

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
RECINTO UNIVERSITARIO “RUBEN DARIO”



**TRABAJO MONOGRAFICO PARA OPTAR AL TITULO DE DOCTOR EN
MEDICINA Y CIRUGIA**

Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre Métodos Anticonceptivos en los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013.

AUTORES: Br. Karina Iveth Bustamante Escobar
Br. William Humberto Cruz

TUTOR: Dr. José Francisco Reyes Ramírez
Profesor Titular. Facultad de Ciencias Médicas.
UNAN / Managua

DEDICATORIA

Está dedicado primeramente a Dios ya que sin el nada se puede, a mi familia ya que han estado siempre apoyándome cuando los he necesitado, a mi hijo Keneth Mcdiel Zamora Bustamante y mi madre Luz Escobar quienes han sabido comprender estar lejos de mí en muchos momentos y aun así estar presente siempre en los momentos más difíciles.

KARINA IVETH BUSTAMENTE ESCOBAR

DEDICATORIA

Bendita sea tu pureza y eternamente lo sea, pues todo un Dios se recrea en tan graciosa belleza. A ti celestial princesa Virgen Sagrada María yo te ofrezco humildemente este trabajo y te doy las gracias, porque en tu infinita bondad y ternura has permitido que fructifique y al mismo tiempo me has concedido culminar esta meta con mucho sacrificio y sabiduría.

¡Oh María Madre Mía!
Yo cuento contigo,
Yo me entrego a ti,
Yo me fío de ti,
Yo estoy seguro de ti y de tu grandioso corazón.
AMEN

A quien dedicó parte de su vida a la mía,
A quien todo lo que pudo dar sin medida,
A quien nada podrá pagar el sacrificio de su opción por mí,
A quien me crió y formó con rigor, a quien me enseñó a vivir,
Al ser maravilloso, que sin haberme dado la vida, me dio su amor y ternura.
Al más grande y puro amor, siempre vivirá en mi corazón:

Mi Mama Dora

WILLIAM HUMBERTO CRUZ

AGRADECIMIENTO

A Dios por permitirme dar un paso más y avanzar en mi vida, a mi madre Luz Amanda Escobar D'Trinidad por darme siempre su apoyo y estar siempre presente en la difícil tarea de la enseñanza del día a día, a mi hijo que fue el motor q me impulso a seguir esforzándome cada día hasta lograr llegar plazeramente al final, a mis maestros que me transmitieron las enseñanzas adquiridas tanto teóricas como prácticas, a mi tutor por apoyar en este duro trabajo de la docencia, a mis familiares que siempre aportaron un granito de arena en cada momento que los necesité.

KARINA IVETH BUSTAMENTE ESCOBAR

AGRADECIMIENTO

A: DIOS, por haberme regalado la vida, la salud y la sabiduría en este camino a la formación profesional; asimismo a **MARÍA SANTÍSSIMA**, por cuidarme todos los días con su manto santo y por recordarme que su hijo **JESÚS** es el mejor médico por excelencia y con él todo se puede.

A: Mi familia, por hacer de mi un hombre de bien, no sólo a nuestro hogar, sino a la sociedad.

A: Mis amigos y amigas, a quienes me han apoyado de forma incondicional durante mi educación y crecimiento profesional y personal.

A: Mis pacientes, por permitirme el aprendizaje, ya que sin ellas no fuese posible obtener una formación como la que hoy estamos finalizando.

A: Mis maestros y maestras, quienes desinteresadamente nos dan cada día el pan de la enseñanza, su experiencia y los buenos consejos para el ejercicio de la profesión.

Gracias a todas las personas que aceptaron ser parte de este estudio y colaboraron llenando su encuesta.

A todos... Gracias.

WILLIAM HUMBERTO CRUZ

OPINION DEL TUTOR.

El presente estudio monográfico acerca de los Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre Métodos Anticonceptivos en los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013, realizado por los Bachilleres Karina Iveth Bustamante Escobar y William Humberto Cruz, ocupa uno de los principales componentes que prioriza en sus diferentes Programas el Ministerio de Salud (MINSAL) de Nicaragua, por lo que el estudio de este tema logra tener siempre una gran importancia y definición al momento de la planificación y procesos de intervención en salud hacia la población nicaragüense.

El manejo y uso de los Métodos Anticonceptivos en los Adolescentes representan un reto para el sistema de salud de la mayoría de los países de América Latina, bajo la influencia de múltiples factores socioculturales. Uno de los aspectos más relevantes es que la afectación de la población adolescente provoca cambios radicales desde el núcleo familiar hasta niveles socioeconómicos muy importantes en cada uno de los países.

El embarazo NO deseado, el aumento de la Morbimortalidad Materna en Adolescentes, y el aumento en la prevalencia e incidencia de Infecciones de Transmisión Sexual, con especial énfasis en el VIH/SIDA, son algunos ejemplos de los problemas que enfrentan a diario los adolescentes, donde existe un pobre acceso a una Educación Sexual y Reproductiva Integral.

La información oportuna y el conocimiento objetivo sobre esta temática desarrollará una vida más saludable donde nuestros jóvenes sean verdaderos impulsores, participando activamente en un enfoque más integral y objetivo.

Los resultados alcanzados en el estudio han sido posibles por la dedicación, interés, responsabilidad e iniciativa demostrada por los Bachilleres Karina Iveth Bustamante Escobar y William Humberto Cruz, durante todo el proceso de la Investigación, lo cual permitió haber logrado la aplicación de una metodología regida en todo momento por un alto nivel científico.

Por lo anterior expuesto felicito a los Bachilleres Karina Iveth Bustamante Escobar y William Humberto Cruz por los alcances logrados y extendiendo mi motivación a que continúen profundizando y desarrollando este campo Investigativo.

Dr. José Francisco Reyes Ramírez.
Profesor Titular
Facultad de Ciencias Médicas, UNAN- Managua

RESUMEN

Hasta hace pocos años la Salud Sexual y Reproductiva fue reconocida como parte integral del proceso de equilibrio de salud en el hombre, además la mayoría de los países en vía de desarrollo no contaban con verdaderos programas dirigidos de forma directa y objetiva en el abordaje de estas condiciones en los Adolescentes.

Los embarazos en las adolescentes, aumento de infecciones de transmisión sexual, una creciente morbimortalidad perinatal en madres adolescentes y/o en mujeres que desarrollan abortos en condiciones deficientes de salud son un claro ejemplo de la magnitud del problema que en la actualidad enfrentan los sistemas de salud de los países pobres. Nicaragua es el país de América Latina con el porcentaje más alto porcentaje de embarazo en adolescentes con una alta tasa de muertes materna.

El impacto socioeconómico que conllevan estos problemas, hace que el uso de los métodos anticonceptivos por parte de los adolescentes sea un tema de especial interés sobre todo porque este grupo poblacional son muy vulnerables debido a las condiciones socioeconómicas en que se desarrollan durante esta fase del ser humano. Además ellos representan la fuerza viva en el futuro de todos los países ya que representan los futuros profesionales, que son la fuerza productiva de nuestro país.

La adolescencia es una etapa crítica en el desarrollo del ser humano pues hay mucha inseguridad e inmadurez y por otro lado un sentimiento de invencibilidad, un comportamiento normativo, con el fin de sentirse aceptados por los demás, factores que conllevan muchas veces a prácticas de riesgo.

Debido a la importancia que reviste el tema se realizó un estudio en una muestra de 283 adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, aplicándose una encuesta dirigida a los adolescentes en estudio para valorar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el uso de métodos anticonceptivos.

De los 283 estudiantes encuestados el 48.1% correspondió al grupo de 10 a 14 años y 51.9% al grupo de edad de 15 a 19 años.

Respecto al sexo, el 62.9% correspondió al sexo femenino, y el 37.1% al masculino.

En cuanto a la tendencia religiosa los adolescentes en estudio en 43.4% profesaban la religión católica y un 48.1% la evangélica. El 8.5% pertenecían a otras religiones.

De manera general encontramos un buen nivel de conocimientos (85.8%) y actitudes favorables (86.5%) en los adolescentes pero prácticas incorrectas en la mayor parte de los adolescentes. Del total de todos los Adolescentes del estudio el 75.6% desarrollaron una mala práctica en relación a los Métodos Anticonceptivos.

Lo que nos hace reflexionar en el papel que se está desempeñando en materia preventiva para que los adolescentes adopten prácticas sexuales seguras que disminuyan los riesgos de infecciones de transmisión sexual o embarazos no deseados. Cabe señalar que un buen nivel de conocimientos no conlleva a prácticas adecuadas pero si es importante a la hora de tomar decisiones.

Los medios de comunicación masivos (Radio y Televisión) juegan un rol importante, ya que los adolescentes indicaron que la información obtenida sobre métodos anticonceptivos se originaba de diversas fuentes de manera simultánea.

La edad más frecuente de IVSA fue de los 15 a 19 años (32.8%), pero solamente el 40% indico haber utilizado algún tipo de método anticonceptivo en su primera relación sexual. Siendo el más utilizado los preservativos y la del método de las píldoras anticonceptivas.

Es con sus amigos principalmente con quienes los adolescentes hablan sobre este tema, no con los padres o maestros, cuando los principios y valores deben inculcarse en el seno del hogar.

Es necesario que la población en general, maestros, padres de familia y adolescentes tomen conciencia de la magnitud del problema en nuestro país, ya que nos afecta a todos, repercutiendo en la calidad de vida, las oportunidades de desarrollo económico y causando severos daños en el seno de la familia.

INDICE

CAPITULO I: GENERALIDADES

INTRODUCCION-----	1
ANTECEDENTES-----	3
JUSTIFICACION-----	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA-----	9
OBJETIVOS-----	10
MARCO TEORICO-----	11

CAPITULO II: MATERIAL Y METODOS----- 58

CAPITULO III: DESARROLLO

RESULTADOS-----	67
ANALISIS DE LOS RESULTADOS-----	76
CONCLUSIONES-----	82
RECOMENDACIONES-----	83

CAPITULO IV: BIBLIOGRAFIA----- 85

CAPITULO V. ANEXOS----- 87

INTRODUCCIÓN

La sexualidad ha sido un tema de gran curiosidad en todas las épocas y en el momento actual constituye uno de los temas más comentados en el mundo; la respuesta a éste es muy variado en cada nación, en dependencia de las tradiciones, la cultura, el grado de desarrollo, la ideología y otros muchos factores. Un factor importante acerca de la sexualidad lo representa la edad idónea para el inicio de las relaciones sexuales, ocupa una de las preocupaciones más importante de los sistemas de salud de los países en desarrollo, agudizado por las condiciones socio económicas de los mismos y los fenómenos culturales en los que se desarrollan sus habitantes.

La Organización Mundial de la Salud, OMS, define la adolescencia como un período de transición entre la infancia y la juventud que se ubica entre los 10 y 19 años de edad. Esta etapa del desarrollo humano comprende una serie de cambios biológicos y corporales que implican, inicialmente, el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios (pubertad) y el pleno desarrollo de la capacidad reproductiva; así como, el inicio de las relaciones sexuales y un proyecto de vida propios que preparan para la juventud y la vida adulta.

En la adolescencia el desarrollo emocional es todavía incompleto, y existe un limitado campo de las habilidades de comunicación interpersonal, lo que dificulta, en cierta forma, el negociar con la pareja situaciones vinculadas con las relaciones sexuales y el uso de métodos anticonceptivos.

Los adolescentes por su propia naturaleza desarrollan conductas riesgosas, que lo pueden llevar tanto al embarazo NO deseado, o a padecer una enfermedad de transmisión sexual.

La anticoncepción se ha hecho una verdadera necesidad de salud en los adolescentes, y los médicos que se encargan de atender a este grupo deben estar familiarizados con las diversas medidas contraceptivas, así como los eventos que se producen alrededor de la pareja Adolescente.

A nivel mundial los conocimientos acerca de la sexualidad y anticoncepción de los y las adolescentes manifiestan que carecen de información suficiente acerca de la reproducción, de la sexualidad, la planificación familiar y la salud; todo esto conlleva al incremento de los riesgos de salud y embarazos precoces.

Estudios realizados por la organización mundial de la salud (OMS) en distintas partes del mundo ha demostrado que la apropiación de una información dirigida de forma objetiva y real a los adolescentes, desarrolla en el grupo una mejor y consciente responsabilidad en la toma de decisiones.

Por lo tanto es muy importante que el adolescente conozca todo lo relacionado al sexo y los roles, porque es necesario para que éste se pueda adaptar a su ambiente y a los individuos que lo rodean, y que comprenda las responsabilidades y deberes que va a consolidar en su presente y futuro.

La fecundidad en la adolescencia, planteada en sus aspectos más generales, constituye un problema de salud importante, sobre el cual debe actuarse. Una adecuada educación sexual de forma sistemática, tanto desde lo social, como que individualmente actúe como elemento regulador de la personalidad, resulta fundamental para lograr una juventud que pueda disfrutar de una sexualidad sana y responsable.

La anticoncepción representa el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada si quiere tener hijos, su número y espaciamiento, y el derecho a obtener la información específica y los servicios de salud idóneos. El ejercicio de estos derechos es independiente del género, la orientación sexual, la edad y el estado social o legal de las personas.

La OMS indica que: “en general, los y las adolescentes son elegibles para usar cualquier método de anticoncepción y deben tener acceso a una variedad de opciones anticonceptivas. La edad por sí misma no constituye razón médica para negar cualquier método a adolescentes.

ANTECEDENTES

La sexualidad adolescente es un tema que ha ido aumentando en interés. En los estudios de población, se han abordado diversos aspectos dentro de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes tales como: embarazo adolescente, uso de métodos anticonceptivos, riesgo de contagio de ITS y VIH-SIDA e implicaciones del género entre otros.

En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo realizada en El Cairo en 1994, se asienta en el capítulo VII. Derechos Reproductivos y Salud Reproductiva, que a la letra dice:

“La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias...entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia.

Éste ha sido un marco para la acción que ha orientado las políticas públicas de los gobiernos y la investigación de grupos académicos para afrontar los problemas relativos a la salud sexual y reproductiva de jóvenes y adolescentes.

En el mismo documento se reconoce que los servicios de salud reproductiva han descuidado a los adolescentes y que debe facilitarse a éstos, información y servicios que les ayuden a comprender su sexualidad. Se proponen dos objetivos:

“Abordar las cuestiones relativas a la salud sexual y reproductiva en la adolescencia, en particular los embarazos no deseados, el aborto en malas condiciones y las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, mediante el fomento de una conducta reproductiva y sexual responsable y sana; reducir sustancialmente todos los embarazos adolescentes.”

Sin embargo en México los datos provenientes de diversas investigaciones nos dan cuenta de la complejidad de esta problemática y lo difícil que resulta alcanzar estos objetivos. En este sentido, podríamos decir que en general la población adolescente unida y no unida

muestra un porcentaje muy reducido de uso de métodos anticonceptivos. Entre los adolescentes únicamente una quinta parte de las mujeres y la mitad de los varones usaron algún método anticonceptivo en la primera relación sexual. Además, actualmente, ha habido un aumento de la prevalencia de SIDA en el grupo de adultos jóvenes, lo que significa que el contagio del virus probablemente ocurrió durante la adolescencia. Según CONSIDA los casos de SIDA aumentaron en más del doble en los últimos años, pasando de 1.5 en 1995 a 3.5 por cada 100 000 jóvenes de 15 a 24 años, para 2002.

En México, se estima que los nacimientos entre las madres de 15 a 19 años constituyen el 14% del total de nacimientos. El embarazo adolescente puede representar un riesgo biopsicosocial para la madre y el recién nacido, como una mayor mortalidad materno infantil. También puede conducir a menores posibilidades de educación formal y menores oportunidades para mejorar la calidad de vida de los adolescentes.

La adolescencia presenta problemas de salud propios a esta etapa, aunque la morbilidad y la mortalidad en los adolescentes son bajas; sin embargo, están expuestos a riesgos para la salud tales como el sobrepeso, el tabaquismo, el alcoholismo, los accidentes, los homicidios y los suicidios. Además deben enfrentarse a su sexualidad, y se encuentran ante la disyuntiva de ejercerla de manera segura y responsable o vivir las complicaciones de embarazos no deseados y el probable riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual.

Vergara, J. (2006), con el objetivo de identificar los factores de riesgo reproductivo preconcepciones (RRPC) más frecuentes y evaluar la influencia de la consulta de Planificación Familiar (CPF) en su control, se realizó un estudio descriptivo entre enero 2005 y enero 2006 en el área de salud del policlínico Playa, La Habana, Cuba.

La muestra estuvo conformada por 250 pacientes de la consulta de Planificación Familiar, clasificadas como RRPC. Se les aplicó un cuestionario en la primera consulta para determinar el nivel de conocimientos que tenían sobre sus factores de riesgo y cómo modificarlos, posteriormente se les instruyó y asesoró sistemáticamente de forma individual y aplicando técnicas grupales. Luego de 6 meses se aplicó nuevamente el cuestionario para

comparar si había variación en el nivel de conocimientos, y se evaluó cada caso para identificar las que habían logrado modificar o erradicar los factores de riesgo modificables. La información acerca de las mujeres que quedaron embarazadas sin modificar factores de riesgo se obtuvo en visitas a las inasistentes a consultas de Planificación Familiar. Los datos se procesaron con el cálculo porcentual y se expusieron en 4 tablas.

Dentro de los resultados reporta que los factores de RRPC más frecuentes fueron, la desnutrición (34 %), edad menor de 18 años (16,4 %) y menos de 2 años desde el último parto (15,2 %). El nivel de conocimientos sobre sus factores de riesgo y cómo modificarlos se incrementó después de la intervención educativa hasta un 64,8 %, pero la mayoría de ellas no modificó ninguno de los factores de riesgo que eran modificables. Se concluyó que la CPF influyó poco en el control del RRPC, y que el incremento del nivel de conocimientos sobre sus factores de riesgo no determinó su modificación.

Este estudio tiene importancia en el contexto de esta investigación, ya que le asigna una relevancia a la consulta de Planificación Familiar en las intervenciones para disminuir factores de riesgo; situación que debe ser un componente para la atención del adolescente en dichas consultas.

