciso y (D) desacuerdo.

La escala obtenida corresponde a la escala de Likert, pero en este caso se modificó los valores en 1-3, asignándose el valor de 3 a las respuestas de mayor positividad y el valor de 1 a las respuestas con mayor negatividad.

Actitud favorable de 20-30

Actitud desfavorable 10-19

Para valorar las prácticas, se realizaron 12 preguntas, dirigidas a conocer si el adolescente ha iniciado vida sexual activa, si busca, ha buscado o intercambiado información sobre métodos anticonceptivos. A cada pregunta se le asignó un puntaje de 10 puntos a las prácticas adecuadas y 0 puntos a las prácticas inadecuadas para un total de 100 puntos, las preguntas número 11 y 12 no tuvieron puntaje ya que estas solo sirvieron para el análisis de resultados.

Según el puntaje obtenido se asignará la siguiente escala:

Prácticas correctas: 60-100 puntos

Prácticas incorrectas: 59 o menos puntos

7.11 Lista de variables

Objetivo 1. Relacionadas a las características socio demográficas

- Edad
- Sexo
- Religión
- Estado civil
- Nivel de escolaridad
- Procedencia

Objetivo 2. Relacionado con los conocimientos

- Nivel de conocimiento generales sobre planificación familiar
- Nivel de conocimiento generales sobre métodos anticonceptivos
- Nivel de conocimiento sobre uso de métodos anticonceptivos
- Nivel de conocimiento sobre reacciones adversas de los métodos anticonceptivos.
- Nivel de conocimiento sobre los beneficios de la planificación familiar
- Fuente de conocimiento

Objetivo 3. Relacionado con las actitudes

- Actitud sobre el uso de métodos anticonceptivos

Objetivo 4. Relacionado con las prácticas

- Inicio de vida sexual activa
- Uso de métodos anticonceptivos
- Búsqueda de información sobre métodos anticonceptivos
- Participación social

7.12 Operacionalización de variables

Variables socio demográficas

Variables	Concepto	Indicador	Escala / valor
Edad	Años cumplidos, desde la fecha de nacimiento hasta la fecha actual.	Años	10-13 14-16 17-19
Sexo	Características biológicas con la que se identifica el adolescente.		Femenino Masculino
Religión	Conjunto de creencias, mitos o dogmas que se tributan a la divinidad.		Católico Evangélico Mormón Adventista Otro
Estado civil	Condición del encuestado con los derechos y obligaciones civiles.		Soltero En una relación Unión libre Casado
Escolaridad	Nivel académico alcanzado por el estudiante		1er año 2do año 3er año 4to año 5to año
Procedencia	Lugar en el que reside al momento del estudio		Urbano Rural

Variables relacionadas al conocimiento

Variables	Concepto	Indicador	Escala / valor
Nivel de conocimiento generales sobre planificación familiar	Serie de información que manejan los adolescentes sobre concepto o definición de planificación familiar	Puntaje obtenido	Bueno Regular Malo
Nivel de conocimiento generales sobre métodos anticonceptivos	Concepto o definición de métodos anticonceptivos entendido por los adolescentes	Puntaje obtenido	Bueno Regular Malo
Nivel de conocimiento sobre uso de métodos anticonceptivos	Serie de información acerca del uso adecuado de métodos anticonceptivos	Puntaje obtenido	Bueno Regular Malo
Nivel de conocimiento sobre reacciones adversas de los métodos anticonceptivos	Conocimientos que manejan los adolescentes sobre efecto indeseados al usar métodos anticonceptivos	Puntaje obtenido	Bueno Regular Malo
Nivel de conocimiento sobre los beneficios de la planificación familiar	Conocimiento que tienen los adolescentes sobre condiciones favorables del uso de métodos anticonceptivos	Puntaje obtenido	Bueno Regular Malo

Fuente de conocimiento	Persona u organización a través de la cual el adolescente obtuvo la información acerca de métodos anticonceptivos	Puntaje obtenido	Maestros Amigos Club de adolescentes Centro de salud
------------------------	---	------------------	---

Variable relacionada con las actitudes

Variables	Concepto	Indicador	Escala/ valor
Actitud sobre el uso de anticonceptivos	Organización relativamente duradera en torno a un objeto o situación que predispone a reaccionar preferentemente de una manera determinada	Puntuación según test determinado por escala de Likert	Favorable Desfavorable

Variables relacionadas con las prácticas sobre métodos anticonceptivos

Variables	Concepto	Indicador	Escala / valor
Inicio de vida sexual activa	Afirmación positiva o negativa del adolescente acerca si ya tuvo su primer contacto sexual	Puntaje obtenido	No ha iniciado 10-12 años 13-15 años 16-19 años
Uso de métodos anticonceptivos	Utilización o no de algún método anticonceptivo por parte	Puntaje obtenido	Correcto incorrecto

	del adolescentes		
Búsqueda de información sobre métodos anticonceptivos	Interés del adolescentes en querer saber más sobre métodos anticonceptivos	Puntaje obtenido	Correcto incorrecto
Participación social	Involucramiento social del adolescentes en actividades sobre adolescencia y sexualidad	Puntaje obtenido	Correcto Incorrecto

7.13 Plan de análisis

La información obtenida se resumió en tablas de frecuencia simple, distribuyéndose en números y porcentaje, para los siguientes:

- Factores socio demográficos
- Conocimientos sobre métodos anticonceptivos
- Actitudes respecto a los métodos anticonceptivos
- Prácticas respecto a los métodos anticonceptivos

Se clasificaron las respuestas según las categorías;

	Clasificación	Valores
Conocimientos	Bueno	70-100 puntos
	Regular	60-69 puntos
	Malo	59 o menos

Actitudes	Favorables	20-30 puntos
	Desfavorables	10-19 puntos
Prácticas	Correctas	60 -100 puntos
	Incorrectas	59 o menos

Se realizó el siguiente entrecruzamiento de variables:

- Factores socio demográficos vs nivel de conocimientos
- Factores socio demográficos vs nivel de actitudes
- Factores socio demográficos vs nivel de prácticas
- Nivel de conocimientos vs nivel de actitudes
- Nivel de conocimientos vs nivel de prácticas
- Nivel de actitudes vs nivel de prácticas

8. Resultados

8.1 Sociodemográfico:

Fueron encuestados un total de 86 alumnos de 1° a 5to año de secundaria del Centro Escolar Epifanía de la comunidad El Hormigón área rural de la ciudad de Granada.

Del total de estudiantes encuestados, se encontró que el rango de edad es de 10 y 19 años, siendo 18% (16) entre 10-13, 55% (47) entre 14-16 años y el 27% (23) entre 17-19 años. (Ver tabla 1)

En relación al sexo, el 53% (46) correspondió al sexo masculino y el 47% (40) al sexo femenino. (Ver tabla 1)

En cuanto la escolaridad encontramos que el 35% (30) estudian primer año, el 22% (19) en tercer año, 20% (17) en segundo año, 13% (11) en quinto año y 10% (9) en cuarto año. (Ver tabla 1)

Con respecto a la religión, el 73% (63) profesan la religión católica, 16% (14) la evangélica y 11% (9) otras religiones. (Ver tabla 1).

En cuanto al estado civil, 69% (59) son solteros, 24% (21) en noviazgo, 6% (5) en unión libre y 1% (1) están casados. (Ver tabla 1)

8.2 Conocimientos

Se evaluaron un total de diez aspectos relacionados con conocimientos generales, tipo de MAC, reacciones adversas y beneficios.

En cuanto a los conocimientos generales:

El 44% (38) sabe que la planificación familiar ayuda a las parejas a decidir el momento y el número de hijos a procrear, el 12% (10) refirió que no y el 44% (38) restante no sabe. (Ver Tabla 2)

El 62% (53) sabe que los métodos anticonceptivos son sustancias (medicamentos, dispositivos o métodos naturales) que ayudan a evitar embarazos como consecuencia del acto sexual, el 32% (28) restante no lo sabe y 6% (5) afirman que no ayuda. (Ver Tabla 2)

En cuanto al tipo de MAC:

El 64% (55) tiene el conocimiento erróneo de que el condón es un método anticonceptivo, que solo lo usan los varones, el 35% (30) refiere no saberlo y solo 1% (1) sabe que no solo los varones lo usan. (Ver Tabla 2)

El 22% (19) sabe que la interrupción del coito, es un método de planificación y protege de los embarazos, el 12% (10) refirió que no y el 66% (57) no sabe. (Ver Tabla 2)

El 13% (11) tiene el conocimiento erróneo de que la píldora para la mañana siguiente (PPMS) se puede usar varias veces al mes, el 35% (30) refirió que no se puede usar y el 52% (45) no sabe. (Ver Tabla 2)

En cuanto a las reacciones adversas:

El 30% (26) afirmó que los anticonceptivos engordan y dan vómitos, el 9% (8) dijo que no y el 61% (52) lo desconoce. (Ver Tabla 2)

El 22% (19) afirmó que los anticonceptivos provocan sangrados y mucho dolor de cabeza, el 12% (10) opino que no y el 66% (57) manifestó no saberlo. (Ver Tabla 2)

En cuanto a los beneficios:

El 53% (45) refiere que el condón protege de las enfermedades de transmisión sexual y VIH, el 16% (14) refiere que el condón no las previene y el 31% (27) no lo sabe. (Ver tabla 2)

El 76% (65) conoce que prevenir los embarazos tempranos ayuda a reducir la pobreza, el 15% (13) afirma que no y 9% (8) no lo sabe. (Ver Tabla 2)

El 26% (23) afirma que los métodos anticonceptivos no son tan seguros para evitar embarazos, el 63% (54) afirma que son seguros y el 11% (9) no lo sabe. (Ver Tabla 2)