Mosquera, J. y Mateus, C. (2003), realizaron un estudio con el objetivo de Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, ETS/VIH-SIDA y consumo de medios de comunicación entre adolescentes escolarizados de 12 a 18 años en Palmira, Colombia. La investigación tuvo dos componentes. En el componente cuantitativo se realizó un estudio de prevalencia a través de un muestreo aleatorio sistemático.

En el componente cualitativo, la información se recogió a través de grupos focales y entrevistas. Los resultados demostraron que tanto en el conocimiento (81.9%) como en el uso de los métodos de planificación familiar (MPF) sobresalió el condón. Existen vacíos de conocimiento sobre las maneras de infección y de las formas de evitar el contagio de las ETS/VIHSIDA. A pesar de los esfuerzos por informar a los jóvenes acerca de los MPF y de los medios para prevenir las ETS/VIH-SIDA, estos continúan desinformados y asumen

conductas de riesgo. Concluyendo que el estudio mostró que los jóvenes tienen conocimientos inapropiados acerca de los MPF y esto se refleja en sus prácticas y sugiere que es necesario reforzar los procesos de educación y comunicación con los (as) jóvenes y sus padres.

Este estudio se sustenta en la exploración de los conocimientos y actitudes de los adolescentes ante los métodos de Planificación Familiar, dando como resultado un deficiente conocimiento, por lo que es importante indagar sobre la opinión que tienen sobre la planificación.

JUSTIFICACION

Los adolescentes representan el 24.3% de la población de Nicaragua, datos suministrados por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), indica que de cada 100 mujeres embarazadas un 28% de ellas son Adolescentes. Siendo responsables además de un tercio de las muertes materna.

La epidemia mundial de VIH –SIDA está atacando a la población joven con más frecuencia que a los adultos. Nicaragua no está fuera de esa realidad, 3 de cada 10 nuevos casos se están reportando en jóvenes y ahora la proporción es 1 a 1, por cada hombre joven afectado existe una mujer joven afectada.

Proporcionar servicios de salud sexual y reproductiva a los niños y niñas que están en los primeros años de la adolescencia e impartirles conocimientos sobre este tema, es imprescindible por varios motivos. El primero es que muchos están empezando a tener relaciones sexuales en la adolescencia temprana.

El otro factor está representado por las fuentes de información y el nivel de la calidad de los datos que los adolescentes manejan, ya que en su mayoría carecen de una base científica, basándose en muchos casos únicamente en “experiencias personales”, provocando presencia de embarazos precoces, aumento en la morbi-mortalidad materna y perinatal, así como un alto índice de enfermedades de transmisión sexual, además del impacto en sus condiciones socioeconómicas.

Los estudios reportados por UNICEF, OMS Y FNUAP, han señalado la importancia que tiene la educación sexual en la Adolescencia y el buen uso y manejo de los métodos anticonceptivos. Contando para ello con sistemas de salud, Organizaciones Juveniles participación del estado y familiar de una forma activa.

Tomando en cuenta lo anteriormente expresado se plantea la necesidad de realizar un estudio para tener una visión de los conocimientos, actitudes y prácticas de los adolescentes acerca de la anticoncepción para desarrollar estrategias de información, educación, promoción sobre anticoncepción segura, lo cual permitirá que no solo haya un buen conocimiento de métodos anticonceptivos sino también lograr el adecuado uso de estos, logrando disminuir y controlar el embarazo y la presencia de ITS en los adolescentes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos años una de cada 4 mujeres adolescentes, entre 15 a 19 años de edad, ya son madres o están embarazadas, representando el 28% del total de embarazos, en el área urbana la Tasa Global de Fecundidad (TGF) ,es de 2.6 hijos por mujer y en el área rural de 3.5.

Datos estadísticos indican que Nicaragua es el país de Centroamérica después de Guatemala con la mayor cantidad de madres adolescentes en los últimos cinco años, con 106 madres adolescentes por cada mil adolescentes.

La epidemia mundial de VIH –SIDA presenta una prevalencia mayor al 30% en personas jóvenes menores de 25 años, los nuevos casos de Infectados por VIH tienen una clara prevalencia en jóvenes y ahora la proporción es 1 a 1, por cada hombre joven afectado existe una mujer joven afectada.

Tomando en cuenta todo lo anteriormente expuesto, consideramos importante este estudio en estudiantes adolescentes, realizándoles una encuesta para evaluar y describir el conocimiento, actitudes y prácticas de métodos anticonceptivos.

De manera que nos planteamos para el presente estudio, la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son los Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre Métodos Anticonceptivos en los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre Métodos Anticonceptivos en los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1) Describir las características generales de los y las Adolescentes del presente estudio
- 2) Conocer el nivel de Conocimiento que tienen los Adolescentes acerca de los Métodos Anticonceptivos
- 3) Identificar la Fuente de información más frecuente acerca de los Métodos Anticonceptivos
- 4) Identificar el nivel de actitud que tienen los Adolescentes frente a los Métodos Anticonceptivos
- 5) Determinar el nivel de Práctica de los Adolescentes sobre los Métodos Anticonceptivos

MARCO TEÓRICO

El Análisis CAP (Conocimientos, Actitudes y Prácticas)

¿Qué es y para qué sirve el análisis CAP?

El análisis CAP es una herramienta de análisis de comportamientos. Se utiliza tanto en la fase de diagnóstico como en la fase de planificación de un proyecto. La utilidad del CAP radica en que, si se quiere promover el desarrollo en las comunidades, el enfoque en **comportamientos** debe ser un eje que acompañe todo el proceso, tanto en el diagnóstico como en la planificación, permite analizar comportamientos que se “deberían” saber, actitudes que se “deberían” pensar y prácticas que se “deberían” realizar, permite entender porque la gente hace lo que hace, permite evaluar la factibilidad del cambio de un comportamiento y si el comportamiento deseado ya existe sirve para mejorar el impacto de las medidas del proyecto, p.ej. en el desarrollo productivo, el desarrollo de capacidades, el desarrollo organizacional de la comunidad y debe ser por ello un eje transversal del proyecto.

¿QUÉ ES UN CONOCIMIENTO?

Es aquella información o saber que una persona posee y que es necesaria para llevar a cabo una actividad.

¿QUÉ ES UNA ACTITUD?

Una actitud es un gesto exterior manifiesto que indica su preferencia y entrega a alguna actividad observable. La actitud es una predisposición a actuar, el comportamiento es manifiesto. 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.

¿QUÉ ES UN COMPORTAMIENTO?

Es una acción explícita y observable que una persona ejecuta en circunstancias específicas.

Un comportamiento ideal es una acción explícita y observable que se considera necesario realizar a fin de reducir o ayudar a resolver un problema específico.

¿QUÉ ES UNA PRÁCTICA?

Las prácticas son una serie de comportamientos relacionados.

Adaptación de nuevos comportamientos:

La adaptación de un nuevo comportamiento pasa por distintas fases (ver abajo). Además y obviamente no todos se comportan igual. Se puede distinguir los siguientes grupos:

1. **Innovadores** (~10%): buscan la innovación, riesgosos
2. **Adaptadores tempranos** (~20%): observan y siguen rápidamente
3. **Seguidores** (~25%): observan y siguen cuidadosamente
4. **Adaptadores tardíos** (~30%): observan y evalúan, poco riesgoso
5. **Revergentes**: vuelven a comportamientos anteriores (costo/ beneficio)
6. **No-adaptadores** (~15%): nunca cambian su comportamiento

Paso 1. El análisis CAP

I. Identificación de actores y sus problemas

Cada grupo social puede y debe ser analizado a más profundidad para especificar la campaña a realizar. Eso se refiere tanto a los grupos metas como posibles aliados y multiplicadores en cuanto a su disponibilidad y posibilidad de cambiar comportamientos.

Análisis de comportamientos actuales

El análisis de los comportamientos vigentes y/o falta de un comportamiento apropiado sirve para hacer avanzar el proceso de planificación y el desarrollo de la estrategia del proyecto.

¿Qué comportamientos relacionados con el problema practican actualmente los participantes?

¿Cuáles son parecidos a comportamientos ideales“?

¿Cuáles compiten con los Comportamientos deseados?

¿Cuáles son las barreras a esos comportamientos deseados?

¿A qué se debe la falta de un comportamiento? (conocimientos, actitudes o prácticas)

¿Cuáles serían posibles factores que promueven el desempeño de los comportamientos deseados?

¿Cuáles serían posibles consecuencias de los comportamientos deseados y los dispares?

II. Caracterización de actores y análisis de comportamientos

Estudio de los factores de comportamiento

Comprender los factores que podrían facilitar o dificultar el desarrollo del comportamiento que queremos que la gente adopte.

Factores externos: incluye el contexto que puede influir en que la gente adopte o no ese comportamiento. Ej. políticas públicas de apoyo.

Factores internos: conocimientos, creencias, habilidades, normas sociales y percepciones de los individuos acerca de lo que los otros quieren que haga.

Paso 2. Evaluación de comportamientos

Esa evaluación puede ser necesaria para poder entender mejor y porque la gente hace lo que hace a un nivel más específico. Allí entran todos los factores que influyen en un comportamiento mencionados anteriormente: factores internos y externos, social, culturales, políticos, ecológicos, costos y beneficios.

La tabla es solo una forma como se podría analizar estos factores. Lo que importa es la conclusión del análisis para el proyecto. También podría ser útil un análisis FODA de los diferentes actores

Clasificando cada comportamiento a través de las preguntas de la lista ayuda a observar cuales de los comportamientos tienen la repercusión mayor posible sobre el problema y al mismo tiempo son viables porque puede muy bien ser que muchos comportamientos tengan gran importancia con respecto al problema de desarrollo y sin embargo no sean factibles o apropiados y por ello no son prioritarios.

Algunas recomendaciones:

Trata de entender porque la gente hace lo que hace. ¿Que dirige su comportamiento ¿Qué barreras podría haber? Define bien y con ellos lo que debe hacer la gente (participación).

Construir sobre lo que la gente ya hace correctamente. Sea específico, claro y simple en los

mensajes. Sea orientado a la realidad de la gente, use su lenguaje. Busca la acción y menos las palabras “*Charlas no sirven*”.

Para reducir la complejidad es importante limitar los comportamientos prioritarios a tres o cuatro.

Paso 3. Definir objetivos (CAP reverso)

Luego de haber analizado los problemas y los actores principales en el análisis CAP y haber priorizado y determinado los comportamientos factibles que deseamos alcanzar en nuestra estrategia de comunicación, estamos en condiciones de formular los objetivos de comunicación. El objetivo debe definir el cambio que se espera que el público objetivo experimente o practique respecto a su problema. Dicho cambio puede expresarse a nivel de prácticas, incremento de conocimientos o en el desarrollo de actitudes favorables al cambio, como resultado de la estrategia de comunicación.

En la actualidad, el embarazo en la adolescencia es una problemática de salud pública que ha permitido valorar la importancia de la anticoncepción, tanto sus ventajas y desventajas, que se relacionan con los peligros médicos y sociales del embarazo, concluyéndose que si se acompaña de una adecuada educación sexual, las ventajas de la anticoncepción son mayores a sus riesgos; por lo tanto, deben considerarse como un pilar fundamental en la lucha por la reducción de la incidencia del embarazo en las adolescentes y sus negativas consecuencias.

La preocupación por la Salud de los Adolescentes ha ido ganando en interés y adeptos en el mundo entero en los últimos tiempos. En 1985 nace la Organización Cumbre del Mundo de lo que fuera la "Juventud Internacional Europea".¹ en 1988 se producen en la OMS intensas discusiones técnicas sobre la juventud y posteriormente se desarrolla país tras país la toma de conciencia en relación con los problemas relacionados con los jóvenes.¹

Es aceptado hoy que existe una asociación entre subdesarrollo y embarazos en adolescentes. En las sociedades que dependen de producciones agrícolas el embarazo en edades tempranas no constituye un conflicto para la sociedad; sin embargo en sociedades

industrializadas con un predominio de población urbana ocurre todo lo contrario, con graves secuelas sociales.

Es por tanto comprensible la importancia de este problema en nuestros países de América Latina, donde se ha producido un violento cambio en la composición y ubicación de nuestra población, que de una mayoría rural y dedicada a la agricultura ha pasado en un período corto de tiempo a ser mayoritariamente urbana y dedicada a la producción y los servicios.

Los Estados Unidos de Norteamérica presentan una situación específica que los hace similares a nosotros y los diferencia de los países desarrollados de Europa Occidental. En estudios allí realizados han encontrado un aumento dramático del porcentaje de mujeres adolescentes entre 15 y 17 años, que mantienen vida sexual activa.^{2,3}

Alrededor del 60 % de los estudiantes de la enseñanza media superior han tenido relaciones sexuales. También existe disminución en el promedio de la edad de las primeras relaciones sexuales (PRS). Si tomamos en cuenta que más del 50 % de los embarazos en adolescentes ocurren en los primeros 6 meses posteriores a su primera relación sexual podremos comprender cuán importante es el conocimiento de la anticoncepción en este grupo poblacional.

Otros trabajos plantean que el 43,2 % de los varones entiende la anticoncepción como una responsabilidad de la mujer; 63,4 % piensa que el aborto es una alternativa a la solución del problema del embarazo en su pareja y el 29,6 % se pronuncian contrarios al control de la natalidad por diversas causas. Por último, 3 de 5 adolescentes varones se creen con el derecho de exigir relaciones sexuales a su compañera y considera 1 de cada 5 como una prueba de masculinidad la producción de un embarazo. Como evidencian estos datos, el abordaje de la anticoncepción en el adolescente se torna complejo y va ligado indisolublemente a una bien orientada educación sexual.

ADOLESCENCIA

La adolescencia es una etapa del ciclo de vida. Aunque en ella generalmente ocurre la pubertad, con sus aspectos únicos de crecimiento y maduración tanto biológica como fisiológica, estos se conjugan con desarrollos psicológicos y sociales que trascienden a los

hechos biológicos. Así, la adolescencia no puede ni debe considerarse como un hecho biológico.

Durante este proceso, el adolescente apropia y recrea las características y atributos de su historia de vida, de su gente, se individualiza e independiza, transforma el entorno y el mundo que habita, a la vez que también es transformado por éste. Durante este transcurso, cada persona fortalece actitudes y valores que orientan su comprensión del entorno, relaciones interpersonales y decisiones, siendo la sexualidad un componente importante de lo que somos como individuos. Cada etapa del desarrollo implica cambios específicos; no obstante, cada persona es diferente y podría alcanzar estas etapas antes o después que sus pares. Esto puede transformarse en un motivo importante de preocupación para el/la adolescente o sus padres.

La Organización Mundial de la Salud define como ADOLESCENTES a las personas que tienen entre 10 y 19 años y diferencia una ADOLESCENCIA TEMPRANA (cuando se tiene entre 10 y 14 años) y una ADOLESCENCIA TARDÍA (de 15 a 19 años). Algunos difieren hasta tres etapas: la Adolescencia temprana (10-12), Adolescencia media (13-15) y Adolescencia tardía (16-19).

En la primera etapa de la adolescencia ocurre la PUBERTAD, que es la etapa cuando pasamos por diversos cambios acelerados en el cuerpo. Pero esos cambios no se produjeron de un día para otro, sino lentamente, y por eso algunos estudiosos del tema plantean que antes, entre los 8 y los 10 años, se da una etapa previa que ellos llaman PRE-ADOLESCENCIA o PRE-PUBERTAD.

Sin embargo, la adolescencia no son solo cambios físicos y no termina cuando terminan de darse esos cambios físicos de la pubertad, sino cuando se alcanza la madurez, en todo sentido. Es decir, cuando ya son capaces de asumir responsabilidades. Cuando son capaces de vivir y mantenerse por cuenta propia, cuando *han adquirido "independencia económica"*.

PUBERTAD

La pubertad es el proceso biológico caracterizado por crecimiento rápido de los tejidos, cambios en la composición del cuerpo, aparición de los caracteres sexuales secundarios y adquisición de la capacidad reproductiva. Estos cambios biológicos se acompañan de cambios psicoemocionales y desarrollo de las capacidades cognitivas y sociales

Características del desarrollo puberal

No siempre es fácil determinar las alteraciones del desarrollo y la maduración puesto que existe una gran variabilidad en el inicio, duración y culminación de estos eventos, dependiendo del sexo, raza y otras características de herencia familiar. Los eventos puberales siguen un ritmo o secuencia predeterminada dentro de esa variabilidad.

El trayecto madurativo no es recorrido por los jóvenes con la misma rapidez ya que existe una variación normal en la velocidad con que el ser humano madura. Surge de este concepto la presencia de aquellos que recorren el trayecto madurativo en forma lenta, mientras que otros que lo hacen en forma rápida. No todos terminarán su crecimiento con el mismo peso o estatura, pero sí culminarán su maduración con la adquisición de todas las funciones y características de la adultez.

Eventos puberales masculinos

El primer signo puberal es el aumento del tamaño testicular a una edad promedio de 11,6 años. Se considera puberal un tamaño testicular igual o mayor de 2,5 cm de diámetro mayor, lo que corresponde a 4 ml (medidos con el orquidómetro de Prader). Poco después del crecimiento testicular se inicia el crecimiento del pene y vello púbico (VP). El desarrollo del pene y testículos toma 3,5 años.

El vello axilar aparece en promedio dos años después del pubiano. El desarrollo del vello facial ocurre en etapas tardías, habitualmente después de los cambios en la voz.

En el inicio puberal el volumen testicular está entre 2,5 ml a 4ml, y en el adulto el volumen es de 15 a 25 ml.

La longitud del pene en etapa prepuberal es de alrededor de 3 a 4 cm., mientras que en el adulto llega a un promedio de 12 a 15 cm. Es necesario realizar esta evaluación y explicarla, ya que permite disminuir la ansiedad relacionada con el tamaño de los genitales.

Eventos puberales femeninos

El primer signo de desarrollo puberal es la aparición del botón mamario (telarquía), seguido muy de cerca por el crecimiento del vello púbico (pubarquia). La edad promedio de aparición mamaria es de 10,5 años, completando su desarrollo en 4 años, con un rango entre los 8 y 13 años.

La primera menstruación (menarquía) se presenta 1,5 a 2 años después de la telarquía. Durante los dos años posteriores a la menarquía, alrededor de un 50% de los ciclos son anovulatorios, lo que explica la irregularidad de las menstruaciones durante este período.

Características del ciclo menstrual en las adolescentes

Muchas adolescentes tienen periodos menstruales muy irregulares durante sus primeros años de menstruación; entre otras causas debido a que las adolescentes no siempre ovulan cada mes después de que empiezan la menstruación; pero dado que no hay forma de que una adolescente pueda determinar con seguridad en cuáles meses está ovulando, las adolescentes deberían considerar que pueden embarazarse en cualquier momento.

Con el tiempo, los periodos se presentan con regularidad; sin embargo, se considera normal que falte o se retrase un periodo una vez al año, particularmente en momentos de estrés.

Embarazo en la Adolescencia

En todo el mundo, las complicaciones del embarazo son una de las principales causas de muerte de las jóvenes con menos de 20 años. Ellas tienen dos veces más riesgo de morir durante el embarazo, parto y puerperio, que las mujeres con 20 años o más. Y esta

posibilidad aumenta hasta cinco veces cuando se comparan embarazadas menores de 15 años con las mayores de 20 (Treffers 2001).

Múltiples factores contribuyen al embarazo en la adolescencia. Uno de ellos es la pobreza, como causa y como efecto. Esta lleva al embarazo como una forma de conseguir cierta seguridad económica y personal, a la vez que se acompaña de una menor escolarización y por consiguiente de menos información y educación sobre la sexualidad, la reproducción; creencias erróneas sobre los métodos anticonceptivos y una mayor dificultad para acceder a ellos, son algunas de las consecuencias.

Los aspectos de género son elementos clave. Se advierte una baja valoración de las adolescentes mujeres, quienes a través del embarazo consiguen mejorar su posición social al adquirir así el papel de esposas o madres. Las adolescentes se encuentran en desventaja a la hora de negociar con sus compañeros sexuales el uso de métodos anticonceptivos, puesto que la sociedad les asigna papeles de sumisión y las invalida para tomar decisiones.

La mortalidad infantil es más elevada cuando las madres son adolescentes, aunque esto se asocia también con los grupos socioeconómicos más desfavorecidos y al descuido alimentario durante el embarazo. Los hijos o hijas de estas madres suelen tener bajo peso y talla al nacer, y en algunas ocasiones pueden tener menor coeficiente intelectual que el normal.

Aunque la mayoría de las adolescentes tiene cierta información sobre los métodos anticonceptivos, mucha de esta información todavía se encuentra influenciada por mitos y tabúes; además de las creencias culturales influyen de manera decisiva en su uso. Entre las creencias más importantes están el alto valor de la maternidad, la dificultad de las mujeres para negociar el uso del condón, la resistencia de los hombres a aceptar la iniciativa de las mujeres, la dificultad de las mujeres para acudir a la unidad de salud, donde se puedan sentir en confianza, con privacidad y confidencialidad.

PLANIFICACION FAMILIAR

Introducción

El cuidado de la salud sexual y reproductiva, incluyendo la información y los servicios de planificación familiar, se reconoce no sólo como una intervención clave para mejorar la salud de las mujeres y las y los niños, sino también como un derecho humano. Todas las personas tienen derecho al acceso, la elección y los beneficios del avance científico en la selección de métodos de planificación familiar.

En Nicaragua la tasa global de fecundidad ha venido en descenso, este descenso ha sido heterogéneo en la zona rural y entre las mujeres más desprotegidas es de 4.4 a diferencia de las mujeres en la zona urbana que es de 2.6, las mujeres en edad fértil representan el 49% del total de mujeres del país y dentro de éstas, el grupo de población con mayor porcentaje es el de 10-19 años con 54.5%.

El control de la planificación familiar promueve la disponibilidad de los distintos métodos anticonceptivos de manera tal que las personas puedan seleccionar el más apropiado a sus necesidades y circunstancias, por lo que la OMS desde 1999 promueve guías para la planificación familiar basadas en la evidencia, orientadas a determinar los “Criterios de elegibilidad médica para el uso de anticonceptivos” y “Selección de prácticas recomendadas para el uso de los mismos”. Los que se han tomado en consideración para la elaboración del presente protocolo de atención.

LA ANTICONCEPCIÓN

La anticoncepción (contracepción) impide la fecundación del óvulo por el espermatozoide, como consecuencia del acto sexual, mediante el uso de medicamentos, dispositivos o métodos naturales que bloquean o alteran uno o más de los procesos de la reproducción de tal forma que el coito pueda realizarse sin fecundación. La efectividad de los métodos, cuando se usa en forma correcta y consistente, aseguran la probabilidad mínima de embarazos.

Definición del evento

La planificación familiar es una estrategia que permite a las parejas decidir por sí mismas tener o no, el número de hijo(as) que desean, así como 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 sostenible.

FACTORES DE RIESGO REPRODUCTIVO

En todas las atenciones a la mujer se deben buscar antecedentes de embarazos de riesgo o mujeres que tienen factores de riesgo reproductivo a fin de orientarlas a la utilización de métodos anticonceptivos y prevenir la aparición de embarazos no deseados, de riesgo e incidir en la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

CONSEJERÍA

La consejería es un proceso de análisis y comunicación de persona a persona, entre el prestador de servicios y el/la usuario/a potencial y el/la usuario/a activo.

Este proceso incluye motivación, información y promoción. Se debe de dirigir a resolver las necesidades individuales del usuario/a, aclarar dudas y cumplir con los seis pasos de la técnica de consejería de ACCEDA:

- a) **Atender** a la persona usuaria.
- b) **Conversar**, consultar y evaluar los conocimientos y necesidades de la usuaria.
- c) **Comunicar** a la persona usuaria cuáles son los métodos anticonceptivos disponibles.
- d) **Encaminar** a la usuaria hacia la elección del método más apropiado.
- e) **Describir** cómo utilizar el método elegido.
- f) **Acordar** con la usuaria le fecha de Visita de seguimiento.

Criterios de elegibilidad médica recomendada por la OMS

Los criterios de elegibilidad recomendados por la OMS proporcionan un adecuado margen de seguridad para proteger a las mujeres de los potenciales efectos adversos de los anticonceptivos. Ha sido elaborada para proporcionar una guía basada en evidencia, se han clasificado en categorías y recomendamos las dos primeras para la decisión clínica de utilizar un método.

Sistema simplificado en 2 categorías

Para tomar decisiones clínicas, el sistema de clasificación de 4 categorías puede simplificarse a un sistema de 2 categorías, como se muestra en el cuadro siguiente.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD MÉDICA:

Categoría 1: Usar el método en cualquier circunstancia.

No hay riesgo con el uso de este método:

- La mayoría de las mujeres pueden utilizar los métodos naturales en forma segura y eficaz hasta donde la seguridad del método lo permite.
- Parejas que desean evitar embarazos, están de acuerdo y motivadas a usar el método.
- Que no tienen inconveniente en tener un embarazo en caso de falla del método.
- Parejas que asumen el riesgo sabiendo que este método es menos efectivo que otros. Parejas que tienen creencias religiosas o morales que no les permiten usar otros métodos.
- No existen condiciones clínicas que restrinjan el uso de estos métodos.
- Parejas que desean espaciar sus embarazos.
- Parejas que están de acuerdo en no tener relaciones sin protección en los días fértiles de cada ciclo.
- Parejas que están dispuestas a llevar el control de ciclo menstrual de la mujer.

Categoría 2: Generalmente usar el método

Puede usarse el método aunque no debe considerarse de primera elección:

- Existen condiciones que pueden afectar la función ovárica o la regularidad del ciclo menstrual, alterar los signos y síntomas de fertilidad y las características del moco Endo cervical, que pueden hacer a estos métodos difíciles de aprender, interpretar y usar.

Estas condiciones son:

- Lactancia materna, (los únicos métodos naturales recomendados en estos casos son el retiro o coitus interruptus y el Método de Lactancia Amenorrea (MELA).
- En el puerperio sin lactancia, en el post aborto, edad (alrededor de la menarquia y en la pre menopausia), accidente cerebro vascular, ciclos menstruales irregulares, ciclos menstruales con sangrado abundante y prolongado, sangrado trans-vaginal de causa desconocida, hemorragia uterina anormal por EPI, neoplasia Intraepitelial cervical (NIC), cáncer cervical.
- Mujeres con enfermedades que alteran el moco cervical, tales como infecciones Cervico vaginales, flujos anormales que hacen que se confunda con el moco cervical (para el método de Billings o moco cervical solamente), ectropión cervical.
- EPI actual o en los últimos 3 meses, cirrosis severa (descompensada), tumores hepáticos (benignos o malignos), hipertiroidismo, hipotiroidismo, uso de medicamentos: drogas que alteran el estado de ánimo, litio, antidepresivos tricíclicos, ansiolíticos.
- En mujeres con ciertas enfermedades crónicas, en las que las elevadas tasas de fracaso de estos métodos puede exponer a la usuaria a un riesgo inaceptable de embarazo no deseado.

Categoría 3: Usualmente no se recomienda usar el método a menos que no haya otros métodos disponibles o aceptables.

El método no es usualmente recomendado. Infórmele a la usuaria que estas condiciones requieren valoración cuidadosa, deben explicarse los riesgos potenciales que podrían ser mayores que los beneficios.

- Mujeres con alto riesgo reproductivo y obstétrico que pone en peligro su vida.
- Mujeres con dificultad para reconocer las características de su ciclo menstrual, cambios en el moco cervical, en la temperatura basal y otros síntomas y signos asociados al ciclo menstrual.

Categoría 4: No debe usarse el método.

Este método no debe ser usado en los siguientes casos:

- Mujeres con pareja que no está de acuerdo con el método o no desea colaborar.

- Mujeres con ciclos menstruales irregulares en cuanto a duración y características.
- Mujeres que están en incapacidad para cumplir o que no estén en situación de practicar la abstinencia sexual cuando el método lo requiera.
- A mujeres con más de un compañero sexual.
- A mujeres con necesidad de protección altamente eficaz contra el embarazo.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS FEMENINOS:

1.1. Métodos temporales

a.- Naturales

Abstinencia

Es una práctica sexual que los hombres o las mujeres o la pareja adoptan voluntariamente cuando no desean descendencia y que se logra evitando totalmente tener relaciones sexuales.

Este método debe ser compartido con la pareja, pero se trata de una decisión individual que responde al derecho propio de reproducirse de cada uno de ellos y depende de su motivación y disciplina para practicarla durante el tiempo requerido.

La pareja evita el acto sexual en forma voluntaria. Puede ser decidido en cualquier momento y por el tiempo que lo deseen, puede ser de forma permanente o en forma periódica durante el período fértil de la mujer.

Abstinencia periódica

Definición: La Organización Mundial de la Salud los ha definido como: “Métodos para planificar o evitar embarazos por medio de la observación de los signos y síntomas naturales de las fases fértil e infértil del ciclo menstrual de la mujer; existe abstinencia del acto sexual durante la fase fértil del ciclo menstrual y el acto sexual, cuando ocurre, es completo.”

La abstinencia periódica también puede ser utilizada en combinación con otros métodos anticonceptivos, de manera que la pareja utiliza métodos de barrera solamente durante la fase fértil del ciclo.

Tipos de Métodos de abstinencia periódica

1. Método del ritmo o calendario o método de Ogino-Knaus.
2. Método de temperatura corporal basal o método térmico.
3. Método de moco cervical, método de la ovulación o de Billings.
4. Método sintotérmico.
5. Método del collar o días fijos.

Efectividad anticonceptiva

Son moderadamente efectivos utilizados de manera correcta.

Teórica: 90%.

1.- Método del ritmo, de los días estándar, del calendario o de Ogino- Knaus

Este método se basa en la abstinencia durante el período fértil, de la mujer, período que debe calcularse en dependencia de la duración de sus ciclos menstruales

Las ventajas son las que se mencionan en general al uso de los métodos anticonceptivos, mejorando además mejora el nivel de conocimientos sobre el ciclo menstrual en la pareja. Las desventajas se basan sobre todo en la capacidad del manejo de la información así como debe de manejarse adecuadamente el conocimiento de los ciclos irregulares ya que el nivel de seguridad disminuye en estos casos.

Efectividad: de un 53 % hasta un 85.6 %

2.- Método de temperatura corporal, basal o método térmico

Este método identifica el período de ovulación por medio del registro diario de la temperatura basal durante un ciclo menstrual. La elevación de la temperatura indica que la mujer ha ovulado.

La temperatura corporal basal es la temperatura más baja que alcanza el organismo en una persona, cuya medición se debe efectuar todas las mañanas apenas se despierte y antes de que realice alguna actividad, por la misma vía, después de al menos 6 horas de sueño continuo. La medición puede ser oral, rectal o vaginal, pero la más exacta es la **Base fisiológica:**

- Incremento de la temperatura del cuerpo que se produce poco después de la ovulación relacionada con la secreción de progesterona por el cuerpo lúteo del ovario.
- El incremento es de 2 a 5 décimas de grados centígrados o 0.4 a 1.0 grados F° y permanece en ese nivel alto hasta antes de la siguiente menstruación.
- El período infértil post ovulatorio comienza tres días después de observarse el alza de temperatura rectal.

Efectividad:

- Hay pocos estudios sobre su efectividad; los que existen informan alcanza del 77.9 al 99%.

3.- Método del moco cervical, de la ovulación o de Billings

Este método reconoce los cambios cíclicos del moco cervical en los períodos pre y post ovulatorios por medio de la observación e interpretación de las sensaciones vaginales y vulvares que producen los cambios en la calidad y cantidad del moco cervical en respuesta a los niveles cambiantes de los estrógenos.

Base fisiológica:

- En el ciclo de 28 días, durante los días inmediatamente posteriores a la menstruación, bajo la influencia del estrógeno, el moco cervical forma un tapón grueso, pegajoso y viscoso que ocluye el cuello del útero, hay sensación de resequedad en la vagina y hace que la vulva se note seca al tacto (Período pre ovulatorio).
- Durante el tiempo de ovulación, por efecto del incremento de los estrógenos, aparece primero cierta cantidad de moco en la vagina, al principio es escaso y provoca sensación de humedad en la vagina, es grueso, no elástico, pero al continuar aumentando los niveles de estrógeno antes y durante la ovulación el moco cambia a una sustancia más líquida, muy lubricante, resbalosa, el moco es claro, transparente, delgado, blanco y elástico, puede estirarse hasta 6 ó 10cm. sin romperse, fluye muy abundantemente y hace que la vagina y la vulva se note húmeda al tacto (Período ovulatorio).

En los días inmediatamente posteriores a la ovulación, bajo la influencia de la progesterona, el moco cervical forma un tapón grueso y viscoso que ocluye el cuello del útero, se vuelve escaso, pegajoso y hace que la vulva se note seca al tacto (Período post ovulatorio).

Al utilizar este método hay que asumir que se puede haber ovulado desde dos días antes de la aparición de estos signos y que se continúan siendo fértiles hasta 4 días después del último día de moco abundante y resbaloso.

Efectividad:

Se encuentra en la literatura una enorme variedad en las tasas de efectividad.

Se informa una efectividad del 84.6% cuando hay seguimiento de las indicaciones; del 94% por aplicación incorrecta de las instrucciones y por falla del método.

4.- Método Sintotérmico

Este método combina varias técnicas de abstinencia periódica determinando la fase fértil de la mujer mediante la observación de una combinación de señales.

En principio es una combinación del método del moco cervical, el método del calendario y la temperatura corporal basal.

También puede utilizar los datos de ciclos anteriores y secundariamente síntomas tales como el dolor abdominal bajo inter menstrual, manchas de sangrado inter menstrual, sensibilidad en los senos y cambios de humor.

El uso de varias técnicas permite tener más precisión para identificar el período fértil de ciclo menstrual.

Efectividad:

- Diferentes estudios muestran un amplio rango desde 81.7% hasta 92.8%.

5.- Método del collar del ciclo o días fijos

El método del Collar del Ciclo o Días fijos permite a las parejas espaciar sus embarazos en forma natural a través de conocer el ciclo menstrual, su período fértil y tener abstinencia periódica de relaciones sexuales o evitar las relaciones desprotegidas durante esos días.

Eficacia: La eficacia del método en varias investigaciones reportadas fue del 95%.

Base fisiológica

El collar del ciclo es un collar de perlas de colores que representa el ciclo menstrual de la mujer, le ayuda a saber en qué días del ciclo hay mayor riesgo de embarazo si tiene relaciones sin protección. Está formado por 32 perlas de colores, un anillo de hule negro y una flecha. Cada perla del collar representa un día del ciclo.

La perla roja representa el primer día de menstruación o sangrado. Luego vienen 6 perlas cafés que representan días infértiles de la mujer (días 2 al 7). Luego 12 perlas blancas que representan los días fértiles de la mujer (días 8 al 19). Luego hay 13 perlas cafés, que representan días infértiles (día 20 al final del ciclo).

Funciona bien para mujeres con ciclos entre 26 y 32 días de duración.

El marcador de hule negro se utiliza para señalar el día del ciclo menstrual en que se encuentra. La flecha indica hacia dónde debe empezar a mover el hule negro y el conteo de los días del ciclo.

Además del collar, debe utilizarse un calendario para anotación del primer día desangrado de cada ciclo menstrual y una tarjeta con instrucciones para el mejor uso del método.

b.- De Barrera

Actualmente el Ministerio de Salud no proporciona a las usuarias ningún método de planificación familiar de barrera.

Preservativo femenino

Definición: Es un método anticonceptivo temporal. Tiene la función de cubrir la vagina durante la relación sexual, recoge el semen y no permite que el esperma del hombre entre en contacto con la vagina y el cuello del útero de la mujer.

Tipos: De Látex, protege contra Infecciones de Transmisión Sexual, incluyendo VIH/SIDA

Presentación: Sobres individuales conteniendo una unidad enrollada.