Del 93% de los estudiantes con conocimiento malo, el 49% (42) son masculinos y 45% (38) del sexo femenino; el 51% (44) está en las edades de 14-16 años, el 23% (20) de

17-19 años, 19% (16) de 10-13 años; 66% (57) profesan la religión católica, 16% (14) de la religión evangélica y 11% (9) otras religiones. (Ver Tabla 3)

Del 5% (4) de los estudiantes con conocimiento regulares 3% (3) son masculinos y el 1% (1) son femeninos; el 4% (3) pertenecen a las edades de 14-16 años y el 1% (1) a las edades de 17-19 años; el 5% (4) son de la religión católica. (Ver Tabla 3)

Del 2% (2) de los estudiantes con conocimientos buenos, el 1% (1) es del sexo femenino y 1% (1) masculino, el 2% (2) están en el rango de edad de 17-19 años y el 2% (2) pertenecen a la religión católica. (Ver Tabla 3)

Al aplicar las categorías de bueno, regular y malo según las respuestas acertadas o no a cada una de las diez preguntas, se encontró que: el 93% de los estudiantes tienen un conocimiento malo sobre los métodos de planificación familiar, 5% un conocimiento regular y solo el 2% tiene un conocimiento bueno. (Ver Tabla 3)

Al cruzar estas categorías con las variables generales encontramos que los conocimientos malos fueron más frecuentes en:

Sexo: Masculino

Edad: 14-16 años

Escolaridad: Primer Año

Religión: Católica

Estado Civil: Soltero

8.3 Actitudes

El cuestionario abordó diez actitudes y se clasificaron según su nivel de acuerdo, desacuerdo o indecisión, cuatro actitudes se plantearon en la dirección favorable (puntaje 3-2-1) y seis en la dirección desfavorable (puntaje 1-2-3).

Predominaron las respuestas con acuerdos favorables en las siguientes actitudes:

Un 93% (80) expreso que es bueno planear los embarazos y 7% (6) está en desacuerdo o indeciso. (Ver tabla 4)

El 80% (69) de los estudiantes expreso que el centro de salud es donde se debe pedir información sobre PF y el 20% (17) está en desacuerdo o indeciso. (Ver tabla 4)

El 66% (57) está dispuesto a recibir información sexual y el 34% (29) está en desacuerdo o indeciso. (Ver tabla 4).

El 86%(74) considera que los adolescentes deben hablar con los padres sobre la sexualidad y los métodos anticonceptivos y el 14% (12) está en desacuerdo o indeciso. (Ver tabla 4)

El 65% (56) está en desacuerdo que tener varias parejas sexuales no representa ningún riesgo y 35% (30) no está de acuerdo o indeciso con esto. (Ver tabla 4)

Predominaron las respuestas con acuerdos (desfavorables) en las siguientes actitudes:

El 80% (69) consideró vergonzoso acudir al C/S a solicitar MAC y solo 20% (17) considera que no es vergonzoso. (Ver tabla 4).

Un 74% (63) consideró normal que los novios tengas relaciones sexuales y solo 26% (23) considera que los novios no deben tener relaciones sexuales. (Ver tabla 4)

El 53% (46) acordó que si las adolescentes se embarazan es porque no tenían como evitarlo y solo 47% (40) de los encuestados refirió estar en desacuerdo. (Ver tabla 4)

El 85% (73) de los adolescentes considera que se debe ocultar a los padres y/o maestros que han iniciado vida sexual y el 15% (13) estuvo en desacuerdo. (Ver tabla 4).

El 88% (75) acordó que ser adolescente y salir embarazada es vergonzoso y solo el 13% (11) estuvo en desacuerdo. (Ver tabla 4).

En relación a las actitudes en general que tienen los estudiantes frente a los métodos de planificación familiar se encontró que el 94% tiene una actitud favorable y el 6% desfavorable. (Ver Tabla 5)

Del 94% (81) de los estudiantes con actitud favorable, el 51% (44) son masculino y 43% (37) del sexo femenino, el 52% (45) está en las edades de 14-16 años, el 25% (21) en edades de 17-19 años y el 18%(15) en edades de 10-13 años. (Ver Tabla 5)

Del 6% (5) de los estudiantes con actitud desfavorable el 4% (3) son femenino y el 2% (2) del sexo masculino, el 2% (2) está en edades de 17-19 años, el 2% (2) de 14-16 años y el 1% (1) en edades de 10-13 año. (Ver Tabla 5)

8.4 Prácticas

Se encuestaron diez prácticas, cuatro de ellas relacionadas con la vida sexual y seis con el uso de métodos anticonceptivos.

En cuanto a la pregunta de si han tenido relaciones sexuales, 26% (22 adolescentes) respondieron que ya iniciaron relaciones sexuales y 74% (64) aún no lo han hecho. (Ver Tabla 6)

De los 22 que ya han iniciado 59% (13) son hombres y 41% (9) son mujeres. La edad de inicio de las relaciones sexuales fue entre los 14-16 años.

A las nueve mujeres que ya iniciaron relaciones sexuales se les pregunto si habían estado embarazadas alguna vez, dos (22.2%) de ellas respondieron afirmativamente y las restantes siete nunca estuvieron embarazadas (77.8%).

Del total de estudiantes que ya tuvieron su primer contacto sexual (22), el 77% (17) continúan teniendo vida sexual activa y el 23% (5) no tienen actualmente (Ver Tabla 6)

Del total de estudiantes encuestados que han iniciado vida sexual activa el 32% (7) de los adolescentes han tenido más de una pareja sexual y el 68% (15) solo tuvieron una pareja (Ver Tabla 6)

En cuanto al uso de MAC en su primera relación sexual, aplicando la pregunta a los 22 que ya han tenido relaciones, solo un 78% (17) uso MAC en su primer contacto sexual, dividiéndose de la siguiente manera: condón 41% (9), inyección 18% (4), PPMS 9% (2), pastilla 5% (1), calendario 5% (1) y un 22% (5) no uso ningún método. (Ver Gráfico 9).

Solo 10% (9) de los estudiantes encuestados han visitado algún centro de salud para solicitar método de planificación y el 90% (77) restante nunca lo ha hecho. (Ver Tabla 6)

Solo 22% (19) han participado en algún taller, cine foro, club de adolescente donde se hable de métodos anticonceptivos, y el restante 78% (67) no lo ha hecho. (Ver Tabla 6)

Solo 44% (38) ha hablado con sus padres o profesores en relación a los métodos anticonceptivos y el restante 56% (48) no lo ha hecho. (Ver Tabla 6)

Solo 37% (32) ha compartido con tus compañeros de clases información sobre métodos anticonceptivos y el restante 63% (54) no lo hace. (Ver Tabla 6)

En cuanto al resultado de las prácticas se obtuvo que 70% de los estudiantes encuestados tienen una práctica incorrecta y solo el 30% práctica correcta. (Ver Tabla 7) En relación a las prácticas incorrectas 70% (60) con la edad, el 11% (9) están en el rango de 10-13 años, el 42% (36) en 14-16 años y el 17% (15) en 17-19 años. (Ver Tabla 7)

También encontramos que en la relación prácticas incorrectas-sexo 40% (34) son del sexo masculino y el 30% (26) del sexo femenino; y religión-prácticas incorrectas 50% (43) son de la religión católica, 13% (11) religión evangélica y 7% (6) de otras religiones. (Ver Tabla 7)

Al relacionar el estado civil-prácticas incorrectas encontramos que 50% (43) están solteros y 17% (15) en noviazgo, el 1% (1) casado al que igual que unión libre. (Ver Tabla 7)

Del 30% (26) con prácticas correcta el 14% (12) son del sexo masculino y 16% (14) femenino; el 13% (11) está en edades de 14-16 años, 9% (8) 17-19 años y 8% (7) 10-13 años; el 24% (20) son católicos, el 3% (3) evangélicos y el 3% (3) practican otras religiones. (Ver Tabla 7)

8.5 Conocimiento – Actitudes:

Del 2% (2) de los estudiantes con conocimiento bueno, el 1% (1) tienen actitud favorable y el 1% (1) tienen actitud desfavorable. Del 5% (4) de estudiantes con conocimiento regulares todos tienen actitudes favorables. Del 93% (80) con conocimiento malo el 88% (76) tienen actitud favorable y el 5% (4) con actitud desfavorable. (Ver Tabla 8)

8.6 Conocimiento – Prácticas:

Del 93% (80) de los estudiantes con conocimiento malo el 28% (24) tienen prácticas correctas y el 65% (56) tienen prácticas incorrectas, del 5% (4) con conocimiento regular el 2.33% (2) tienen prácticas correctas y el 2.33% (2) prácticas incorrectas, del 2.33% (2) de estudiantes con conocimientos buenos todos tienen prácticas incorrectas. (Ver Tabla 9)

8.7 Actitudes - Prácticas:

Observamos que los estudiantes tuvieron una actitud favorable ante los métodos de planificación familiar pero con unas prácticas incorrectas. Del 93 (81) de estudiantes con actitud favorable el 70% (57) tuvieron prácticas incorrectas y el 30% (24) con prácticas correctas (Ver tabla 27 de CV). Del 100% (5) de estudiantes con actitud desfavorables el 40% (2) tuvo prácticas correctas y el 60% (3) tuvieron prácticas incorrectas (Ver Tabla 10).

9. Análisis e interpretación de resultados

Los datos que resultaron de este estudio nos ofrecen un comportamiento epidemiológico similar a varios estudios nacionales que sobre este tema se han venido realizando en el país como por ejemplo el estudio Gaitán K y Norori K en adolescentes del instituto Emmanuel Mongalo de San Dionisio, Matagalpa mayo-junio 2000 el cual obtuvo resultados similares donde la actitud ante los métodos de planificación familiar fue favorable aunque la práctica incorrecta. (21)

Podemos observar en otro estudio realizado por Moreno C. y Ruiz en adolescentes de 15-19 años en dos centros de educación media, en el municipio de Acoyapa, Chontales y en el Municipio de San Miguelito, Chontales y RSJ 2002 donde se encontró que el 17% de los estudiantes tenían conocimientos malos y el 43.6% actitud positiva, en comparación con nuestro estudio donde se observó una mejoría ante las actitudes favorables del 94%, pero se reflejaron más estudiantes con conocimientos malos (93%). (22)

En comparación con otros estudios realizados como fueron Brenes V. y Echegoyen F (Jinotega 2002) y Rocha A y Kelly E (Madriz 2007) en donde en ambos estudios el método anticonceptivo más utilizado fue el condón y en el estudio que estamos presentando el método más utilizado por los estudiantes sexualmente activos fue el condón con un 41%. (23 y 26)

También existe otro estudio Sevilla, Silwany. (Chontales 2005) donde se encontró que el 44% de los encuestados inicio vida sexual antes de los 15 años dato similar encontrado con nuestro estudio. (24)

En otras investigaciones realizadas en Nicaragua a adolescentes y mujeres usuarias de PF, Lisbeth E Meuwissen, Anna C Gorter (Managua, 2006) Kim YM, Dávila C, C Téllez, Kols A (Nicaragua, 2007) [Johnson SL](#) , [YM Kim](#) , [Iglesia K \(Nicaragua y otros países, 2010\)](#), sobre evaluación de herramientas para la toma de decisiones de planificación familiar de la OMS da como resultado mejorar la comunicación y asesoramiento para la salud entre los clientes y los proveedores, consideramos que estas investigaciones adquieren importancia en nuestro estudio por el poco conocimiento que

tienen los estudiantes y dado que solo el 22% de ellos ha participado en foros, talleres o club de adolescentes sobre MAC. (27, 28 y 29)

A pesar de que el SILAIS Granada tiene como estrategia diferentes actividades sobre información para los adolescentes se mantiene una preocupante paradoja dado que los estudiantes siguen teniendo malos conocimientos en relación a los métodos de planificación familiar, sin embargo encontramos que los jóvenes aunque hay una buena actitud sobre lo correcto e incorrecto continúan manifestando desconocimiento y malas prácticas.

En Granada solo se ha realizado un estudio sobre métodos anticonceptivos en el año 1995 donde se encontró que el 73% de las adolescentes entrevistadas tenían un conocimiento regular y apenas unos 18% prácticas adecuadas y en relación a este estudio observamos una leve mejoría en cuanto a las prácticas correctas con un 30%. (32)

En este estudio encontramos que 26% de los estudiantes han tenido relaciones sexuales en algún momento de su vida, los cuales en su mayoría iniciaron en el rango de edad de 14-16 años y según datos comparativos con ENDESA 2011/12 donde la media del país es de 16.8 años y la de Granada es de 17 años aquí podemos observar que está ocurriendo la primera relación sexual a más temprana edad. (33)

De acuerdo a ENDESA 2011/12 la principal fuente de métodos de PF es el sector público (68.6%) siendo el 34.2% los que acuden a los centros de salud; este dato difiere de nuestro estudio dado que nosotros encontramos que solamente el 10% acudió a los centros de salud por métodos de planificación familiar. (33)

Según ENDESA 2011/12 en Granada la prevalencia de uso de métodos de PF es de 84% para todos los métodos, comparando con nuestro estudio de los estudiantes sexualmente activos el 77% lo utilizó en su primera relación sexual y la gran mayoría lo continúa utilizando. (33)

En este estudio se observó que la mayoría de estudiantes del sexo masculino tienen tantos conocimientos malos 49% como prácticas incorrectas 40% en comparación con el sexo femenino.

10. Conclusiones

De acuerdo a los resultados obtenidos en la encuesta realizada podemos definir las siguientes conclusiones:

1. La población en estudio que predominó más fue el sexo masculino 53%, mientras el sexo femenino fue de 47% en su mayoría entre las edades de 14-16 años en un 55 %.
2. La mayoría de los estudiantes son solteros, la religión que más predominó fue la católica, el 100% procede del área rural.
3. Solamente 22 adolescentes han tenido contacto sexual en algún momento de su vida y de estos un poco más de la mitad sigue teniendo vida sexual activa.
4. La edad promedio de inicio de relaciones sexuales fue entre los 14-16 años.
5. El método anticonceptivo más conocido y utilizado es el condón masculino.
6. Los estudiantes en estudio tienen malos conocimientos sobre métodos de planificación familiar el 93% obtuvo malos conocimientos, 51% conocimientos regulares y solo un 2% buenos conocimientos.
7. Los adolescentes en estudio tienen actitudes favorables en un 94%.
8. Los adolescentes en estudio tienen prácticas incorrectas en un 70%.
9. El conocimiento no condiciona la actitud, dado que a pesar que los estudiantes tienen malos conocimientos sus actitudes son favorables.
10. El conocimiento condiciona las prácticas dado que los estudiantes tienen malos conocimientos y por ende prácticas incorrectas.
11. A pesar que los adolescentes tienen buenas actitudes sus prácticas son incorrectas.

11. Recomendaciones

SILAIS Granada:

1. Coordinar acciones entre SILAIS y MINED Granada.
2. Redoblar esfuerzos de los organismos ya establecidos en cuanto a la atención de los adolescentes, haciendo ferias, charlas, simposio, convocatorias, donde se fortalezca el conocimiento sobre métodos anticonceptivos, ITS y educación sexual en general.
3. Que el ESAFC del sector planifique visitas periódicas a los centros escolares para brindar consejería a los adolescentes sobre P/F, ITS y educación sexual.
4. Darle seguimiento al ECMA para que funcione adecuadamente y fortalecer con personal capacitado para estos programas.
5. Realizar capacitación a los maestros sobre métodos de P/F, prevención de embarazo adolescente, ITS y educación sexual de tal manera que se transmita información veraz y oportuna que ayude a disminuir el índice de embarazo en adolescentes y las ITS.

A la dirección del Colegio Epifanía:

6. Que se realicen talleres para los padres para orientar a estos como mejorar la comunicación con sus hijos en relación a temas de educación sexual.

12. Bibliografía

¹CEPAL/UNFPA/CELADE. Fecundidad adolescente en Nicaragua, tendencias, riesgos emergentes y orientaciones de política. Santiago de Chile, Sede de Naciones Unidas. 2007

²Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela versión impresa ISSN 0048-7732 Rev Obstet Ginecol Venez v.67 n.2 Caracas jun. 2007).

³Julio García Baltazar, M.E. Prácticas anticonceptivas en adolescentes y jóvenes, del área metropolitana de México. Red de rastros científicos de América Latina y el Caribe, España y Portugal. Instituto de S¿Actualmente estas teniendo relaciones sexuales?alud pública, Universidad del Este de México, Julio- Agosto.1992

⁴Barriagada A, S. Adolescencia y acceso a salud reproductiva y educación sexual ¿Qué puede cambiar? Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos PROMSEX. Lima, Perú. Primera edición, marzo 2011.

⁵Nair MK, Leena ML, Thankachi Y, George B, Russell PS: Reproductive and Sexual Health Problems of Adolescents and Young Adults: A Cross Sectional Community Survey on Knowledge, Attitude and Practice.Indian J Pediatr.2013 Aug 11. [Epub ahead of print]

⁶Nishtar NA, Sami N, Alim S, Pradhan N, Hasnain Determinants of contraceptives use amongst youth: an exploratory study with family planning service providers in Karachi Pakistan. Glob J Health Sci. 2013 Jan 5;5(3):1-8. doi: 10.5539/gjhs.v5n3p1.

⁷Lavin C, Cox JE. Teen pregnancy prevention: current perspectives. Curr Opin Pediatr. 2012 Aug;24(4):462-9. doi: 10.1097/MOP.0b013e3283555bee. Review.

⁸Ruedinger E, Cox JE. Adolescent childbearing: consequences and interventions. *Curr Opin Pediatr.* 2012 Aug;24(4):446-52. doi: 10.1097/MOP.0b013e3283557b89. Review

⁹Carter MW, Bergdall AR, Henry-Moss D, Hatfield-Timajchy K, Hock-Long L. A qualitative study of contraceptive understanding among young adults. *Contraception.* 2012 Nov;86(5):543-50. doi: 10.1016/j.contraception.2012.02.017. Epub 2012 Mar 28. Centros para el Control y Prevención de Enfermedades, Atlanta, GA, EE.UU.. Acq0@cdc.gov

¹⁰Farahani FK, Shah I, Cleland J, Mohammadi MR. Adolescent males and young females in tehran: differing perspectives, behaviors and needs for reproductive health and implications for gender sensitive interventions. *J Reprod Infertil.* 2012 Apr;13(2):101-10. Departamento de Población, Salud y Planificación Familiar, Estudios de Población y Centro de Investigación en la región de Asia y el Pacífico, Teherán, Irán, Obstetricia y Reproductiva del Departamento de Salud de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Tarbiat Modares, Teherán, Irán.

¹¹Ekelin M, Åkesson C, Ångerud M, Kvist LJ Swedish high school students' knowledge and attitudes regarding fertility and family building. *Reprod Health.* 2012 Mar 21;9:6. doi: 10.1186/1742-4755-9-6.