Mecanismo de acción: Impide de manera mecánica y química que los espermatozoides del hombre entren en contacto con la vagina, el cuello del útero y el óvulo de la mujer.

Efectividad anticonceptiva: Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 70 al 90%, usado en forma correcta tiene una tasa de fallo de 14 embarazos por 100 mujeres en el primer año de uso, (una de cada 8 mujeres).

Lineamientos generales y específicos para su prescripción:

- Brindar consejería adecuada que permita a la usuaria el uso correcto del condón, utilizando en la medida de las posibilidades ilustraciones gráficas.
- Brindar a la usuaria un plegable que contenga las instrucciones sobre el uso correcto.

- Recomendar la combinación con espermicidas.
- Recomendar evitar lubricantes no acuosos como aceites, crema, vaselina, etc.
- Orientar sobre su efectividad, en la prevención de ITS/SIDA.

Forma de administración:

- Utilizar un condón nuevo para cada relación sexual.
- Abrir cuidadosamente el sobre para evitar romper el condón.
- No utilizar un condón dañado o vencido.
- Después de la eyaculación retirarlo suavemente de la vagina y así prevenir que se derrame el semen.
- Desechar el condón y botarlo en un lugar apropiado.

c.- Mecánicos

Dispositivo intrauterino (DIU)

Definición: El dispositivo intrauterino (DIU) es un método anticonceptivo reversible, seguro y efectivo, hechos de metal y plástico que introducidos en la cavidad uterina impiden el embarazo mediante una combinación de mecanismos.

Duración y Efectividad anticonceptiva

Este método brinda del 97 al 98% de protección anticonceptiva. La T Cu 380^a es altamente efectiva por un mínimo de 10 años. La tasa de fallo es de 1 en 125 a 170 mujeres en el primer año de uso.

Mecanismo de Acción del DIU T de Cu:

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

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

Criterios de elegibilidad médica:

Categorías 1: Usar el método en cualquier circunstancia.

No hay riesgo con el uso de este método:

- Mujeres en edad fértil, mayores de 20 años de edad, con vida sexual activa que deseen un método anticonceptivo temporal de alta efectividad y seguridad, que han recibido consejería apropiada y han tomado una decisión informada y no hay contraindicaciones para su uso.
- Mujeres que han tenido hijos y desean utilizar este método.
- Mujeres que no deseen el uso de otros métodos anticonceptivos.
- Mujeres que tengan dificultad para obtener anticonceptivos con regularidad.
- Mujeres que están utilizando un método hormonal con estrógeno y se convierten en usuarias de alto riesgo o tengan contraindicación por el uso de anticonceptivos hormonales.
- Mujeres trans parto, trans cesárea y después de 4 semanas del nacimiento, estén lactando o no.
- Post aborto del primer trimestre
- Antecedente de embarazo ectópico.
- Valvulopatía cardíaca sin complicaciones.
- Cefaleas: no migrañosa leve o severa. Con migraña sin o con síntomas neurológicos focales (a cualquier edad).
- Epilepsia.
- Patrones de sangrado vaginal: Patrón irregular sin sangrado intenso.
- Endometriosis.
- Tumores ováricos benignos (incluyendo quistes).
- Dismenorrea severa.
- Ectropión cervical.
- Neoplasia cervical Intraepitelial (NIC).
- Enfermedad de la vesícula biliar: Sintomática, tratada con colecistectomía, tratada médicamente, actual. Asintomática.
- Historia de Colestasis: Relacionada con embarazo. Relacionada con uso anterior de anticonceptivos combinados.
- Hepatitis viral: Portador. Activa.

- Cirrosis: Leve, compensada. Severa, descompensada.
- Tumores del Hígado: benigno y maligno.

Categoría 2: Generalmente usar el método

Puede usarse el método aunque no debe considerarse de primera elección:

- Menor de 20 años.
- Nulíparas.
- Post parto o pos cesárea antes de 48 horas.
- Post aborto del segundo trimestre.
- Anormalidades anatómicas: que no distorsionan la cavidad uterina.
- Valvulopatía cardíaca complicada (hipertensión pulmonar, fibrilación auricular, historia de endocarditis bacteriana subaguda).
- Patrones de sangrado vaginal: sangrado intenso o prolongado. Historia de sangrado vaginal de causa desconocida.
- Endometriosis para el DIU T. Cu.
- Infecciones de Transmisión Sexual: Vaginitis sin cervicitis purulenta.
- Diabetes: Enfermedad no vascular no insulino e insulino dependiente. Nefropatía/Retinopatía/Neuropatía. Otra enfermedad vascular o diabetes demás de 20 años de duración. Para el DIU de LNG en todos los casos.

Categoría 3: Usualmente no se recomienda usar el método a menos que no haya otros métodos disponibles o aceptables.

- Enfermedad trofoblástica benigna.
- Cáncer ovárico.
- EPI actual o en los últimos tres meses.
- Infecciones de transmisión sexual: Riesgo aumentado de ITS (parejas múltiples o compañero que a su vez tiene parejas múltiples).
- Alto riesgo de VIH. VIH positivo. SIDA.
- Tuberculosis identificada como pélvica.

Categoría 4: No debe usarse el método.

- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Posparto o post cesárea, en caso de sepsis puerperal.
- Post aborto, inmediatamente después de un aborto séptico.
- Anormalidades anatómicas que distorsionan la cavidad uterina. Útero pequeño, histerometría menor de 6 cm.
- Sangrado vaginal de causa desconocida, antes del diagnóstico.
- Enfermedad trofoblástica gestacional maligna.
- Cáncer cervical, en espera de tratamiento.
- Cáncer de endometrio.
- Miomas uterinos con distorsión de la cavidad uterina.
- Enfermedad inflamatoria pélvica actual o en los últimos 3 meses.
- Infecciones de transmisión sexual actual o en los últimos 3 meses, incluyendo cervicitis purulenta.
- Tuberculosis identificada como pélvica.
- Alteraciones en la coagulación de la sangre.

Duración de la protección anticonceptiva

La duración de la efectividad anticonceptiva de los dispositivos tipo Tcu 380A es de ocho a diez años.

Al término del período de efectividad del DIU, si la usuaria requiere aún este tipo de método, debe reemplazarse por otro en forma inmediata a la remoción.

Efectos colaterales

Dolor post inserción:

Leve: es normal; indicar analgésicos.

Severo: puede indicar una complicación (por ejemplo, una perforación), consultar o referir.

Dismenorrea: Se trata con analgésicos tipo Indometacina; si persiste y es muy intensa se debe retirar el DIU.

Flujo vaginal: En forma de exudado se considera normal. Si es muy abundante o de características patológicas tomar cultivo y dar tratamiento según resultados.

Spotting o Sangrado leve posinserción:

- El spotting o sangrado leve Inter menstrual: es normal durante los 3 a 6 meses de uso del DIU de cobre, explicar a la paciente que no es lesivo y por lo general disminuye con el tiempo.

Sangrado menstrual más profuso o más prolongado en relación a los períodos normales:

- Si se vuelve más profuso y más prolongado, es común durante los primeros 3 a 6 meses de uso del DIU de cobre, por lo general disminuye con el tiempo.

Descartar patología ginecológica, tratarlo o derivar para tratamiento.

- Si el sangrado continúa siendo muy profuso o prolongado, si se presentan signos clínicos de anemia o si la mujer encuentra inaceptable el sangrado, retire el DIU y ayúdela a elegir otro método anticonceptivo.

Complicaciones

- Expulsión del DIU, parcial y/o completa.
- Pérdida u otro problema de los hilos del DIU.
- Perforación - Incrustación.
- Enfermedad inflamatoria pélvica.
- Embarazo.

Tratar la EPI utilizando antibióticos adecuados. Si la mujer desea seguir utilizando el DIU de cobre, no hay necesidad de extraerlo. Si no desea continuar con el DIU, extraerlo después de iniciado el tratamiento antibiótico. Ayudarle a escoger otro método anticonceptivo. Si la infección no mejora, retirar el DIU y continuar con los antibióticos.

Si los hilos del DIU no son visibles y no pueden ser recobradas sin riesgo:

- Utilizar estudio por Ultrasonido para determinar la localización del DIU, si este no se detecta pensar que probablemente ha habido expulsión. Si no se dispone de Ultrasonido o si se determina que el DIU está intra útero, explique los riesgos y asesore para que busque atención inmediata en caso de complicaciones.

Conducta a seguir con los efectos colaterales

- Las usuarias que presentan efectos colaterales deben recibir consejería adicional, poniendo énfasis en las características y consecuencias del uso del método.

- Los efectos colaterales deben ser tratados con prontitud. Si las molestias persisten más de 60 días, debe considerarse la posibilidad de reemplazar el DIU y si aún persistieran, se debe retirar y seleccionar otro método anticonceptivo.
- Una complicación inmediata que se puede presentar como accidente durante la inserción del DIU, es la perforación uterina; en este caso la usuaria debe ser referida de inmediato a una unidad hospitalaria para su atención.
- En mujeres con infección por el virus del VIH, se debe retirar el DIU por el riesgo de presentarse enfermedad pélvica inflamatoria.

d.- Hormonales

Métodos hormonales orales combinados.

Eficacia

Su eficacia es alrededor del 97 al 99% cuando se utilizan en forma correcta y consistente (0.1 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso, 1 en cada 1000).

Esta efectividad en la población general, puede disminuir hasta un 92% por el uso incorrecto de la toma de la píldora, la tasa de falla es de 0.2 a 1 embarazo en cada 100 mujeres por año de uso.

Métodos Hormonales

- Orales:

Procedimientos para la prescripción:

- Brindar Consejería.
- Determinar el estado de salud, detectar riesgo reproductivo y condiciones que requieren atención libre o seguimiento cercano o atención médica a fin de controlarlas y tratarlas.
- Realizar Historia clínica completo, toma de muestra para citología cérvico vaginal (Papanicolaou), toma de muestra para exámenes y Pruebas de laboratorio clínico.
- Instruir a la mujer sobre el uso adecuado de la tableta o grageas, tomarlas diariamente, sin interrupción y siempre a la misma hora.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD MÉDICA

Categoría 1: Usar el método en cualquier circunstancia.

- No hay riesgo con el uso de este método en los siguientes casos:
- Mujeres o parejas en cualquiera edad reproductiva, desde la menarquia hasta los 40 años de edad, que lo soliciten y quieren un método anticonceptivo muy efectivo.
- Mujeres jóvenes y adolescentes sexualmente activas.
- Nulíparas y multíparas.
- En el posparto o post cesárea, (en lactantes) iniciarlos después de 6 meses posteriores al nacimiento. (en mujeres no lactantes), iniciarlo después de los primeros veintiún días.
- Post aborto (primer, segundo trimestre, inmediatamente después de un aborto séptico).
- Historia de cirugía pélvica.
- Antecedente de embarazo ectópico.
- Antecedente de Cirugía menor sin inmovilización.
- Várices.
- Alteraciones neurológicas: Cefalea migrañosa (leve a severa), Epilepsia.
- Períodos menstruales irregulares con o sin sangrado abundante.
- Endometriosis no pélvica y pélvica.
- Portadora de hepatitis viral.
- Historia de Pre-eclampsia. Obesidad. Epilepsia (algunas drogas antiepilépticas disminuyen la efectividad de los Anticonceptivos Combinados).

Categoría 2: Generalmente usar el método

Puede usarse el método aunque no debe considerarse de primera elección en los siguientes casos:

Mujeres que tienen algunos problemas y pueden lograr cambios con uno o más de los efectos colaterales benéficos de los anticonceptivos combinados continuos:

- Mujeres mayores de 40 años.
- Lactancia materna después de 6 meses posparto.
- Tabaquismo en mujeres menores de 35 años.
- Obesidad.

- Historia de Hipertensión esencial, valores de 140-159 sistólica y 90-99 diastólica.
- Hiperlipidemia conocida (hiperlipidemia severa, categoría 3).
- Cardiopatía valvular no complicada.
- Alteraciones neurológicas: Cefalea severa recurrente, incluida migraña sin síntomas neurológicos focales en edad menor de 35 años.
- Sangrado vaginal sin explicación (antes del diagnóstico).
- Neoplasia intra epitelial cervical (NIC).

Categoría 3: Usualmente no se recomienda usar el método a menos que no haya otros métodos disponibles o aceptables.

El método no es usualmente recomendado en los siguientes casos:

Infórmele a la usuaria que estas condiciones requieren valoración cuidadosa cuando se utilizan anticonceptivos hormonales combinados, deben explicarse los riesgos potenciales que podrían ser mayores que los beneficios, recomiéndele otros métodos posibles, si a pesar de estas explicaciones insiste en utilizarlos, advertirle de que requiere seguimiento médico cercano y que ante la aparición de efectos colaterales o complicaciones, debe acudir a consulta médica de inmediato.

Obesidad (50% más del peso ideal) Sangrado vaginal de causa desconocida (sospechoso de una condición seria) antes de la evaluación. Cuando ocurre el uso de AOC pertenece a la Categoría 2.

Disfunción del eje hipotálamo-hipófisis-ovario-endometrio.

Hiper prolactinemia, Oligomenorrea.

Depresión severa.

Enfermedades sistémicas crónicas: (enfermedad de Crohn, síndrome de mala absorción, enfermedad renal crónica), etc.

Riesgo de Infección de Transmisión Sexual incluso el VIH / SIDA y de Enfermedad inflamatoria pélvica.

Categoría 4: No debe usarse el método.

Este método no debe ser usado en los siguientes casos:

Sospecha o confirmación de Embarazo.

Antes de 6 semanas posparto en mujeres lactantes.

Mayores de 35 años y que fuman más de 15 cigarrillos diarios (tabaquismo excesivo).

Factores múltiples de riesgo para enfermedad arterial cardiovascular (tales como mayor de edad, fumar, diabetes e hipertensión).

Hipertensión esencial con niveles de presión sanguínea con mediciones apropiadas en inicio y continuidad del método, sistólica de 160 y diastólica de 100 mm/Hg y más de 180/110 sin enfermedad vascular.

Hipertensión esencial con enfermedad vascular. Crisis hipertensiva.

Historia o padecimiento actual de enfermedad trombo embólica (pulmonar) o trombosis venosa profunda, mesentérica, retiniana, pélvica, embolia pulmonar.

Cirugía mayor con inmovilización prolongada.

Cardiopatía isquémica actual o antecedente.

Aterogénico, anormalidad conocida en la coagulación o fibrinólisis).

Indicaciones en casos especiales:

Los anticonceptivos hormonales combinados continuos, deben proporcionarse después de haber recibido consejería apropiada, haber hecho una selección informada y si no tiene contraindicaciones para su uso, se pueden proporcionar a:

- Mujeres con estructura física normal o un poco más grandes; con ciclos menstruales regulares o no; sanas y confiables en la administración correcta del anticonceptivo, se prescribirán de preferencia dosis muy bajas o bajas de 30 mcg. o menos de etinilestradiol o micro dosis.
- En mujeres obesas prescribir dosis medias de 30 mcg. De etinilestradiol.
- En adolescentes sin acné, delgadas o con peso ideal, mamas grandes y sangrados menstruales abundantes; en mujeres mayores o de 35 años, próximas a la menopausia y aún un año después de la menopausia, sintomáticas y con historia previa de trastornos de la coagulación, se recomienda prescribir micro dosis con 20mcg. o menos de etinilestradiol asociado con progestágenos de 3era. Generación (desogestrel 150 mcg).

Duración de la protección anticonceptiva:

La protección anticonceptiva está limitada a cada uno de los ciclos durante los cuales se ingieran las tabletas o grageas en forma correcta.

Métodos hormonales inyectables intramusculares hormonales combinados mensuales.

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

Mecanismo de acción:

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

La primera aplicación debe hacerse

- Entre el 8vo. y 10mo día del ciclo para Depoprovera,
- Durante el primer día de inicio de la menstruación para la Mesigyna intramuscular en región glútea.
- En amenorrea: Puede recibir la primera inyección en cualquier momento, siempre y cuando este razonablemente segura de que no está embarazada.

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

- En lactancia:

En posparto o post cesárea:

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

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

Las aplicaciones subsiguientes deben hacerse:

- Aplicar a las cuatro semanas, el mismo día del mes en que se inyectó la primera dosis, independientemente de la fecha de venida de su menstruación, para el caso de la Mesigyna.
- Deben suspenderse 45 días antes de una cirugía mayor electiva o durante la inmovilización prolongada de alguna extremidad y reiniciarse dos semanas después de reintegrarse a actividades normales.

Criterios de elegibilidad de la OMS: Similar a los anticonceptivos combinados orales.

Hormonales inyectables intramusculares sólo con progestágenos de depósito trimestrales

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

Tipos y presentación:

Frascos que contienen un sólo progestágeno sintético de depósito:

- Acetato de Medroxiprogesterona (DMPA) 150 mg. en frasco-ampolla de 1 ml. con suspensión acuosa microcristalina. (Depo-provera)

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

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

Lineamientos generales y específicos para su prescripción:

Se deben realizar los siguientes procedimientos para su prescripción:

Proporcionar consejería específica:

- Se debe averiguar qué sabe la usuaria sobre este método anticonceptivo, reforzar sus conocimientos y aclarar sus dudas, brindar información detallada sobre el método.
- Se pondrá énfasis en la forma de administración, efectividad, ventajas, desventajas, en las indicaciones y contraindicaciones; en la aparición de efectos adversos menores y mayores, en las complicaciones que pueden ocurrir por el uso de los mismos; en la aceptación del método; el costo, el manejo de eventualidades y en garantizar la entrega de los anticonceptivos inyectables trimestrales o bimestrales.

Forma de administración:

- Aplicar intramuscularmente, profundo, en la cadera, en la región glútea.

Administración de inicio:

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

En Amenorrea: Puede recibir la primera inyección en cualquier momento si está razonablemente segura de que no está embarazada.

En el posparto o post cesárea

- Si está lactando, aplicarla después de 6 semanas posteriores al nacimiento.
- Si no está lactando, a los 7 días del nacimiento o de inmediato.
- Si está utilizando el método de lactancia amenorrea (MELA) y desea cambio de método, después de seis meses de lactancia.
- Puede recibir la primera inyección en cualquier momento.