¹²Ong J, Temple-Smith M, Wong WC, McNamee K, C Fairley. Asuntos Anticoncepción: indicadores de mal uso de la anticoncepción en las mujeres sexualmente activas que asisten a clínicas de planificación familiar en Victoria, Australia 2013.

¹³Sokkary N, Mansouri R, Yoost J, Focseneanu M, Dumont T, Nathwani M, Allen L, Hertweck SP, Dietrich JE. A Multicenter Survey of Contraceptive Knowledge among Adolescents in North America. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2013 Oct;26(5):274-6. doi: 10.1016/j.jpag.2013.04.010. Epub 2013 Jul 10.

¹⁴Biggs MA , Foster DG . Malentendido el riesgo de la concepción de las relaciones sexuales sin protección y protegida. Bixby Center for Global de Salud Reproductiva de la Universidad de California, San Francisco, Oakland, California, EE.UU.. antonia.biggs @ ucsf.edu

¹⁵Cui N, Tian AP, Li MX, Shah IH. Parental support for sexual and reproductive health information and services for unmarried youth in Chengdu, China.Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2012 Jul;43(4):997-1008. Instituto de Investigación de Planificación Familiar de Sichuan, Chengdu Universidad de Medicina Tradicional China, Chengdu, China. cuinian@mail.sc.cninfo.net

¹⁶Tilahun M, Mengistie B, Egata G, Reda AA.Health workers' attitudes toward sexual and reproductive health services for unmarried adolescents in Ethiopia. Reprod Health. 2012 Sep 3;9:19. doi: 10.1186/1742-4755-9-19.

¹⁷Juan C. González-Quiñones JC, Salamanca-Preciado JP, Quiroz-Rivera RM, Hernández-Pardo AM, Hernández-Rojas AD, Quesada-Núñez B.[Identifying risk factors for pregnancy amongst Colombian adolescents from urban and rural school populations].Rev Salud Pública (Bogota). 2012 Jun;14(3):404-16. Spanish.

¹⁸Santos KA.Teenage pregnancy contextualized: understanding reproductive intentions in a Brazilian shantytown.Programa de Postgrado en Antropología, Medio Ambiente y Desarrollo de la Universidad College de Londres, Reino Unido. karine.flynn @ hotmail.com

^{19,20} MINSAs/ UNFPA (2003) manual de consejería para adolescente. Managua, Nicaragua.

²¹, Gaitán K., NororiK. Conocimientos actitudes y prácticas acerca de los métodos anticonceptivos en adolescentes el instituto Enmanuel Mongalo de San Dionisio, Matagalpa durante mayo-junio 2000.

²² Moreno C, y Ruiz C Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar en adolescentes de 15-19 años de edad en dos centros de educación media. Acoyapa Chontales y San Miguelito de Rio San Juan Febrero- Marzo 2002. Trabajo monográfico para optar al título de doctor en medicina y cirugía. UNAN –Managua, Chontales, Rio San Juan. Agosto 2002

²³ Brenes V. Echegoyen F, Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos en adolescentes estudiante de educación secundaria del instituto Ángela Siles de Rivera, municipio de San Rafael del norte, Jinotega, Julio-Septiembre, 2002. Trabajo monográfico para optar al título de doctor en medicina y cirugía. UNAN-Managua, Julio-Septiembre 2002. Jinotega.

²⁴ Sevilla, Silwany Samir. Conocimientos y prácticas de métodos anticonceptivos en estudiantes de V año de secundaria del Instituto Nacional de Chontales en el periodo del primero al treinta de julio del años 2005. Tesis de investigación para optar al título de médico y cirujano Managua, Juigalpa, octubre 2005.

²⁵Blandón L, Carballo Palma L, Wulf D, Remez L, Prada E, Drescher J. Early childbearing in Nicaragua: a continuing challenge. Issues Brief (Alan GuttmacherInst). 2006 Sep;(3):1-24. Epub 2006 Oct 17

²⁶ Rocha A. Kely E. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos en los alumnos de secundaria del instituto Cristo Rey de San Lucas, Madriz en mayo 2007.

²⁷ Liesbeth E. Meuwissen, Anna C. Gorter, and J. A. Knottnerus, M.D. Impacto de los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva Accesibles para Adolescentes

Desatendidas y de Escasos Recursos de Managua, Nicaragua: Estudio de Intervención Cuasi-Experimental. Instituto Centroamericano de la Salud, Managua, Nicaragua 2006.

²⁸ Kim YM, Davila C, C Tellez, Kols A. Herramientas de asesoramiento solo no mejoran la continuación del método: una prueba más de la herramienta para la toma de decisiones para clientes de planificación familiar y proveedores en Nicaragua. Nicaragua, 2007)

²⁹ Johnson SL, YM Kim, Iglesia K Towards client-centered counseling: development and testing of the WHO Decision-Making Tool. Johnson SL, Kim YM, Church K. Patient Educ Couns. 2010 Dec;81(3):355-61. doi: 10.1016/j.pec.2010.10.011. Epub 2010 Nov 18.

³⁰ Instituto Nacional de Información de desarrollo (INIDE). Encuesta nicaragüense de demografía y salud (ENDESA) 2011/12. Sistema estadístico nacional. República de Nicaragua, ministerio de salud. Junio 2013.

³¹ Instituto Nacional de Información de desarrollo (INIDE). Encuesta nicaragüense de demografía y salud (ENDESA) 2011/12. Sistema estadístico nacional. República de Nicaragua, ministerio de salud. Junio 2013.

³² Sevilla, Silwany Samir. Conocimientos y prácticas de métodos anticonceptivos en estudiantes de V año de secundaria del Instituto Nacional de Chontales en el periodo del primero al treinta de julio del años 2005. Tesis de investigación para optar al título de médico y cirujano Managua, Juigalpa, octubre 2005.

³³ Instituto Nacional de Información de desarrollo (INIDE). Encuesta nicaragüense de demografía y salud (ENDESA) 2011/12. Sistema estadístico nacional. República de Nicaragua, ministerio de salud. Junio 2013

³⁴Ministerio de Salud. SILAIS Granada. Registro Estadístico de programa adolescente. 2011,2012,2013.

³⁵ Organización Mundial de la Salud (OMS) consejo ejecutivo, proyecto de estrategia para acelerar el avance hacia el logro de los objetivos y metas internacionales de desarrollo. 18 de diciembre 2012.
http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB113/seb11315a1.pdf

^{36,37,38} Real academia de la lengua española. Diccionario de la real academia Española, vigésima segunda edición. Madrid-España 2001. Disponible en <http://www.rae.es/rae.html>

³⁹Ministerio de Salud de Nicaragua. Dirección General de Servicios de Salud. Normativa 002 Norma y protocolo de planificación familiar, Managua, Diciembre 2009.

⁴⁰ UNICEF. Prevención en la salud de los y las adolescentes.2010

⁴¹Fhi.org.The science of improving lives. Satisfacción de las necesidades de los clientes jóvenes: una guía para prestarte servicios de salud reproductiva en los adolescentes. Adolescente: una población sub atendida.

⁴²Molina R., Sandoval J., Luengo X.: "Salud sexual y reproductiva del adolescente" - Ruoti, A. M. y col.: Obstetricia y Perinatología, , 2ªEdición, 2.000 EFACIM-EDUNA, Asunción, Paraguay

⁴³CEPAL/UNFPA/CELADE. Fecundidad adolescente en Nicaragua, tendencias, riesgos emergentes y orientaciones de política. Santiago de Chile sede de naciones unidas. 2007

⁴⁴Nicaragua, Ministerio de Educación. Educación de la sexualidad; guía básica de consulta para docentes. 2010

⁴⁵ Ministerio de Salud de Nicaragua. Dirección General de Servicios de Salud. Normativa 002 Norma y protocolo de planificación familiar, Managua, Diciembre 2009

⁴⁶RHRC. Anticoncepción de Emergencia en Zonas de Conflicto. 2004.
http://rhrc.org/resources/general_fieldtools/er_contraception/ec_brochureenglish.

⁴⁷ Barack Donas Solom. Adolescentes y juventud en América Latina. Juventud, reproducción y equidad. Editorial de LUR-Cartago 2001

⁴⁸Soledad Arriagada Barrera Adolescencia y acceso a salud reproductiva y educación sexual ¿Qué puede cambiar? Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos PROMSEX. Lima, Perú. Primera edición, marzo 2011

⁴⁹Mesa Gallardo. Comportamiento sexual y uso de preservativos en nuestro entorno. Congreso SAMFYC. Cádiz, Colombia Junio 2001.

⁵⁰Cuellar Almeciga, Garzán Fierro y Medina. Uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de una institución educativa distrital de Bogotá II semestre 2008.

⁵¹OMS. Planificación familiar, nota descriptiva n°351 .julio de 2013. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

⁵² Ministerio de Salud de Nicaragua. Dirección General de Servicios de Salud. Normativa 002 Norma y protocolo de planificación familiar, Managua, Diciembre 2009.

⁵³ Ministerio de Salud de Nicaragua. Dirección General de Servicios de Salud. Normativa 00 .Manual para la entrega comunitaria de métodos anticonceptivos ECMA y guía para capacitar al personal de salud y consejeras y consejeros de la ECMA, Managua septiembre 2012.

⁵⁴ Ministerio de Salud de Nicaragua. Dirección General de Servicios de Salud. Normativa 074 manual de consejería para adolescentes dirigido al personal d salud, Managua agosto 2011

13. Anexos

Consentimiento informado

Título del estudio

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación, en estudiantes del colegio Epifanía de la comunidad el Hormigón, Municipio Granada del 1 de septiembre al 30 de noviembre 2013.