En el post aborto

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

Administraciones subsiguientes:

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

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

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

No se necesita un tiempo de descanso, y se pueden usar por todo el tiempo que la usuaria lo desee.

Procedimientos para la prescripción:

Brindar Consejería.

Determinar el estado de salud, detectar el riesgo reproductivo, las condiciones que requieren atención libre o seguimiento cercano o atención médica a fin de controlarlas y tratarlas. A fin de que se garantice que no se presenten complicaciones derivadas del uso del método anticonceptivo.

Seleccionar el método con consentimiento informado.

El personal comunitario debe ser capaz de determinar el estado de salud y referir a todos los casos en que sea necesaria la valoración por el personal de salud.

Personal entrenado en la aplicación de inyectables.

Duración de la protección anticonceptiva:

La protección anticonceptiva está limitada a cada uno de los ciclos durante los cuales se aplique el método inyectable trimestralmente o bimensualmente en forma correcta.

Criterios de Elegibilidad médica:

Categoría 1: Usar el método en cualquier circunstancia.

Los anticonceptivos hormonales inyectables de solo progestágenos, trimestrales, deben proporcionarse después de haber recibido consejería apropiada, haber hecho una selección informada y si no tiene contraindicaciones para su uso.

No hay riesgo con el uso de este método en los siguientes casos:

- Mujeres en edad fértil, de 18 a 45 años de edad, nulíparas o multíparas, con vida sexual activa, que lo soliciten y prefieren el método temporal inyectable de larga duración o para quienes la administración oral no ofrece suficiente seguridad y es un problema tomar pastillas todos los días.
- Mujeres con prácticas sexuales de riesgo.
- Cuando el uso de estrógenos esté contraindicado.
- Mujeres que deseen una protección altamente eficaz.

Categoría 2: Generalmente usar el método

Puede usarse el método aunque no debe considerarse de primera elección en los siguientes casos:

- Mujeres que tienen algunos problemas y pueden lograr cambios con uno o más de los efectos colaterales benéficos de los anticonceptivos inyectables de progestágenos solos, trimestrales o bimensuales.
- Menores de 18 años, mayores de 45 años.
- Obesidad.
- Neoplasia cervical Intraepitelial (NIC).
- Cáncer cervical (en espera de tratamiento).
- Drogas comúnmente usadas que afectan las enzimas del hígado: Antibióticos (rifampicina y griseofulvina). Anticonvulsivantes (fenitoina, carbamazepina, barbitúricos, primadona).
- Sangrado menstrual irregular, ya sea en cantidad o duración.

Categoría 3: Usualmente no se recomienda usar el método a menos que no haya otros métodos disponibles o aceptables.

El método no es usualmente recomendado en los siguientes casos:

- Infórmele a la usuaria que estas condiciones requieren valoración cuidadosa cuando se utilizan anticonceptivos hormonales inyectables de progestágenos solos, trimestrales o bimensuales, deben explicarse los riesgos potenciales que podrían ser mayores que los beneficios, recomiéndele otros métodos posibles.
- Indicaciones iguales en esta categoría a la de los anticonceptivos orales de progestágenos solos.

Categoría 4: No debe usarse el método.

Este método no debe ser usado en los siguientes casos:

- Indicaciones iguales en esta categoría a la de los anticonceptivos orales de progestágenos solos.
- Mujeres fumadora o no, que serán sometidas a cirugía mayor en un lapso de 4semanas
- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Cáncer mamario actual.
- Sangrado vaginal de causa desconocida, aún no diagnosticada.
- Mujeres que deseen embarazarse en un período menor a 9 meses después de suspender el anticonceptivo.

Conducta a seguir en caso de efectos adversos

- En caso de sintomatología leve, reforzar la consejería y recomendar a la usuaria que continúe el método, ya que los efectos adversos pueden ser transitorios.
- Suspender el uso del método si se presentara alguna de las siguientes situaciones:
 - o Embarazo.
 - o Intolerancia a las irregularidades del ciclo menstrual.
 - o Cuando los efectos adversos persisten o se agravan.

1.2 Métodos permanentes

a.- Oclusión tubárica bilateral (OTB)

Métodos femeninos permanentes: Oclusión Tubárica Bilateral (OTB), esterilización quirúrgica voluntaria, corte y ligadura tubárica, tubectomía.

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

Tipos: En la práctica del procedimiento quirúrgico se debe abordar la trompa en la región más a vascular y se debe recortar la menor cantidad posible de tejido de la trompa.

1- Según vía de acceso:

- Minilaparotomía (MINILAP).
- Laparotomía.
- Laparoscopia.
- Colpotomía posterior. (No recomendada como uso de rutina, se facilita el uso de fimbriectomía que tiene un porcentaje alto de fallas).

2.- Según la técnica quirúrgica:

- Minilaparotomía:
- Pomeroy o Pomeroy modificada, son las técnicas más recomendadas.

Laparoscopia:

- Oclusión mecánica mediante la aplicación de anillo de Yoon o Clip.
- Electrofulguración.

3.- Según técnica anestésica:

- Con anestesia local más sedación.
- Con anestesia regional, Bloqueo Epidural.
- Con anestesia general.

4.- Según el momento de realización:

- Intervalo ínter genésico: Efectuar en cualquier momento del ciclo si se tiene la certeza de ausencia de embarazo.
- Posparto: Efectuar inmediatamente o en los primeros 7 días pos parto, el fondo uterino está cerca del ombligo y permite el acceso a través de incisión sub umbilical.
- Trans cesárea: Efectuar en el transcurso de la cirugía, después de la expulsión de la placenta y luego de haber cerrado la Histerotomía.

- Post aborto: Efectuar inmediatamente o dentro de los primeros 7 días, siempre que no haya infección.

Mecanismo de acción:

Acceso a la cavidad abdominal y técnica quirúrgica: Minilaparotomía o Laparoscopia.

La vía de acceso a la cavidad abdominal será por minilaparotomía y el procedimiento de elección la técnica de Pomeroy modificada, que incluye salpingectomía, corte, sección y ligadura de las trompas con catgut simple 0 y los extremos cortados de las trompas ligados con seda 0. En las unidades que cuenten con Laparoscopia pueden usar esta técnica aplicando anillos de Yoono Clips o Grapas o Cauterización siempre que cuenten con personal capacitado y equipo necesario. Todo con el fin de evitar que el óvulo y el espermatozoide puedan unirse.

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

Lineamientos generales y específicos para su prescripción:

Por ser de carácter permanente este método en particular requiere:

1. Un proceso amplio de consejería previo a su realización.
2. Autorización escrita del consentimiento informado de la usuaria (firma o huella digital) o de su representante legal; (ver el Anexo No. 6): “Autorización quirúrgica voluntaria y Consentimiento informado de esterilización quirúrgica.”
3. Efectuar Historia clínica, que comprenda examen físico, tomar la tensión arterial, realizar examen de mamas, examen pélvico y tomar muestras para citología Cervico-vaginal (Papanicolaou).
4. Evaluación del riesgo quirúrgico y del riesgo anestésico.
5. El procedimiento puede efectuarse en cualquier día del ciclo menstrual, cuando se esté razonablemente seguro de que no hay embarazo.

Consejería en anticoncepción quirúrgica voluntaria:

La consejería reviste importancia particular en el caso de la anticoncepción quirúrgica voluntaria pues se trata de una intervención quirúrgica y es de carácter permanente. La

consejería debe ser neutral, el proveedor no deberá tratar de persuadir o influir en la usuaria para que elija este método en preferencia a otros métodos temporales.

El proveedor que brinda la consejería debe:

Estar atento a las circunstancias que inducen a la usuaria a tomar esta decisión, puede estar mal informada o tomar decisiones que podría lamentar más adelante.

Por ejemplo:

- Mujeres jóvenes.
- Mujeres con pocos hijos.
- Unión inestable.
- Presión de parte del compañero u otras personas para que se someta a una esterilización.
- Decisión apresurada.
- Decisión en una situación de estrés (tomada inmediatamente después de un parto o un aborto).
- Conflictos religiosos respecto a la anticoncepción quirúrgica.
- Metas en la vida que se limitan al hogar y la familia.

¿Quiénes y dónde pueden practicar OTB?:

Deberá ser realizada por personal de salud (Médicos Gineco-Obstetras, Cirujanos y Médicos Generales avalados por la Universidad en donde se formaron) con experiencia en cirugía abdominal y pélvica, que han sido previamente capacitados y entrenados en la exploración del aparato genital femenino y en las técnicas quirúrgicas de Oclusión Tubárica Bilateral o Esterilización quirúrgica y en las técnicas de anestesia local y sedación y autorizados por el Responsable de la Unidad de Salud ofertante.

El procedimiento se debe realizar en Unidades de Salud acondicionadas y acreditadas con este propósito bajo las normas quirúrgicas y de esterilización establecidas.

Duración de la protección anticonceptiva:

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

Criterios de elegibilidad médica:

Categoría 1: Usar el método en cualquier circunstancia.

No hay riesgo con el uso de este método.

La esterilización quirúrgica se realizará en cualquier momento a toda usuaria en edad fértil, que desee un método permanente y que voluntariamente lo solicite, siempre que se esté razonablemente seguro de que no está embarazada, que haya recibido consejería, firmado o autorizado su consentimiento informado y en dependencia del marco legal vigente y llene los siguientes requisitos:

- Haber recibido consejería.
- Paridad satisfecha. Mujer mayor de 30 años, con cualquier paridad. Mujeres con 3 o más hijos vivos a cualquier edad. Mujeres con Indicación Médica.
- Si el procedimiento es con anestesia local se garantizará que la usuaria reciba 60 minutos antes un ansiolítico y un analgésico. Recomendamos Diazepam 10mg vía oral y Diclofenac 75mg/IM.

Categoría 2: Generalmente usar el método.

Puede usarse el método aunque no debe considerarse de primera elección en los siguientes casos:

- Anemia severa, anemia drepanocítica.
- Problemas respiratorios crónicos.
- Epilepsia y toma anticonvulsivantes (carbamazepina, barbitúricos).
- Diabetes con enfermedad vascular.
- Hipertiroidismo.

Categoría 3: Usualmente no se recomienda usar el método a menos que no haya otros métodos disponibles o aceptables.

El método no es usualmente recomendado en los siguientes casos:

Discrasias sanguíneas no controladas. Trastornos de la coagulación. Obesidad marcada (peso mayor de 80 kg.). Enfermedad cardíaca sintomática.

No debe efectuarse esterilización a una mujer que recientemente haya estado embarazada si hubo:

Sepsis puerperal. Ruptura prolongada de membranas. Hipertensión. Hemorragia ante parto o posparto. Traumatismo severo del tracto genital. Psicosis posparto.

Recién Nacido en condiciones inciertas de salud. Aborto séptico reciente.

Hemorragia post aborto severa.

Los problemas médicos significativos que son contraindicaciones relativas, deben controlarse antes de proceder con la cirugía.

Categoría 4: No debe usarse el método.

Este método no puede ser usado en los siguientes casos:

- Enfermedad inflamatoria pélvica activa.
- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Mujeres que no den su consentimiento voluntario e informado por escrito.
- Tumor pélvico sin diagnóstico conocido.
- Falta de movilidad uterina (adherencias).
- En el posparto o trans cesárea cuando el neonato presenta problemas de salud que comprometan su supervivencia.

Duración de la protección anticonceptiva.

Este método anticonceptivo es permanente; la usuaria debe estar consciente de esta característica antes de la realización del procedimiento.

Seguimiento de la usuaria:

Las revisiones subsecuentes deben programarse; la primera se debe efectuar a los siete días post cirugía para revisión de la herida quirúrgica, retiro de puntadas y del DIU, en caso que la usuaria estuviese planificando con ese método y no se retiró durante el trans operatorio.

Reforzar que ha quedado estéril desde el momento en que terminó la operación.

Sus menstruaciones continuarán hasta la menopausia y con las características similares a antes de su intervención y fuera del uso de métodos anticonceptivos.

Se debe instruir a la usuaria para que acuda a consulta si se presenta cualquiera de las siguientes situaciones:

- Sintomatología de infección urinaria.
- Dolor pélvico, abdominal o torácico severo.
- Hemorragia en la herida quirúrgica.
- Fiebre.

- Dolor local en la herida quirúrgica.
- Mareos, desmayo.
- Sangre o fluidos que salen por la incisión.
- Signos y síntomas de embarazo.

En caso de no existir complicaciones, las revisiones siguientes se deben efectuar cada año, en las cuales, siempre que sea posible, se efectuará revisión ginecológica completa y toma de muestra para citología cérvico-vaginal (Papanicolaou).

Orientar a la usuaria sobre el reinicio de la vida sexual activa: no antes de los 15 días después de la cirugía.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS MASCULINOS:

2.1 Métodos temporales

a.- Naturales

a.1 La abstinencia ya descrita en los métodos naturales femeninos.

a.2 Coitus interruptus, coito interrumpido, retiro.

Es un método de planificación familiar cuya responsabilidad mayor recae en el hombre, consiste en interrumpir voluntariamente el acto sexual mediante retirar el pene de la vagina antes de producirse la eyaculación; es muy poco confiable.

Efectividad anticonceptiva:

Es baja, se estima que alcanza el 82% el primer año, en usuarios típicos. Un embarazo en cada cinco parejas en el primer año de uso. La principal razón de falla es el escape de semen y espermatozoides por la uretra antes de la eyaculación.

Indicaciones:

Mujeres o parejas con Categoría 1 de criterios de elegibilidad médica de abstinencia periódica en general.

Categoría 1: Usar el método en cualquier circunstancia.

No hay riesgo con el uso de este método:

Hombres con vida sexual activa.

En las siguientes situaciones:

- Parejas con actividad sexual esporádica.

No debe usarse el método.

Este método no debe ser usado en los siguientes casos:

- Hombres con eyaculación precoz.
- Hombres con dificultad para retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación.
- Parejas que necesiten de un método altamente eficaz y de larga duración.
- Parejas para las que un embarazo represente un riesgo de salud para la mujer.

Interrogue sobre:

- Sobre si la usuaria o la pareja tiene cualquier pregunta o asunto que conversar.
- Pregunte sobre la experiencia con el método, si está satisfecha y si tiene algún problema.

Revise las observaciones hechas por ella o la pareja en consultas anteriores

- Verifique que la pareja esté utilizando el método correctamente, ofrezca cualquier información o ayuda que sea necesaria.
- Si tienen problemas que no pueden solucionarlos ayúdelos y aconséjelos para utilizar otro método.
- Si necesitan mayor capacitación, proporciónese consejería en el momento y según su necesidad, planifique la próxima consulta en función de su necesidad de consejería y de utilización o no del método actual o la necesidad de cambio de método.

Visitas subsecuentes, de seguimiento en la Usuaris de Métodos Naturales.

b.- De Barrera

Condón o preservativo

Definición: Es un método anticonceptivo temporal, conocido también como preservativo profiláctico, gomas o forros. Tiene la función de cubrir el pene erecto durante la relación sexual, recoge el semen y no permite que el esperma del hombre entre en contacto con la vagina y el cuello del útero de la mujer.

Tipos: De Látex (tratados con espermicidas) de plástico (Vinyl), protege contra Infecciones de Transmisión Sexual, incluyendo VIH/SIDA Naturales (de productos animales), no detienen el virus del SIDA.

Hay condones de diferentes clases y marcas, difieren en sus características:

Forma: corrientes, con una tetilla para recoger el semen, contorneados para adaptarse a la forma del pene.

Presentación: Sobres individuales conteniendo una unidad enrollada.

Mecanismo de acción: Impide de manera mecánica y química que los espermatozoides del hombre entren en contacto con la vagina, el cuello del útero y el óvulo de la mujer.

Efectividad anticonceptiva: Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 70 al 90%, usado en forma correcta tiene una tasa de fallo de 14 embarazos por 100 mujeres en el primer año de uso, (una de cada 8 mujeres).

Lineamientos generales y específicos para su prescripción:

- Brindar consejería adecuada que permita al usuario el uso correcto del condón, utilizando en la medida de las posibilidades ilustraciones gráficas.
- Brindar al usuario un plegable que contenga las instrucciones sobre el uso correcto.
- Recomendar la combinación con espermicidas.

Forma de administración:

Dotar al usuario de suficiente cantidad y orientarlo sobre su uso correcto indicándole que debe:

- Utilizar un condón nuevo para cada relación sexual.
- Abrir cuidadosamente el sobre para evitar romper el condón.
- No utilizar un condón dañado o vencido.
- No usar condones después de cinco años de fabricación.
- No desenrollar el condón antes de utilizarlo.
- Después de la eyaculación mantener el borde del condón contra la base del pene y retirarlo suavemente de la vagina antes de perder la erección y así prevenir que se derrame el semen.
- Retirar cuidadosamente el condón del pene.
- Desechar el condón y botarlo en un lugar apropiado.

Conducta a seguir en caso de uso irregular

- Reforzar la consejería.
- Cambiar a otro método.
- Recurrir a la anticoncepción de emergencia.

Criterios de elegibilidad médica:

Categoría 1: Usar el método en cualquier circunstancia.

- No hay riesgo con el uso de este método.
- Parejas y hombres con vida sexual activa, en las siguientes situaciones:

- o Deben proporcionársele a toda pareja y hombres que los soliciten, habiendo recibido previamente consejería adecuada.
- o Hombres que desean participar activamente en la planificación familiar.
- o Como respaldo a otros métodos.
- o Como anticoncepción inmediata.
- o Como método anticonceptivo cuando existe actividad sexual esporádica.

Categoría 2: Generalmente usar el método

- Puede usarse el método aunque no debe considerarse de primera elección.
- Indicaciones similares a métodos de barrera generales en esta categoría.
- Disfunciones sexuales asociadas a la capacidad eréctil. Hipospadias o epispadia.
- Alto riesgo reproductivo.

Categoría 3: Usualmente no se recomienda usar el método a menos que no hayan otros métodos disponibles o aceptables.