Autora: Bra. Yara Amanda Romero Pastrán

Se trata de un estudio investigativo, que tiene como fin determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos anticonceptivos en los adolescentes de la escuela Epifanía, a través del llenado de una encuesta, contestando una serie de preguntas, redactadas en forma clara y sencilla.

Esta es una encuesta anónima, la información recolectada es confidencial, se utilizara exclusivamente con fines investigativos, no se pide nombre ni identificación alguna, se solicita que el encuestado lea detenidamente y conteste con el mayor interés posible, la respuesta que estime conveniente para cada pregunta.

Firma del participante: _____

Firma del investigador: _____

II. Conocimientos

Preposición	Si	No	No se
Conceptos			
1. La planificación familiar ayuda a las parejas a decidir el momento y el número de hijos a procrear			
2. Los métodos anticonceptivos son sustancias (medicamentos, dispositivos o métodos naturales) que ayudan a evitar embarazos como consecuencia del acto sexual.			
Clasificación			
3. El condón es un método anticonceptivo, que solo lo usan los varones?			
4. La interrupción del coito, es un método de planificación y protege de los embarazos.			
5. La píldora para la mañana siguiente (PPMS) se puede usar varias veces al mes.			
Reacciones adversas			
6. Los anticonceptivos engordan y dan vómitos.			
7. Los anticonceptivos provocan sangrados y mucho dolor de cabeza.			
Beneficios			
8. El condón protege de las enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA.			
9. Prevenir los embarazos tempranos, ayuda a reducir la pobreza			
10. Los métodos anticonceptivos no son tan seguros para evitar embarazos			

III. Actitudes

Marque con una X según creas conveniente

A: de acuerdo I: indeciso

D: desacuerdo

Preposición	A	I	D
	3	2	1
1. Es bueno planear los embarazos.			
2. Se debe ir al centro de salud a pedir información sobre los métodos de planificación.			
3. Estarías dispuesto a recibir educación sexual.			
4. Los adolescentes deberían hablar con sus padres sobre la sexualidad y los métodos anticonceptivos.			
	1	2	3
5. Es vergonzoso solicitar métodos anticonceptivos en el centro de salud.			
6. Es normal que los novios tengan relaciones sexuales			
7. Considero que el tener varias parejas sexuales no representa ningún problema.			
8. Considero que si las adolescentes se embarazas es porque no tenían como evitarlo			
9. Los adolescentes deberían ocultar que ha iniciado vida sexual a sus padres y maestros.			
10. Es vergonzoso ser adolescente y salir embarazada			

IV. Prácticas

Pregunta	Si	No
	0	10
1. ¿Has tenido relaciones sexuales?		
2. ¿Has estado embarazada alguna vez?		

3. ¿Actualmente estas teniendo relaciones sexuales?		
4. ¿Has tenido más de una pareja sexual?		
	10	0
5. ¿Usaste método anticonceptivo en tu primera relación sexual?		
6. ¿Estás usando algún método anticonceptivo?		
7. ¿Has visitado algún centro de salud para solicitar método de planificación?		
8. ¿Has participado en algún taller, cine foro, club de adolescente donde se hable de métodos anticonceptivos?		
9. ¿Has hablado con tus padres o profesores sobre métodos anticonceptivos?		
10. ¿has compartido con tus compañeros de clases información sobre métodos anticonceptivos?		

11. Edad de inicio de tu relación sexual

10-13 años _____

14-16 años _____

17-19 años _____

12. ¿Qué método anticonceptivo utilizaste en tu primera relación sexual?

Tabla 1.
Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación, en
estudiantes del colegio Epifanía de la comunidad el Hormigón, Municipio Granada
del 1 de septiembre al 30 de noviembre 2013.

Características socio demográficas

Datos Sociodemográficos	Frecuencia	Porcentaje
Edad		
10-13 a	16	18%
14-16	47	55%
17-19	23	27%
Sexo		
Femenino	40	47%
Masculino	46	53%
Religión		
Católico	63	73%
Evangélico	14	16%
Otras	9	11%
Escolaridad		
1 Año	30	35%
2 Año	17	20%
3 Año	19	22%
4 Año	9	10%
5 Año	11	13%
Estado Civil		
Soltero	59	69%
Noviazgo	21	24%
Unión Libre	5	6%
Casado	1	1%

Fuente: Cuestionario a estudiantes

Tabla 2.

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación, en estudiantes del colegio Epifanía de la comunidad el Hormigón, Municipio Granada del 1 de septiembre al 30 de noviembre 2013.

Conocimientos de los encuestados

Preposición	Si		No		No se	
	#	%	#	%	#	%
1. La planificación familiar ayuda las parejas a decidir el momento y el número de hijos a procrear	38	44	10	12	38	44
2. los métodos anticonceptivos son sustancias (medicamentos, dispositivos o métodos naturales) que ayudan a evitar embarazos como consecuencia del acto sexual.	53	62	5	6	28	32
Clasificación						
3. El condón es un método anticonceptivo, que solo lo usan los varones?	55	64	1	1	30	35
4. La interrupción del coito, es un método de planificación y protege de los embarazos.	19	22	10	12	57	66
5. La píldora para la mañana siguiente (PPMS) se puede usar varias veces al mes.	11	13	30	35	45	52
Reacciones adversas						
6. Los anticonceptivos engordan y dan vómitos.	26	30	8	9	52	61

7. Los anticonceptivos provocan sangrados y mucho dolor de cabeza.	19	22	10	12	57	66
Beneficios						
8. El condón protege de las enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA.	45	53	14	16	27	31
9. Prevenir los embarazos tempranos, ayuda a reducir la pobreza	65	76	13	15	8	9
10. Los métodos anticonceptivos no son tan seguros para evitar embarazos	23	26	54	63	9	11

Fuente: Cuestionario a estudiantes.

Tabla 3.

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación, en estudiantes del colegio Epifanía de la comunidad el Hormigón, Municipio Granada del 1 de septiembre al 30 de noviembre 2013.

Clasificación del conocimiento de los encuestados

Datos sociodemográficos	Bueno	%	Regular	%	Malo	%
Edad						
10-13	0	0	0	0	16	19
14-16	0	0	3	4	44	51
17-19	2	2	1	1	20	23
Sexo						
Femenino	1	1	1	1	38	45
Masculino	1	1	3	3	42	49
Escolaridad						
1	0	0	0	0	30	35
2	0	0	0	0	17	20
3	1	1	3	3	15	17
4	0	0	0	0	9	11
5	1	1	1	1	9	11
Religión						
Católico	2	2	4	5	57	66
Evangélico	0	0	0	0	14	16
Mormón	0	0	0	0	0	0
Otras	0	0	0	0	9	11
Estado civil						
Casado	0	0	0	0	1	1
Soltero	2	2	4	5	53	62
unión libre	0	0	0	0	5	6
Noviazgo	0	0	0	0	21	24
TOTAL	2	2%	4	5%	80	93%

Fuente: Cuestionario a estudiantes.

Tabla 4.

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación, en estudiantes del colegio Epifanía de la comunidad el Hormigón, Municipio Granada del 1 de septiembre al 30 de noviembre 2013.

Actitudes de los encuestados

Preposición	Acuerdo		Indeciso		Desacuerdo	
	#	%	#	%	#	%
1. Es bueno planear los embarazos.	80	93	5	6	1	1
2. Se debe ir al centro de salud a pedir información sobre los métodos de planificación.	69	80	13	15	4	5
3. Estarías dispuesto a recibir educación sexual.	57	66	20	23	9	11
4. Los adolescentes deberían hablar con sus padres sobre la sexualidad y los métodos anticonceptivos.	74	86	11	13	1	1
5. Es vergonzoso solicitar métodos anticonceptivos en el centro de salud.	31	36	38	44	17	20
6. Es normal que los novios tengan relaciones sexuales	23	27	40	47	23	26
7. Considero que el tener varias parejas sexuales no representa ningún problema.	9	11	21	24	56	65
8. Considero que si las adolescentes se embarazan es porque no tenían como evitarlo	20	23	26	30	40	47
9. Los adolescentes deberían ocultar que ha iniciado vida sexual a sus padres y maestros.	48	56	25	29	13	15
10. Es vergonzoso ser adolescente y salir embarazada	42	49	33	38	11	13

Fuente: Cuestionario a estudiantes.

Tabla 5.

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación, en estudiantes del colegio Epifanía de la comunidad el Hormigón, Municipio Granada del 1 de septiembre al 30 de noviembre 2013

Clasificación de las actitudes de los encuestados

Datos sociodemográficos	Favorable	%	Desfavorable	%
Edad				
10-13	15	18	1	1
14-16	45	52	2	2
17-19	21	25	2	2
Sexo				
Femenino	37	43	3	4
Masculino	44	51	2	2
Escolaridad				
1	28	32	2	2
2	16	19	1	1
3	18	21	1	1
4	9	11	0	0
5	10	12	1	1
Religión				
Católico	58	67	5	6
Evangélico	14	16	0	0
Mormón	0	0	0	0
Otras	9	11	0	0
Estado civil				
Casado	1	1	0	0
Soltero	55	64	4	5
unión libre	5	6	0	0
Noviazgo	20	23	1	1
TOTAL	81	94%	5	6%

Fuente: Cuestionario a estudiantes.

Tabla 6.

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación, en estudiantes del colegio Epifanía de la comunidad el Hormigón, Municipio Granada del 1 de septiembre al 30 de noviembre 2013.