- El método no es usualmente recomendado, Infórmele a la usuaria que estas condiciones requieren valoración cuidadosa, deben explicarse los riesgos potenciales que podrían ser mayores que los beneficios.
- Alergia o hipersensibilidad al látex (plástico) o al espermicida.
- Parejas para las cuales el embarazo puede representar un serio riesgo a la salud de la mujer.

Categoría 4: No debe usarse el método.

- Este método no debe ser usado en los siguientes casos:

- Cuando un miembro de la pareja que no está de acuerdo con el método.

Hombres que están en Incapacidad para cumplir con su uso cuando lo necesite.

- Cuando la anticoncepción debe ser altamente segura y eficaz, ya sea porque se trata de mujeres con alto riesgo reproductivo y en las que de presentarse un embarazo este será de alto riesgo obstétrico o hay contraindicación de un embarazo por patologías agregadas (diabetes, cardiopatía) que pone en peligro su vida.

Complicaciones que son signos de alarma:

- Ruptura.
- Deslizamiento del condón que queda en la vagina, antes del retiro del pene, con derrame de semen en vagina.
- Riesgo de embarazo.

Conducta a seguir en caso de efectos adversos menores, desventajas o presentarse complicaciones:

- Reforzar la consejería.
- Si hay intolerancia al látex, cambiar de tipo de preservativo o cambio a otro método.
- Para evitar la interferencia en la actividad sexual instruir a la compañera para su participación en la técnica de colocación.
- Recurrir a la anticoncepción de emergencia.

Contraindicaciones absolutas:

No se conocen.

Seguimiento:

- Las visitas de seguimiento se deben efectuar de acuerdo a las necesidades del usuario, brindando consejería sobre el uso correcto periódicamente; proveer condones según necesidades del usuario.
- Anote en el registro la atención en planificación familiar.
- Investigue la satisfacción con el método.

c.- Hormonales

Actualmente el Ministerio de Salud no proporciona a los usuarios ningún método de planificación familiar hormonal.

2.2 Métodos permanentes***a.- Vasectomía***

Definición: Es un método anticonceptivo que interrumpe la fertilidad en forma quirúrgica, voluntaria y permanente para el hombre. Se trata de una operación simple que puede realizarse como un procedimiento ambulatorio que pone fin a su capacidad reproductiva.

Tipos: Hay dos tipos de procedimientos:

- La técnica tradicional con incisión, una, en la línea media del escroto y, otra, con dos incisiones, a cada lado del escroto (con bisturí).

- La técnica de Li (sin bisturí).

Mecanismo de acción: Al obstruir ambos conductos deferentes por el corte y ligadura, no hay espermatozoides en el eyaculado. De esta forma el hombre produce líquido seminal sin esperma, por lo que su compañera sexual no puede quedar embarazada.

Efectividad anticonceptiva: En condiciones habituales, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%. La tasa de fallo es muy baja, una década 700 operaciones en el primer año de uso. Es importante dar a conocer a los usuarios que este método brinda protección hasta que el semen esté libre de espermatozoides.

Duración de la protección anticonceptiva: Este método anticonceptivo es permanente, el usuario debe estar consciente de esta característica antes de la realización del procedimiento. La vasectomía no es efectiva de inmediato, pueden encontrarse espermatozoides hasta las siguientes 25 eyaculaciones o hasta tres meses posteriores al procedimiento, por lo que se debe recomendar el uso del preservativo u otro método, para evitar embarazos no deseados hasta que el conteo de espermatozoides sea negativo.

Lineamientos generales y específicos para su prescripción:

- Por su carácter permanente, se necesita un proceso amplio de consejería previo a su realización (consentimiento informado).
- Firma o huella digital del usuario o de su representante legal en el formato “Autorización quirúrgica voluntaria”, consignada por escrito e incorporada en el expediente clínico.
- El procedimiento quirúrgico debe ser realizado por personal médico debidamente capacitado (Cirujano general, Urólogo).
- Debe manejarse como procedimiento ambulatorio en las unidades habilitadas con ese propósito.
- Determinar el estado físico, que sea adecuado para tolerar la esterilización.
- Determinar si existen condiciones que pueden aumentar los riesgos asociados al procedimiento.
- El procedimiento se realizará bajo las normas quirúrgicas y de esterilización establecida y con anestesia local.

Consejería en anticoncepción quirúrgica voluntaria:

- La aceptación de este método anticonceptivo permanente se debe basar en el conocimiento que el usuario tenga sobre el método, su irreversibilidad, se deben reforzar sus conocimientos y aclarar dudas.
- La persona que brinda la consejería debe:
 - o Explicar brevemente, de forma clara y sencilla, la anatomía y fisiología de los órganos reproductores masculinos y femeninos.
 - o Indicar en qué consiste la operación y qué consecuencias tiene.
 - o Explicar brevemente las complicaciones que podría tener la cirugía y el porcentaje de falla del método.

Quienes pueden practicar Vasectomía:

Cirujanos Generales, Urólogos, Ginecólogos Obstetras, otros Médicos Generales que hayan sido adecuadamente capacitados.

Criterios de elegibilidad médica:

Categoría 1: Usar el método en cualquier circunstancia.

No hay riesgo con el uso de este método.

- La vasectomía es un procedimiento seguro y se realizará a todo usuario que voluntariamente lo solicite, siempre que haya recibido consejería específica apropiada, además de firmar un consentimiento informado.
- Hombres con vida sexual activa, en las siguientes situaciones:
 - o Hombres de cualquier edad que deseen un método permanente. Parejas y Hombres con fecundidad satisfecha. Hombres que deseen un método altamente eficaz y permanente. Hombres cuyas esposas están en edad reproductiva, corren un alto riesgo de salud en caso de quedar embarazadas o es una contraindicación un embarazo y no desean esterilizarse.
 - o Hombres que comprenden y voluntariamente consienten en que se les realice la vasectomía.
 - o Por indicación médica.
 - o VIH positivos. Usuarios de alto riesgo de adquirir VIH/SIDA.

Categoría 2: Generalmente usar el método.

Puede usarse el método aunque no debe considerarse de primera elección en los siguientes casos:

- Enfermedades hemorrágicas. Anemia grave. Terapia anticoagulante. Herida previa del escroto. Varicocele. Hidrocele. Diabetes.

Categoría 3: Usualmente no se recomienda usar el método a menos que no haya otros métodos disponibles o aceptables.

El método no es usualmente recomendado en los siguientes casos:

- Infección de la piel o escroto en el área operatoria. Infección dérmica del escroto. Infección de transmisión sexual (ITS) activa. Balanitis. Epididimitis u orquitis. Infección sistémica. Filariasis (escroto engrosado).
- Hernia ínguino escrotal. Historia de traumatismo. Testículo sin descender o antecedentes de ello. Masa intra escrotal. Historia de impotencia u otros desórdenes sexuales.
- Los usuarios con problemas médicos significativos, requieren manejo especial en unidades de tercer nivel y sus problemas de salud deben controlarse antes de proceder con la cirugía.

Categoría 4: No puede ser usado en los siguientes casos:

- Hombres que no estén seguros acerca de sus intenciones reproductivas.
- Parejas que no estén seguras del número de hijos que desean tener.
- Hombres que no den su consentimiento escrito, voluntario e informado Criptorquidia. Orquitis. Antecedentes de cirugía escrotal o testicular. Historia de impotencia.

Seguimiento del usuario:

- Las revisiones subsecuentes deben programarse; la visita inicial se efectuará a los siete días post cirugía. Si hay suturas no absorbibles, deben ser retiradas en esta consulta. Interrogar acerca de la satisfacción con el método, proporcionar preservativos suficientes hasta que no existan espermatozoides en el eyaculado.
- Se debe efectuar conteo de espermatozoides después de las primeras 25 eyaculaciones o tres meses después del procedimiento quirúrgico.

- En caso de ser positivo el conteo se debe repetir al mes, si persiste siendo positivo, evaluar el caso; durante ese lapso se debe recomendar a la pareja el uso de otro método anticonceptivo que sea efectivo.
- Garantice que se ha llenado el registro de sala de operaciones y el seguimiento como usuario de método definitivo.
- Informar al usuario de adonde acudir en caso de complicaciones o efectos colaterales menores.

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA

Son métodos de prevención del embarazo que actúan dentro del plazo de varias horas o pocos días después de haber tenido una relación sexual sin protección. La probabilidad de quedar embarazada por un solo coito sin protección a la mitad del ciclo menstrual es del 2 al 10 %.

Existen diferentes métodos para la anticoncepción de emergencia: hormonales, dispositivos intrauterino. Todos deben considerarse como un procedimiento de emergencia.

Cuando usar Anticoncepción de Emergencia:

- Cuando hubo una relación sexual no protegida y la mujer no desea un embarazo.
- Cuando falla el método anticonceptivo o no se usa correctamente (se rompe un preservativo, el diafragma se cae, el DIU se expulsa, se olvida tomar el anticonceptivo oral, no se aplica en la fecha que corresponde el anticonceptivo inyectable).
- En el caso de que una mujer haya sido víctima de una violación.

Mecanismo de acción: Depende del momento del ciclo menstrual en el que se encuentra la mujer cuando usa el método y de cuándo ocurrió la relación sexual no protegida. Se ha demostrado que demora o inhibe la ovulación si la toma en el período pre ovulatorio. Podría también funcionar previniendo la fecundación del óvulo durante la fase post-ovulatoria.

Ninguno de los regímenes de la AE interfiere en un embarazo ya establecido, ni puede causar daños al feto.

Período pre – Ovulatorio

Período post ovulatorio

Actúa antes de la implantación del óvulo fecundado en el útero de la mujer

Eficacia:

El régimen combinado (Yuzpe) tiene una eficacia del 74%.

El régimen de la PPMS (Levonorgestrel) reduce la probabilidad de embarazo en un 85%.

Esta eficacia es mayor si se administra en las primeras 72 horas después de la relación sexual sin protección.

El DIU como AE tiene una eficacia de hasta el 99%.

Forma de administración:

Hormonales:

La toma de AE hormonales debe ser lo más pronto posible, dentro de las primeras 72 horas después del coito sin protección o hasta los primeros cinco días (120Horas).

El riesgo de embarazo aumenta con el tiempo a medida que se demora el tratamiento.

Una vez que ocurrió la nidación endometrial, estos métodos no son eficaces.

No deberán administrarse si la mujer ya está embarazada el índice de fallas es de uno en 500 a uno en 1000.

MATERIAL Y METODOS

TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo, de corte transversal.

UNIVERSO:

El universo del estudio estuvo constituido por Adolescentes que asistieron a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013.

MUESTRA:

La muestra estuvo conformada por 283 Adolescentes, la cual fue de tipo NO probabilístico, por conveniencia, establecidos de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

1. Jóvenes Adolescentes en edades de 10 – 19 años.
2. Jóvenes que acudieron a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud de Villa Libertad.
3. Jóvenes Adolescentes que estuvieron presentes en la Clínica de Planificación Familiar al momento del llenado de la encuesta.
4. Jóvenes Adolescentes que estuvieron de acuerdo en el llenado del instrumento de recolección de la información.

Criterios de exclusión

1. *Jóvenes en secundaria mayor de 20 años*
2. *Adolescentes que no estuvieron de acuerdo en el llenado del Instrumento de Recolección de la Información.*

VARIABLES

Enumeración de variables según los objetivos específicos:

1. Variables relacionadas a las características socio demográficas.
 - Edad
 - Sexo
 - Religión
 - Estado civil
 - Nivel de escolaridad
 - Procedencia

2. Variables relacionadas a Identificar el nivel de conocimiento que tienen los adolescentes sobre los métodos anticonceptivos:
 - Conocimientos sobre los diferentes conceptos de los Métodos Anticonceptivos.
 - Conocimientos sobre Reacciones Adversas de los Métodos Anticonceptivos.
 - Conocimientos sobre las ventajas y desventajas de los Métodos Anticonceptivos.
 - Conocimientos sobre el uso de los Métodos Anticonceptivos.
 - Conocimientos sobre la accesibilidad de los Métodos Anticonceptivos.
 - Fuente de Información a nivel de Institución
 - Fuente de Información a nivel de personas

3. *Variables respecto a* la Actitud que tienen los adolescentes frente a los métodos anticonceptivos:
 - *Actitud hacia los Métodos Anticonceptivos.*

4. Variables relacionadas con las prácticas de los Adolescentes acerca de los Métodos Anticonceptivos:
 - Inicio de la vida sexual activa
 - Uso de Métodos Anticonceptivos
 - Tipo de Métodos utilizados

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:

Se elaboró un Instrumento de Recolección de la Información, basado directamente en los objetivos específicos del presente estudio.

Luego se realizó un mecanismo de validación, contando para ello, con un total de 04 profesionales especialistas, que laboran con programas y perfiles de Salud de los Adolescentes, como Médicos, Psicólogas, Policías y Religiosos, además participaron 20 Adolescentes escogidos al azar, de ambos géneros (10 varones-10mujeres), del nivel secundario de educación.

El Instrumento, fue aplicado en una prueba piloto a un número de 50 Adolescentes, con el objetivo de corregir la calidad de las preguntas y facilitar el llenado de la encuesta.

Posteriormente se hizo una revisión con el tutor del trabajo investigativo, para realizar modificaciones, en el proceso de mejoramiento del Documento.

En la primera parte de la encuesta se solicitaron los datos Socio demográficos del Adolescente.

El conocimiento sobre los Métodos Anticonceptivos se evaluó de acuerdo a sus conceptos, reacciones adversas, ventajas y desventajas, modo de uso, indicaciones, y disponibilidad de los mismos.

Las preguntas sobre el Nivel de Conocimiento acerca de los Métodos Anticonceptivos en los Adolescentes del presente estudio, fueron respondidas de acuerdo a los siguientes criterios: SI, NO, o NO SABE.

El total de preguntas sobre el Conocimiento tuvo un valor ponderal de 100 puntos, para luego asignársele una puntuación de:

- 59 PUNTOS O MENOS para un nivel de conocimiento malo;
- 60-69 PUNTOS para un nivel de conocimiento regular; y
- 70-100 PUNTOS para un nivel de conocimientos bueno.

Para valorar las Actitudes respecto a los Métodos Anticonceptivos de los Adolescentes en estudio, se realizaron 12 preguntas con las siguientes opciones, tomando en cuenta la Escala de Likert, en relación a componentes Sociológicos, la cual fue modificada con el objetivo de facilitar el proceso de comprensión por parte de los Adolescentes Encuestados y evitar la aparición de errores de sesgo sobre la muestra:

A: de acuerdo.

I/D: indeciso o en duda

DS: en desacuerdo.

La puntuación obtenida se corresponde a la escala de Likert, pero en este caso se modificó a valores de 1 a 3.

- Para una actitud favorable: 25-36
- Desfavorable: 12-24

Para evaluar las prácticas acerca del uso de métodos anticonceptivos, se formularon 7 preguntas relacionadas a usos, tipos de métodos y frecuencia.

- Bueno: 81-100puntos.
- Regular: 60-80 puntos.
- Malo: 0- 59 puntos.

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Una vez finalizado el periodo de recolección de la información, se procedió a la elaboración de una base de datos en el Programa SPSS 21.0, de acuerdo al Instrumento de Recolección de la Información y los objetivos específicos del presente estudio.

Los datos se procesaron y analizaron en el Software.

PLAN DE ANALISIS

La información obtenida se resumió en tablas de frecuencia simple, distribuyéndose en números y porcentajes, utilizando el Programa de OFFICE 2010, para las siguientes tablas:

1. Factores socio demográficos.
2. Conocimientos sobre métodos anticonceptivos.
3. Fuentes de información respecto a los métodos anticonceptivos.
4. Actitudes respecto a los métodos anticonceptivos.
5. Practicas respecto a los métodos anticonceptivos.

Se realizará el siguiente entrecruzamiento de variables:

1. Factores socio demográficos versus el nivel de conocimientos.
2. Factores socio demográficos versus el nivel de actitudes.
3. Factores socio demográficos versus el nivel de prácticas.
4. Nivel de conocimientos versus nivel de actitud.
5. Nivel de conocimientos versus nivel de prácticas. .
6. Nivel de actitudes versus nivel de prácticas.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variables socio demográficas

Variable	Concepto	indicador	Escala/valor
Edad	Periodo de tiempo, dado en años que tiene el adolescente en el momento de la encuesta	Adolescencia temprana Adolescencia tardía	10-14 años 15-19 años
Sexo	Diferencia física y constitutiva del hombre y la mujer	Genero al cual pertenece la persona	Masculino femenino
Religión	Conjunto de creencias, mitos o dogmas que se tributan a la divinidad	Práctica religiosa aceptada por la persona	Católico Evangélico Testigo de Jehová Otra Ninguna
Estado civil	Condición del encuestado con los derechos y obligaciones civiles	Estado conyugal de la persona	Soltero Casado Unión libre
Nivel de escolaridad	Nivel de preparación académica que tiene el adolescente en el momento de la encuesta	Primer año Segundo año Tercer año Cuarto año Quinto año	secundaria

Variables para la valoración de conocimiento

variable	concepto	Indicador	Escala/valor
Nivel de conocimientos generales acerca de métodos anticonceptivos	Serie de información que manejan los adolescentes sobre los métodos anticonceptivos	0-59 pts 60-69 pts 70-100 pts	Malo Regular bueno
Nivel de conocimiento sobre conceptos básicos de métodos anticonceptivos	Significado de los métodos anticonceptivos que manejan los adolescentes	0-59 pts 60-69 pts 70-100 pts	Malo Regular bueno
Nivel de conocimientos sobre Reacciones adversas de los métodos anticonceptivos	Nivel de conocimiento que manejan los adolescentes sobre el efecto indeseado de los métodos anticonceptivos	0-59 pts 60-69 pts 70-100 pts	Malo Regular bueno
Nivel de conocimientos sobre Ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos	Nivel de conocimientos que tienen los adolescentes sobre las condiciones favorables y desfavorables de los métodos anticonceptivos	0-59 pts 60-69 pts 70-100 pts	Malo Regular bueno
Nivel de conocimientos sobre el uso de los métodos anticonceptivos	Nivel de conocimientos acerca de la utilización de los métodos anticonceptivos	0-59 pts 60-69 pts 70-100 pts	Malo Regular bueno

Nivel de conocimientos sobre la accesibilidad de los métodos anticonceptivos	Nivel de conocimiento sobre la disponibilidad de los métodos anticonceptivos	0-59 pts 60-69 pts 70-100 pts	Malo Regular bueno
--	--	-------------------------------------	--------------------------

Variables para valorar la fuente de información más frecuente de los métodos anticonceptivos

variable	Concepto	indicador	Escala/valor
fuelle de información a través de una institución	lugar a través de la cual el adolescente obtuvo conocimiento acerca de los anticonceptivos	Mención de las fuentes de donde obtuvieron la información	Profamilia Radio y televisión Colegio Hospital o centro de salud
Fuente de información a través de una persona	Individuo a través de quien el adolescente obtuvo conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos	Mención de las fuentes de donde obtuvieron la información	Medico Enfermera Brigadista de salud Padres Maestros Amigos otros

Variables para valorar la actitud que tienen los adolescentes frente a los métodos anticonceptivos

variable	concepto	indicador	Escala/valor
Actitud sobre el uso de anticonceptivos	Es una organización relativamente duradera entorno a un objeto o situación que predispone a reaccionar preferentemente de una manera determinada	Puntuación según test determinado por la escala de Likert	Favorable desfavorable

Variables que caracterizan la práctica anticonceptiva

variable	concepto	Indicador	Escala/valor
Inicio de vida sexual activa	Edad en que tuvo su primera relación sexual	Adolescencia temprana. Adolescencia tardía.	no ha iniciado 10-12 años 13-15 años 16-19 años
Uso de anticonceptivos	Utilización o no de algún método anticonceptivo, por parte del adolescente	81-100 60-80 puntos. 0- 59 puntos	Bueno Regular Malo
Métodos utilizados	Mención del tipo de anticonceptivo utilizado	Respuesta del encuestado	Condón Pastillas Inyección PPMS Ritmo DIU otros

RESULTADOS

Objetivo Especifico #1

1. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS ESTUDIANTES

Según la distribución de grupo de edad el menor número de encuestados corresponden a adolescentes entre 10 a 14 años con un 48.1% (136), seguido de los 15 a 19 años con 51.9% (147). En las características del sexo el que sobresale es el sexo femenino con 62.9% (178) y con el 37.1% (105) el sexo Masculino.

En cuanto a la escolaridad se encuentra la menor cantidad de encuestados entre 1^{ro} y 2^{do} año con un total de 30.7% (87), seguido con el 33.2% (94) 5to año y de mayor con 36.1% (106) 3^{ro} y 4^{to} año. Con el estado civil, el 94.7% (268) de los encuestados son solteros seguido con solo el 5.3% (15) se encuentran acompañado. En cuanto la religión el 43.4% (123) de los adolescentes encuestados pertenecen a la religión católica seguido con 48.1% (136) evangélica y con 8.5% (24) pertenecían a otras religiones. **(Ver cuadro N^o. 1)**

Objetivo Especifico #2

a. CONOCIMIENTOS SOBRE CONCEPTOS Y REACCIONES ADVERSAS

En el conocimiento sobre si los MAC si son sustancia químicas que ayudan a decidir a la pareja sobre cuántos hijos quieren tener el 81.9% (232) respondió que sí, el 8.8% (25) dijo que no y el 9.3% (26) dijo que no sabía. Sobre el DIU o T de cobre que si es un MAC la mayoría con el 75.3% (213) respondió que sí, con el 10.9% (31) que dijo que no y el 13.8% (39) no sabía.

En cuanto si el condón y las pastillas sobre si son MAC el 95% (269) de los encuestados dijo que si, el 3.8% (11) respondió que no y el 1.2% (3) no sabía. Continuando con La PPMS (pastilla para la mañana siguiente) si es o no un método anticonceptivo, el 95.8% (271) de los encuestados respondieron que sí, seguida con el 2.1% (6) que dijeron que no sabían y tan solo el 2.1% (6) respondieron que no. En cuanto las reacciones adversas de los MAC, sobre si engordan o dan vómitos, el 44.2% (125) de los adolescentes encuestados si, el 48.4% (137) respondieron que no y el 7.4% (21) respondió que no sabían.

Siguiendo con las reacciones de los MAC se les pregunto si estos causaban dolor de cabeza el 50.5% (143) de los adolescentes respondieron que si, y el 43.8% (124) respondieron que no y el 5.7% (16) respondió que no sabían. **(Ver cuadro N°. 2A)**

b. CONOCIMIENTOS SOBRE LAS VENTAJAS DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

En cuanto a las ventajas de los MAC si estos sirven para prevenir embarazos el 91.2% (258) de los encuestados respondieron que sí, y el 1.7% (5) respondieron que no y 7.1% (20) que no sabían. En cuanto si los MAC sirven para la prevención de las infecciones de transmisión sexual el 22.6% (64) respondieron que si prevenían las ITS el 71.1% (201) respondieron que no y el 6.3% (18) no sabían. Continuando con las ventajas de los MAC que si estos regulaban la menstruación el 12.5% (35) de los encuestados no sabían, seguidos con el 10.9% (31) que respondieron que no y con el 76.6% (217) respondieron que si regulaban la menstruación.

Sobre el condón si este prevenía las ITS el 97.8% (277) dijeron que si, seguido con 1.5% (4) que respondieron que no y el 0.7% (2) respondieron que no sabían. Se les pregunto acerca si los métodos anticonceptivos disminuían el deseo sexual el 87.2% (247) de los encuestados respondieron que no, el 8.4% (24) respondió que si lo disminuían y solo el 4.4% (12) respondieron que no sabían. Sobre la píldora si esta protege sobre las ITS el 91.5% (259) de los adolescentes respondió que no y con el 6.3% (18) y 2.2% (6) respondieron que si y no sabían respectivamente. Acerca del condón si este evita la entrada de espermatozoide a la vagina respondieron que si con un 93.4% (264) seguida con 3.8% (11) que dijeron que no y el 2.8% (8) respondieron que no sabían. **(Ver cuadro N°. 2B)**

c. CONOCIMIENTOS SOBRE EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

En cuanto al conocimiento sobre los métodos anticonceptivos acerca del uso de condón si se puede usar en varias ocasiones el 92.5% (262) de los adolescentes respondieron que no, seguida del 5.7% (16) que respondieron que sí y solo el 1.8% (5) dice que no sabe. En la inyección mensual sobre si se usa en la misma fecha del mes siguientes el 87.6% (248) de los encuestados respondió que sí, el 6.8% (19) respondió que no y el 5.6% (16) no sabía.

Continuando con los conocimientos sobre MAC acerca si el condón se coloca cuando el pene esta erecto la mayoría tiene buen conocimiento con el 95.7% (271) respondió que sí,

solo el 2.5% (7) respondió que no y con un 1.8% (5) no sabían. El 89.7% (254) de los encuestados respondió que sí, acerca que si los MAC lo utilizan todas las mujeres que deseen planificar, seguida con 7.8% (22) que respondió que no y solo el 2.5% (7) no sabe.

En cuanto si las personas usan los métodos anticonceptivos para tener relaciones sexuales de forma segura el 72.1% (204) de los encuestados respondió que si, el 20.2% (57) dijo que no y el 7.7% (22) no sabía. Con los métodos Anticonceptivos acerca que si las adolescentes lo usan para prevenir los embarazos el 79.8% (226) respondió que si seguida con 18.4% (52) que no y el 1.8% (5) respondió que no sabía. Los MAC si estos se utilizan para las relaciones sexuales de forma ocasional, el 73.8% (209) respondió que no, seguido con el 20.5% (58) que respondieron que si y el 5.7% (16) respondieron que no sabían.

Acerca del condón si este se coloca antes de iniciar las relaciones sexuales la mitad de los encuestados con el 96.4% (273) respondieron que si, 2.5% (7) respondieron que no sabían y 1.1% (3) respondieron que no. Al utilizar los MAC en una relación si esta no le causaba preocupación para un embarazo no deseado el 87.6% (248) de los adolescentes encuestados respondieron que si seguido con los que respondieron que no con un 6.8% (19) y el 5.6% (16) respondieron que no sabían. Acerca de la PPMS si esta se utiliza en las primeras 72hrs después de haber tenido relaciones sexuales el 91.1% (258) de los encuestados respondieron que si, el 6.8% (19) respondieron que no y solo el 2.1% (6) respondieron que no sabían. Sobre si la píldora se hace más efectiva si es tomada por el hombre y la mujer los encuestados respondieron con 85.8% (243) que no, el 9.3% (26) respondió que si y solo el 4.9% (14) respondió que no sabían. En cuanto si la Depoprovera se tiene que aplicar exactamente a los 3 meses el 72.7% (206) respondió que sí, seguida del 14.8% (42) que dijeron que no y con el 12.5% (35) respondieron que no sabían. **(Ver cuadro N^o. 2C).**

d. CONOCIMIENTOS SOBRE EL NIVEL DE ACCESIBILIDAD DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

En la accesibilidad de los MAC si estos son gratis y fáciles de obtener el 93.2% (264) de los encuestados respondió que si, el 3.9% (11) no y con el 2.9% (8) respondieron que no sabían. Los MAC se encuentran disponibles en los centros de salud respondieron de forma

positiva el 84.4% (239) de los encuestados seguido del 8.4% (24) que dijeron que no y el 7.4% (20) no sabían. **(Ver cuadro N^o. 2D).**

En general de la muestra total Según el nivel que tienen los adolescentes encuestados el 85.8% (243) tiene un nivel de conocimiento bueno, el 9.3% (26) regular y solo el 4.9% (14) tiene conocimientos malo. **(Ver cuadro N^o. 4).**

Objetivo Especifico #3

5. FUENTE DE INFORMACIÓN SOBRE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

La fuente información el 72.1% (204) de los encuestados respondió lo vieron y escucharon en la televisión y en la radio, 34.6% (98) lo recibieron en el colegio, el 9.5% (27) en los centros de salud u Hospitales y solo el 5.3% (15) de Pro Familia. Según el informante el 76.3% (216) la recibieron por sus amigos, el 27.5% (78) de sus maestros, con el 13.7% (39) y 2.8% (8) de los médicos y enfermeras respectivamente, de sus padres solamente el 9.1% (26) y tanto de los brigadista de salud 5.3% (15) y de otros informantes con el 3.1% (9). **(Ver cuadro N^o. 3).**

Objetivo Especifico # 4

6. ACTITUD ANTE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Sobre si la consejería y la orientación sobre MAC son importantes la mayoría de los encuestados con el 90.8% (257) respondieron de forma correcta, el 7.7% (22) respondió que tenía duda y solo el 1.5% (4) estaba en desacuerdo. Como adolescente puedes utilizar los MAC, el 81.9% (232) respondieron que si y solo el 14.5% (41) y el 3.6% (10) respondieron que tenían duda y que estaban en desacuerdo respectivamente. Sobre si la pareja es quien decide y quien lo debe usar, el 66.1% (187) respondió que estaba de acuerdo, en duda respondieron el 31.8% (90) de los encuestados y solo el 2.1% (6) estaba en desacuerdo.

Siguiendo sobre la actitud sobre los MAC en el que si el hombre es el que decide cuantos hijos tener el 55.8% (158) de los adolescentes respondieron que estaban en acuerdo, el 40.9% (116) estaba en desacuerdo y solo el 3.3% (9) estaba en duda. Sobre si los MAC son

un pecado el 10.4% (29) respondieron que estaban en acuerdo, el 3.8% (11) en duda y el 85.8% (243) respondieron que estaban en desacuerdo. Los adolescentes no deberían utilizar métodos anticonceptivos, el 90.9% (257) respondieron que estaban en desacuerdo y solo el 4.2% (12) y 4.9% (14) estaban en duda y que estaban en acuerdo respectivamente.

Se debe ir sin ningún problema, miedo o temor al centro de salud por métodos anticonceptivos, mas de la mitad de los encuestados con el 85.8% (243) estaban de acuerdo, el 12.1% (34) e tenían duda y el 2.1% (6) respondieron que estaban en desacuerdo. Estarías dispuesto a recibir educación sobre métodos anticonceptivos, el 91.5% (259) respondieron que estaban de acuerdo, solo el 1.1% (3) en desacuerdo y el 7.4% (21) tenían duda. Se te hace difícil solicitar métodos anticonceptivos por vergüenza la mayoría con el 95.4% (270) estaban de acuerdo y solo el 1.7% (5) tenían duda y el 2.9% (8) estaban en desacuerdo. Es normal hablar con tu pareja acerca de que método anticonceptivo deberían usar, el 90.4% (256) de los adolescentes encuestados respondieron que estaban de acuerdo, seguido con el 8.1% (23) y 1.5% (4) en duda y en desacuerdo respectivamente. Si te causara molestias algún método anticonceptivo consideras que debes usar otro método el 81.6% (231) de los encuestados estaban de acuerdo, y solo el 7.5% (21) estaban en desacuerdo.

Sobre si no volverías a usar los MAC si estos causan, el 86.5% (245) respondió que estaban en desacuerdo, y el 2.2% (6) estaban de acuerdo, y solo el 11.3% (32) tenían duda. **(Ver cuadro N^o. 5).**

En el nivel de actitud de los encuestados ante los MAC el 86.5% (245) respondió de forma favorable y solo el 13.5% (38) de forma desfavorable. **(Ver cuadro N^o. 6).**

Edad de Inicio de vida sexual activa en los Adolescentes el 59.4% (168) no ha iniciado su vida sexual activa, 7.8% (22) inicio entre los 10 a 14 años y con el 32.8% (93) iniciaron entre los 15 a 19 años de edad. **(Ver cuadro N^o. 7).**

De 115 se le pregunto sobre si usaste métodos anticonceptivos en tu primera relación sexual el 40% (46) de los encuestados respondieron de forma negativa y solo el 60% (69) respondieron que si. **(Ver cuadro N°. 8).**

En el tipos de Métodos Anticonceptivos usados por los encuestados el 56.5% (39) de estos utilizaron el condon o preservativo, seguido por la PPMS 20.5% (14), y el 11.5% (8) utilizaron pastillas e inyeccion. **(Ver cuadro N°. 9).**

Continuando con los MAC si los adolescentes actualmente usan métodos anticonceptivos la mayoría con el 59.4% (168) respondió que no y solo el 40.6% (115) respondieron que si utilizaban. **(Ver cuadro N°. 10).**

Frecuencia de Uso de los MAC los encuestaron respondieron que lo usaban de forma ocasional con el 56.4% (44), seguida por el 11.5% (9) respondió que siempre y el 32.1% (25) respondió que lo usaba frecuentemente. **(Ver cuadro N°. 12).**

Sobre si Han recibido Consejería sobre Métodos Anticonceptivos la mayoría de los adolescentes encuestados respondieron que positivamente con el 85.8% (243) y solo el 14.2% (40) respondieron que no. **(Ver cuadro N°. 13).**

Con el tiempo de Última Consejería el 10.8% (26) respondieron que la recibieron hace un mes, el 72.8% (177) hace 6 meses, el 2.8% (7) de los encuestados hace mas de un año y con 13.6% (33) hace un año. **(Ver cuadro N°. 14).**

Objetivo Especifico # 5

7. NIVEL DE PRÁCTICA SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Nivel de Práctica de los adolescentes encuestados el 75.6% (214) tenían una practica mala, el 16.9% (48) era regular y solo el 7.5% (21) era buena. **(Ver cuadro N°. 14).**

a. CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS VERSUS NIVEL DE CONOCIMIENTO

El nivel de conocimientos según la edad de los encuestados el 80.8% (110) de los 10 a 14 años es bueno, el 11.8% (16) regular y el 7.4% (10) malo. Entre los 15 a 19 años de edad el 2.7% (4) tiene conocimiento malo, el 6.8% (10) regular y solo el 90.5% (133) es bueno. En cuanto al sexo masculino el conocimiento sobre los MAC el 4.6% (5) de los encuestados el conocimiento es malo, y el 87.7% (92) tiene conocimiento bueno, en el sexo femenino de igual forma con el 5.1% (9) tiene conocimiento malo, y con el 84.8% (151) tiene conocimiento bueno.

En la escolaridad al ser la mayoría los de 3ro y 4to año tienen mejor conocimiento que el resto de los años con un 93.2% (95), seguido de 5to año con 85.2% (80) y el 78.5% (68) los de 1ro y 2do año. En el conocimiento los de 1ro y 2do año tienen un conocimiento malo en su mayoría con un 9.2% (8) seguido con los de 3ro y 4to año con 0.9% (1) y los 5to 5.3% (5). En el estado civil la mayoría de los que están solteros con el 88.1% (236) tiene conocimiento bueno en comparación a los 46.6% (7) de los que están acompañados. El conocimiento malo sobresalen los acompañados con el 20% (3), y con tan solo 4.1% (11) los que están solteros. En el acapite sobre la religión los católicos en comparación con las otras religiones tiene mejor conocimiento con el 88.6% (109) seguida con el 85.2% (116) de los evangélicos, en el conocimiento malo la religión católica con el 2.5% (3) y con el 5.3% (7) la religión evangélica. (**ver cuadro # 16**)

b. CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS VERSUS NIVEL DE ACTITUD

El nivel de actitud según la edad de los encuestados el 80.1% (109) está comprendido entre los 10 a 14 años la cual tienen una actitud favorable y con el 19.9% (27) entre esa misma edades su actitud es desfavorable. Entre los 15 a 19 años con 92.5% (136) de los encuestados el nivel de actitud es favorable y con el 7.5% (11) con actitud desfavorable. En las características del sexo masculino equivalente al 82.9% (87) de los encuestados el nivel de actitud es favorable, y solo el 17.1% (18) tiene actitud desfavorable, a diferencia de

el sexo femenino con el 88.8% (158) de los encuestados tiene una actitud favorable y solo el 11.2% (20) tiene actitud desfavorable.