Prácticas de los encuestados

Preposición	Si		No	
	#	%	#	%
1. ¿Has tenido relaciones sexuales?	22	26	64	74
2. ¿Has estado embarazada alguna vez?	2	2	84	98
3. ¿Actualmente estas teniendo relaciones sexuales?	17	20	69	80
4. ¿Has tenido más de una pareja sexual?	7	8	79	92
5. ¿Usaste método anticonceptivo en tu primera relación sexual?	17	20	69	80
6. ¿Estás usando algún método anticonceptivo?	17	20	69	80
7. ¿Has visitado algún centro de salud para solicitar método de planificación?	9	10	77	90
8. ¿Has participado en algún taller, cine foro, club de adolescente donde se hable de métodos anticonceptivos?	19	22	67	78
9. ¿Has hablado con tus padres o profesores sobre métodos anticonceptivos?	38	44	48	56
10. ¿has compartido con tus compañeros de clases información sobre métodos anticonceptivos?	32	37	54	63

Fuente: Cuestionario a estudiantes.

Tabla 7.

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación, en estudiantes del colegio Epifanía de la comunidad el Hormigón, Municipio Granada del 1 de septiembre al 30 de noviembre 2013.

Clasificación de las prácticas de los encuestados

Datos sociodemográficos	Correcta	%	Incorrecta	%
Edad				
10-13	7	8	9	11
14-16	11	13	36	42
17-19	8	9	15	17
Sexo				
Femenino	14	16	26	30
Masculino	12	14	34	40
Escolaridad				
1	11	13	19	22
2	0	0	17	20
3	7	8	12	14
4	3	3	6	7
5	5	6	6	7
Religión				
Católico	20	24	43	50
Evangélico	3	3	11	13
Mormón	0	0	0	0
Otras	3	3	6	7
Estado civil				
Casado	0	0	1	1
Soltero	16	19	43	50
unión libre	4	5	1	1
Noviazgo	6	7	15	17
TOTAL	26	30%	60	70%

Fuente: Cuestionario a estudiantes.

Tabla 8.

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación, en estudiantes del colegio Epifanía de la comunidad el Hormigón, Municipio Granada del 1 de septiembre al 30 de noviembre 2013.

Cruce de Variables

Conocimiento – Actitudes				
Conocimiento	Favorable	%	Desfavorable	%
Bueno	1	1	1	1
Malo	76	88	4	5
Regular	4	5		
TOTAL	81	94	5	6

Fuente: Cuestionario a estudiantes.

Tabla 9.

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación, en estudiantes del colegio Epifanía de la comunidad el Hormigón, Municipio Granada del 1 de septiembre al 30 de noviembre 2013.

Conocimiento – Prácticas				
Conocimiento	Correcto	%	Incorrecto	%
Bueno			2	2.33
Malo	24	28	56	65
Regular	2	2.33	2	2.33
TOTAL	26	30.33	60	69.66

Fuente: Cuestionario a estudiantes.

Tabla 10.

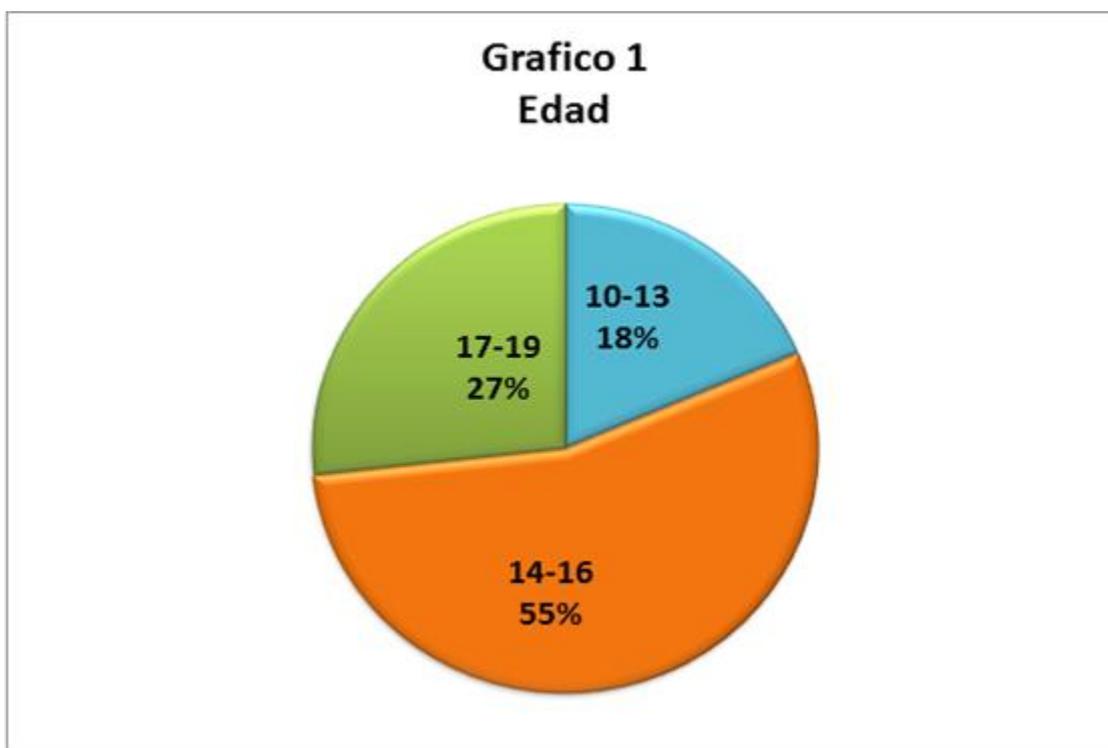
Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación, en estudiantes del colegio Epifanía de la comunidad el Hormigón, Municipio Granada del 1 de septiembre al 30 de noviembre 2013.

Actitudes-Prácticas				
Actitudes	Correcto	%	Incorrecto	%
Favorable	24	28	57	65
Desfavorable	2	2	4	5
TOTAL	26	30	61	70

Fuente: Cuestionario a estudiantes.

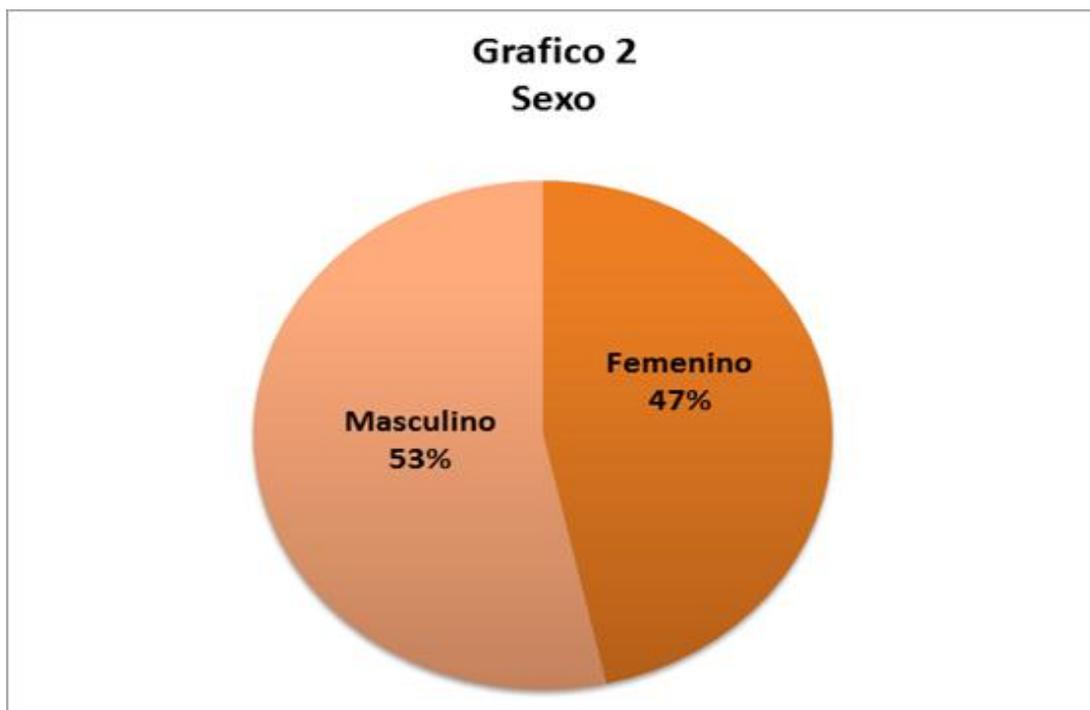
Gráficos

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación, en estudiantes del colegio Epifanía de la comunidad el Hormigón, Municipio Granada según edad del 1 de septiembre al 30 de noviembre 2013.



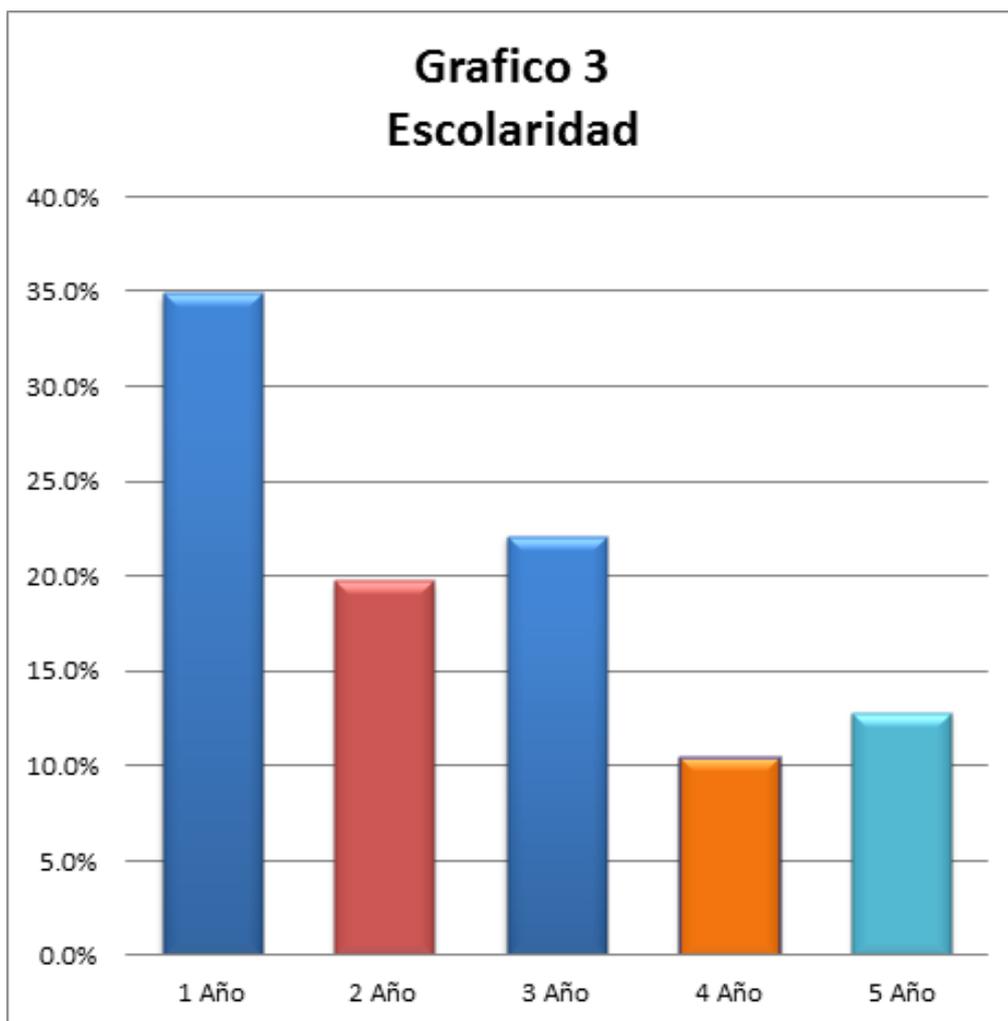
Fuente: Cuestionario a estudiantes.

**Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación, en
estudiantes del colegio Epifanía de la comunidad el Hormigón, Municipio Granada
según sexo del 1 de septiembre al 30 de noviembre 2013.**



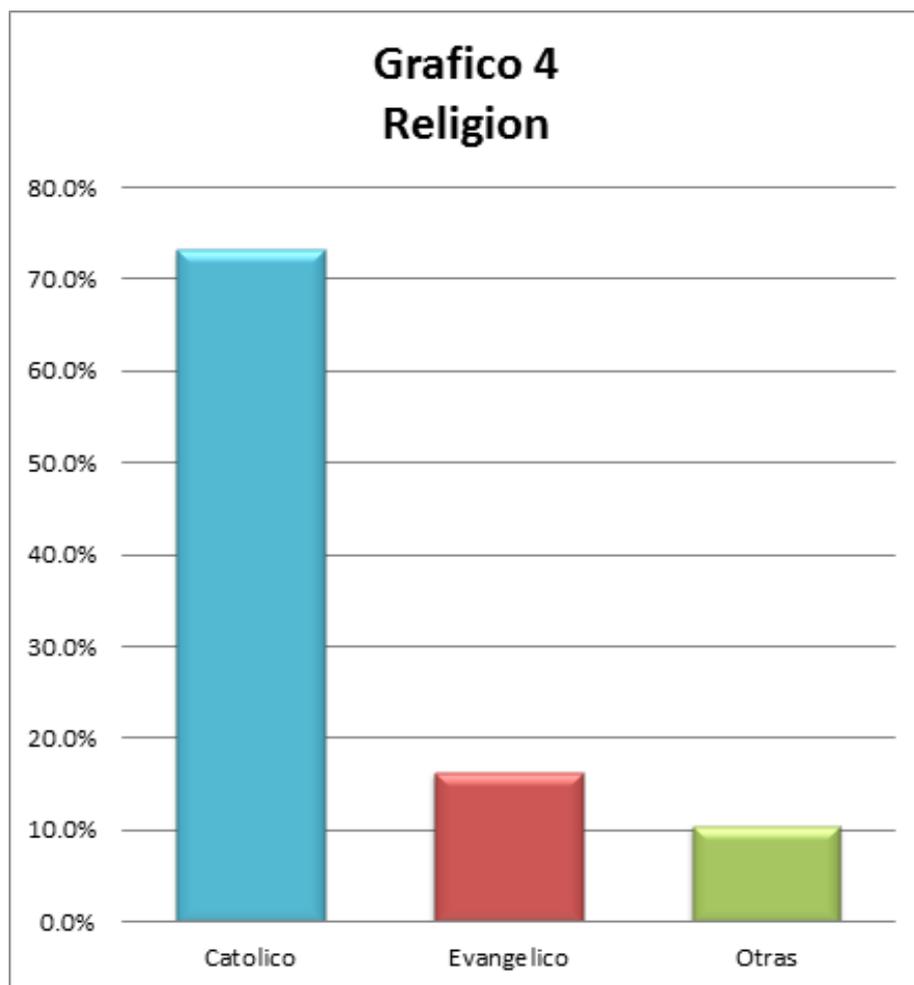
Fuente: Cuestionario a estudiantes.

**Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación, en
estudiantes del colegio Epifanía de la comunidad el Hormigón, Municipio Granada
según escolaridad del 1 de septiembre al 30 de noviembre 2013.**



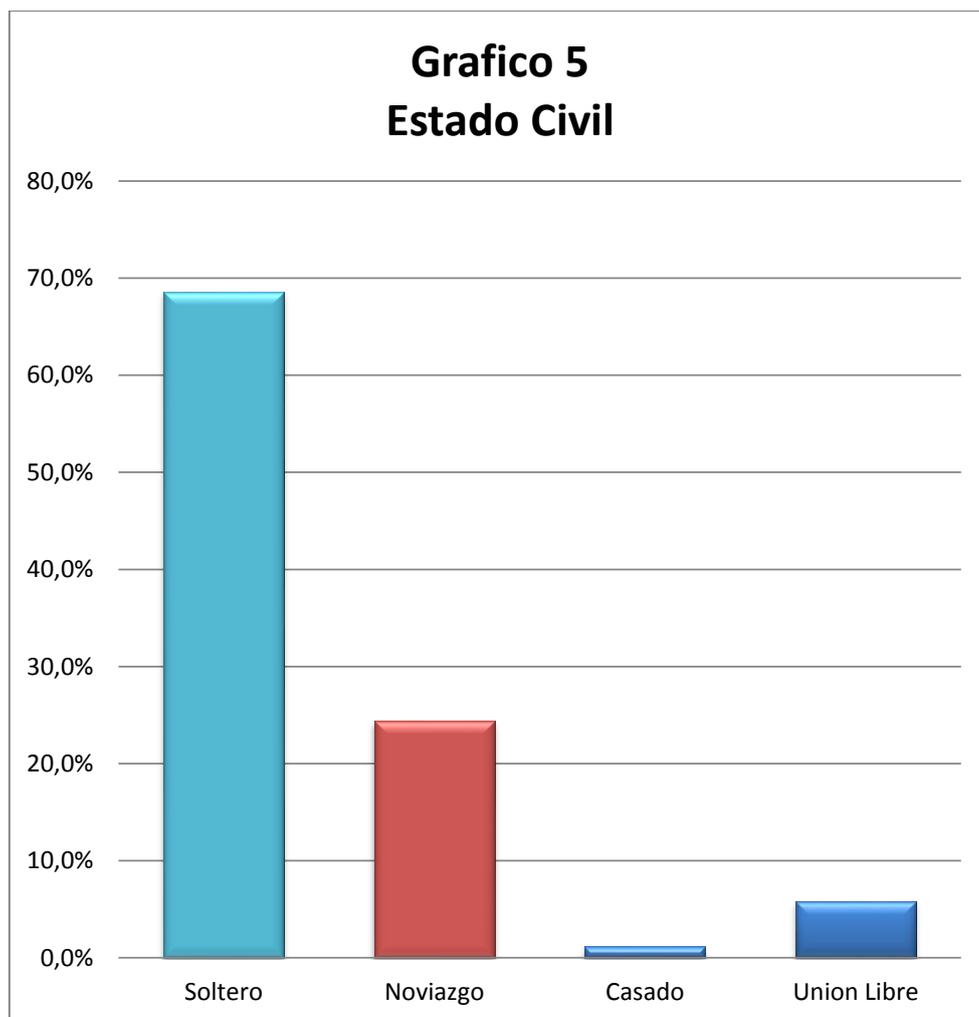
Fuente: Cuestionario a estudiantes.

**Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación, en
estudiantes del colegio Epifanía de la comunidad el Hormigón, Municipio Granada
según religión del 1 de septiembre al 30 de noviembre 2013.**



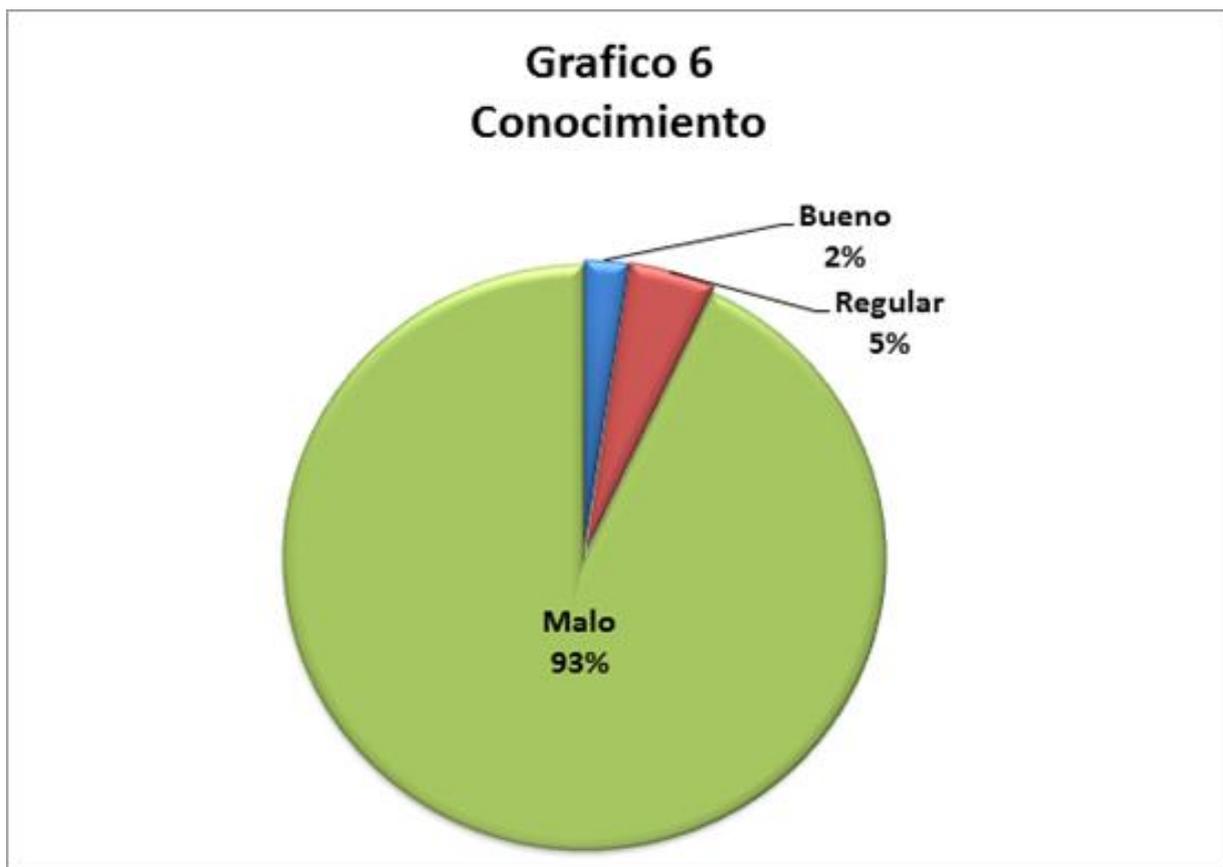
Fuente: Cuestionario a estudiantes.

**Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación, en
estudiantes del colegio Epifanía de la comunidad el Hormigón, Municipio Granada
según estado civil del 1 de septiembre al 30 de noviembre 2013.**



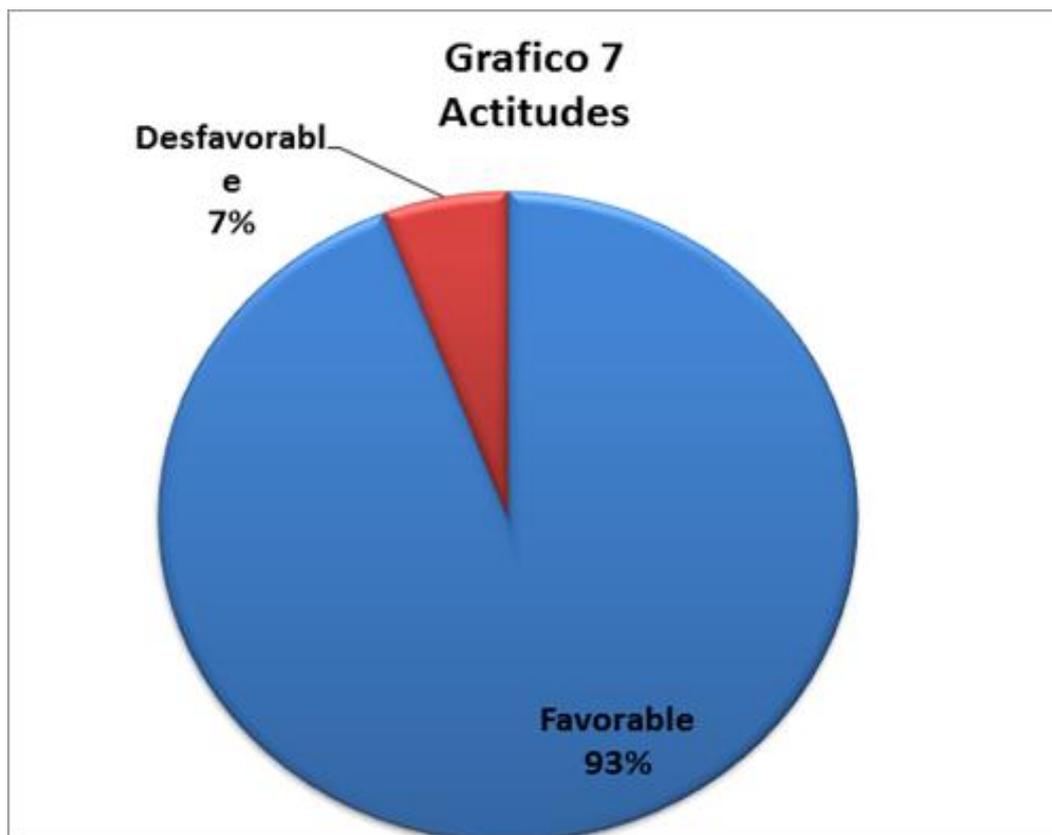
Fuente: Cuestionario a estudiantes.

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación, en estudiantes del colegio Epifanía de la comunidad el Hormigón, Municipio Granada según conocimiento del 1 de septiembre al 30 de noviembre 2013.



Fuente: Cuestionario a estudiantes.

**Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación, en
estudiantes del colegio Epifanía de la comunidad el Hormigón, Municipio Granada
según Actitudes del 1 de septiembre al 30 de noviembre 2013.**



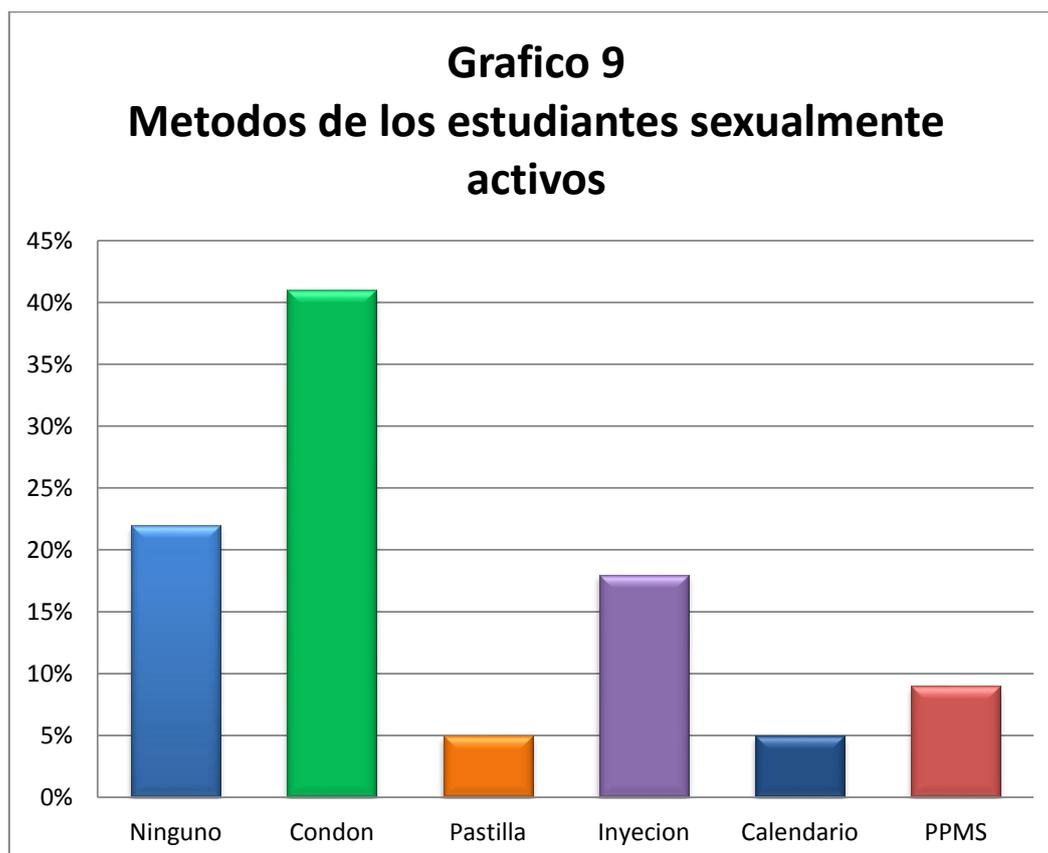
Fuente: Cuestionario a estudiantes.

**Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación, en
estudiantes del colegio Epifanía de la comunidad el Hormigón, Municipio Granada
según Prácticas del 1 de septiembre al 30 de noviembre 2013.**



Fuente: Cuestionario a estudiantes.

Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación, en estudiantes del colegio Epifanía de la comunidad el Hormigón, Municipio Granada según método utilizado en la primera relación sexual del 1 de septiembre al 30 de noviembre 2013.



Fuente: Cuestionario a estudiantes.