En la escolaridad al ser la mayoría los de 1 y 2do año tienen con el 86.2% (75) de los encuestados una actitud favorable, y 13.8% (12) de los encuestados es desfavorable, entre 3 y 4to año el 84.3% (86) tiene actitud favorable y solo el 15.7% (16) es desfavorable, y 5to año el 89.4% (84) su actitud es favorable y con el 10.6% (10) es desfavorable. En el estado civil la mayoría de los que están solteros con el 88.1% (236) tiene actitud favorable y el 11.9% (32) desfavorable, y los que están acompañados tienen actitud favorable el 60% (9) con el 40% (6) desfavorable. En el acápite sobre la religión los católicos al ser la mayoría en comparación con las otras religiones tienen mejor actitud con el 84.6% (104) seguida con el 91.1% (125) de los evangélicos, y con solo el 66.7% (16) las otras religiones, en cuanto a la actitud desfavorable los católicos con el 15.4% (19), y con el 8.9% (11) la religión evangélica. (**ver cuadro # 16**)

c. CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS VERSUS NIVEL DE PRACTICA

En el nivel de práctica para las edades de 10 a 14 años 81.6% (111) tiene una mala práctica a diferencia de los 15 a 19 años con el 70.1% (103), pero sobresalen con el 8.1% (11) en la práctica buena y con tan solo el 6.8% (10) de los 15 a 19 años. En las características del sexo, el sexo femenino con el 7.9% (14) tiene una práctica buena y muy cerca con el 6.7% (7) el sexo masculino, con una mala práctica el sexo femenino con casi la mitad de los encuestados con el 76.4% (136) y tan solo el 74.2% (78) del sexo masculino, cabe destacar que los encuestados eran en su mayoría del sexo femenino.

En cuanto a la escolaridad los de 1ro y 2do años sobresalen en una mala práctica con el 82.8% (72) de los encuestados seguidos por los 3ro y 4to año 78.4% (80) y con solo el 66% (62) los de 5to. En las prácticas buenas están muy parejos con el 5.7% (5) de los encuestados para 1ro, 2do y 7.4% (7) 5to año y con el 8.8% (9) para los de 3ro y 4to año. En el estado civil los solteros al ser la mayoría se refleja con el 77.2% (207) de los encuestados que tienen muy mala práctica y con solo el 46.6% (7) en los acompañados. En

las practicas buenas los solteros con el 6.3% (17) y los acompañados con el 26.7% (4), y en las practicas regulares con el 16.4% (44) de los encuestados estan los solteros y solo el 26.7% (4) los acompañados.

En la religion los evangelicos tienen practicas malas con un 76.4% (104) de los encuestados, seguido por los catolicos con un 78.9% (97) y 54.2% (13) otras religiones, en las practicas regulares el 14.6% (18) de los encuestados son catolicos y 16.2% (22) son evangelicos. en las practicas buenas los catolicos tiene mejores practica con el 6.5% (8) seguido por la religion evangelica con el 7.4% (10). (**ver cuadro # 18**)

d. NIVEL DE CONOCIMIENTO VERSUS NIVEL DE ACTITUD

En cuanto el conocimiento junto con la actitud podemos ver que los que tiene conocimientos malos tienen una actitud favorable con el 64.3% (9) y con el 35.7% (5) con una actitud desfavorable, los que tienen buen conocimiento solo presenta el 90.5% (220) actitud favorable y el 9.5% (23) actitud desfavorable, y por ultimo los que tiene conocimientos regulares tiene mejor actitud que los de buen conocimientos con el 61.5% (16) y 38.5% (10) de estos tienen actitud desfavorable. (**ver cuadro # 19**)

e. NIVEL DE CONOCIMIENTO VERSUS NIVEL DE PRACTICA

Comparando el nivel de conocimiento con el nivel de practica vemos que los que tiene buen conocimiento tiene mala practica con 84% (204) seguida de una buena practica con el 4.1% (10) y 11.9% (29) practica regular, los que tienen mal conocimiento tienen muy mala practica con el 14.3% (2) seguida una practica regular con el 50% (7) y solo el 35.7% (5) tiene buena practica. En su mayoría los encuestados además de que tienen mal conocimiento por ende también tiene muy mala practica. (**ver cuadro # 20**)

f. NIVEL DE ACTITUD VERSUS NIVEL DE PRACTICA

Comparando la actitud con la practica podemos ver que los que tiene practicas malas que es la mayoría con el 79.2% (194) tiene una actitud favorable hacia los MAC seguida de los que tienen practicas buenas con el 5.3% (13) y 15.5% (38) practicas regulares. Para los que tienen una actitud desfavorable el 26.3% (10) tienen practicas regulares seguida por los que tienen practicas buenas con el 21.1% (8) y con el 52.6% (20) los que tienen mala practicas. (**ver cuadro # 21**)

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En relación a la frecuencia por grupo de edad, la distribución de los adolescentes se presentó de forma más o menos de una forma equilibrada, con una ligera prevalencia en los de mayoría de edad, el grupo de 10 a 14 años presentó un 48,1% (136), mientras que el grupo de 15 a 19 años, presentó un 51,9% (147). Al evaluar el comportamiento de los adolescentes en relación al sexo, prevaleció el sexo femenino con un 62,9%, y el sexo masculino tuvo un comportamiento de 37,1%. Diversos estudios realizados en el país han revelado un comportamiento similar, marcando una tendencia hacia el sexo femenino, hay que indicar que la población femenina de Nicaragua ha mantenido una constante prevalencia en relación a la población general, como lo demuestran los diferentes censos poblacionales realizados en el País. Este comportamiento también se presenta con mayor importancia en la población joven de Nicaragua. Datos evaluados en fuentes como INIDE Y ENDESA 11-12 así lo demuestran.

Así mismo el nivel de escolaridad, presentó una distribución equilibrada en cada uno de los niveles educativos de secundaria revisados en el presente estudio, en los últimos 5 años ha existido un proceso de masificación de la gratuidad a la educación, creando también paralelamente un ambiente propicio para dar nuevas y mejores oportunidades a las familias para que sus hijos puedan ingresar al sistema educativo, inclusive muchos de ellos se habían reincorporado debido a que por problemas económicos tuvieron que retirar a sus hijos anteriormente. Generando un ambiente de confianza por parte de los padres de familia.

Al analizar las características de los Adolescentes en relación a su creencia religiosa, fue importante encontrar que la religión evangélica es la que prevaleció en la muestra de jóvenes estudiada, y que la religión católica se ubicó como segunda opción. Investigaciones realizadas en Nicaragua, han venido presentando este mismo comportamiento en relación a las creencias religiosas, posiblemente debido a que cada vez más la iglesia evangélica desarrolla una mejor y mayor proyección hacia la población, lo que repercute directamente hacia el grupo de Adolescentes, un aspecto muy importante es que el componente religioso

de la familia, presenta factores socioculturales importantes en el desarrollo de los jóvenes, dándoles la base para sus propios valores responsabilidades futuras.

Durante la evaluación del conocimiento de los métodos anticonceptivos fue llamativo que hubo un comportamiento irregular, en los niveles de conocimiento acerca de conceptos generales y reacciones adversas se obtuvieron niveles por arriba del 80% de conocimiento, pero cuando se revisó el conocimiento acerca de las ventajas del método anticonceptivo la calidad del conocimiento bajo hasta niveles del 65 a 70% en algunos casos. Lo más destacado fue que los adolescentes están conscientes de que los métodos anticonceptivos previenen embarazos e ITS, y de los grandes riesgos que conlleva una relación sexual sin previa educación en este tema de gran polémica y curiosidad en los adolescentes.

En el Conocimiento sobre el uso de métodos anticonceptivos se pudo observar un excelente conocimiento acerca del uso del condón, ya que dentro del ambiente del adolescente, es el de mayor y mejor conocimiento abarcando hasta un 99.2 % de la población adolescente, esto puede deberse a que en los últimos años ha habido un aumento en el suministro de información por parte del Ministerio de Salud, Ministerio de Educación y ONGs; además de que para este grupo de la población existe un mayor y mejor acceso a la obtención de los mismos, hecho confirmado porque durante la encuesta realizada el 91.2% de los adolescentes encuestados sabe que los métodos de planificación familiar algunos son gratis y fáciles de obtener en el sector salud. Aunque por parte del ámbito familiar se ha mantenido hasta este momento un distanciamiento condicionado sobre todo por los mitos, tabúes y prejuicios que dominan la cultura nicaragüense.

Esto hace tomar conciencia que a pesar que los métodos anticonceptivos están disponibles para los adolescentes falta mejorar la conciencia de la importancia acerca del uso de los métodos anticonceptivos para el mantenimiento de una salud sexual y reproductiva óptima en donde el núcleo familiar adquiere un rol importante.

Los amigos y la televisión son las principales fuentes de información acerca de los métodos anticonceptivos en el grupo de adolescentes en estudio, con un 76.3% y un 72.1%

respectivamente, hechos que concuerdan con estudios realizados en adolescentes, acerca de los Métodos Anticonceptivos, en diferentes zonas del país, debido a que durante sus horarios los jóvenes pasan mucho tiempo de ocio frente al televisor o escuchando música en la radio, donde los programas relacionados acerca de la promoción sobre salud sexual y reproductiva sana logra crear momentos de reflexión por parte de los mismos.

Un dato importante es que los informantes más frecuentes de los Adolescentes fueron los amigos, seguido de internet. En la etapa de la adolescencia pasan su mayor tiempo por excelencia con los amigos, inclusive algunos investigadores han indicado que en muchas ocasiones esto provoca una información con limitaciones y que a menudo expone la temática de la sexualidad en forma distorsionada.

Los padres de familia en su mayoría no tienen un efecto importante sobre los jóvenes en la temática de la sexualidad, esto es una constante en la mayor parte de la población nicaragüense. Un ambiente familiar objetivo, lograría que los hijos preguntaran sin ningún temor a ser juzgados o crecieran con la información incorrecta que los lleve a las consecuencias de la falta de un buen uso de los métodos anticonceptivos.

Otro factor importante es el hecho que el sector salud tiene aún limitaciones para implementar y desarrollar un verdadero programa dirigido hacia los adolescentes, sin olvidar de un apoyo en infraestructura y planificación.

El 85.8% del total de los adolescentes encuestados en general tiene un conocimiento bueno, esto probablemente se deba a la participación activa del ministerio de educación y ministerio de salud y a las campañas de sensibilización sobre el uso de los métodos anticonceptivos, además de que los adolescentes asuman un papel activo ya que ellos reconocen el hecho de la importancia de la consejería y orientación acerca de este tema.

Se puede ver que la mayoría de los encuestados (66.1%), considera que es la pareja quien debe decidir que método anticonceptivo usar, sin embargo vemos que esta responsabilidad la lleva mayormente la mujer, así mismo estudios previos confirman que la mujer juega un papel activo en la asistencia a las consultas al personal técnico o profesional de salud, lo que indica que la planificación familiar como estrategia, permite a las parejas decidir por sí

mismas si van o no a tener relaciones sexuales, el número de hijo que desean, así como el momento oportuno para tenerlos. Estos datos sugieren un hecho muy importante: el mensaje de una salud sexual y reproductiva hacia los adolescentes de forma sana y responsable está llegando a los oídos de estos adolescentes, sin embargo prevalece el machismo histórico de que sea la mujer quien cargue con dicha responsabilidad al momento del uso de un método anticonceptivo o de quien experimente la mayoría de incomodidades, sean estas de índole social, físico o emocional.

En lo que respecta al inicio de vida sexual activa en los adolescentes del presente estudio, el 59.4% (168), no han iniciado vida sexual activa, la mayoría de los jóvenes que habían iniciado vida sexual activa al momento del estudio, estaba comprendido en las edades correspondientes entre 15 a 19 años con un 32.8%.

El Fondo de las Naciones Unidas para la población (FNUAP) indica que en América Latina, la mayor parte de los Adolescentes inicia vida sexual, en promedio después de los 16 años. Esta realidad de que los adolescentes inicien relaciones sexuales precozmente es lo que conlleva a las altas tasas de embarazos no deseados y a la transmisión de enfermedades ya que las inician sin un conocimiento adecuado y si lo tienen no lo ponen en práctica de la mejor manera por falta de una educación sexual en esta etapa de su desarrollo.

En este estudio un componente importante de los encuestados no utilizó métodos anticonceptivos en su primera relación sexual (40%) lo que demuestra que la primera experiencia sexual de estos adolescentes se realiza en una panorámica insegura y de falta de conciencia sobre las posibles consecuencias no deseadas que van desde ITS hasta truncar sus metas por un embarazo no deseado ni planeado como se demuestra en la literatura revisada.

Así mismo se demuestra como el adolescente pese a los conocimientos que puede tener de la existencia de los métodos anticonceptivos este no hace uso de los mismos o lo hace de manera incorrecta.

La mayoría utilizo el condón con el método anticonceptivo más frecuente (56.5%), lo que concuerda con los datos de que el mayor conocimiento de los adolescentes es acerca del

condón y se da mayor uso de este en la primera relación ya que los adolescentes no se encuentran preparados para el momento de la relación sexual. Ya que en su mayoría se realiza sin ninguna planificación previa y por lo tanto tampoco realizan consultas para los otros tipos de métodos.

El 40.6% de los adolescentes que actualmente tiene actividad sexual no utilizan métodos anticonceptivos, lo que demuestra que aunque estos tenga conocimiento de la existencia de los métodos de planificación familiar la práctica es mala lo que nos indica que la consejería no está siendo bien captada o no se les está llevando de la mejor manera a los adolescentes asociado a que los encuentros de las parejas adolescentes son esporádicos, no planificados ni vistos con un enfoque de responsabilidad.

Estudios como el realizado en España el cual muestra que a pesar de reconocer el preservativo como método más fiable para prevenir no sólo el embarazo sino las enfermedades de transmisión sexual, existe un alto porcentaje de chicos que parece desconocer su correcta utilización.

Aproximadamente la mitad de la muestra consideró que si las relaciones sexuales son programadas o planificadas pierden su valor al no ser espontáneas y la principal razón por la cual no usaban *métodos anticonceptivos* es precisamente porque no habían considerado la posibilidad de tener relaciones sexuales, lo que evidencia el hecho de considerar la utilización de anticonceptivos como algo frío y que resta espontaneidad a la relación.

Este mismo porcentaje mantiene una actitud negativa hacia los métodos anticonceptivos al considerar que pueden fallar mucho así como que impiden que se disfrute plenamente de la relación. A esto habría que añadir la elevada tasa de sujetos que reconocen sentir vergüenza cuando van a comprar preservativos.

El nivel de práctica de los adolescentes del presente estudio fue malo en un 75.6% de los encuestados, siendo estos resultados similares a estudios realizados previamente, donde los adolescentes que tenían vida sexual activa tenían prácticas incorrectas en un 70%; esto es una de las causas por lo cual Nicaragua es el país de América Latina con el porcentaje más

alto de embarazo en adolescentes con cifras de casi 30%, siendo además así causa de un tercio de las muertes maternas.

En el presente estudio se encontró que en relación al conocimiento respecto a la edad, los que presentaron un mejor conocimiento fueron los adolescentes entre 15 y 19 años (90.5%), de igual manera los que se encontraban en el 4° y 5° año (93.2% y 80% respectivamente), presentaron un mejor conocimiento, lo que demuestra que la edad y escolaridad son factores muy importantes que influyen en el conocimiento de los métodos anticonceptivos; a la vez se observó que a mayor nivel escolar alcanzado y edad había una mejor actitud hacia los métodos anticonceptivos encontrándose que el 92.5% de los adolescentes entre 15 y 19 años presentaron una actitud favorable al igual que los que se encontraban en el último año de secundaria; esto se debe a que a mayor edad hay una mejor toma de conciencia sobre la importancia de una educación sexual y una toma de responsabilidad en este tema, todo lo cual señalado se corresponde a un mayor conocimiento.

Un efecto negativo encontrado fue el hecho de que en ambos grupos de edad, así como en todos los niveles de escolaridad se presentaron niveles altos de mala práctica, obteniéndose valores en promedio que oscilaban entre el 70% y 85% de mala práctica.

En relación a la actitud hacia los métodos anticonceptivos y la práctica del uso de estos, tomando en cuenta que la mayoría presentó una actitud adecuada, vemos contradicción con el hecho de que la mayor parte de los adolescentes tuvieron una práctica mala, lo cual podemos atribuir a diversas circunstancias como el hecho que los adolescentes no tienen parejas estables, sus relaciones sexuales son esporádicas y no planificadas en la mayoría de ocasiones por lo tanto pueden hallarse en situaciones donde la búsqueda del placer impere sobre la anticoncepción y nos demuestra que el tener actitudes favorables no necesariamente lleva a conductas adecuadas.

CONCLUSIONES

1. El 51.9% de los Adolescentes tenían edades comprendidas entre 15 a 19 años, del sexo femenino en un 62.9%, un 94.7% eran solteros, y de religión Evangélica. (48.1%)
2. El 85.8% tuvieron un Nivel de Conocimiento Bueno respecto a los Métodos Anticonceptivos
3. La Fuente de Información más frecuentes de donde los jóvenes de este estudio obtuvieron la información fue en un 72.1% de Radio y Televisión, seguido de un 34.6% en el colegio, un 9.5% del Hospital o Centro de Salud.
4. El Nivel de Actitud que demostraron tener los jóvenes fue Favorable en un 86.5% y Desfavorable en un 13.5%.
5. El Nivel de Práctica en un 75.6% fue Mala, 16.9% fue Regular y tan solo 7.5% tenían un Buen Nivel de Práctica.

RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud:

- Coordinación con el MINED para brindar capacitaciones a los maestros de secundaria, ubicados en los Centros Educativos del área de salud que atiende el Centro de Salud “Villa Libertad”, respecto al tema de Métodos Anticonceptivos en la Adolescencia, haciendo énfasis en la prevención, actitudes favorables y prácticas adecuadas.
- Desarrollo y Fortalecimiento de clubes de adolescentes en las unidades de salud, donde se brinden charlas que favorezcan los Conocimientos, Actitudes y Prácticas respecto al Buen Uso y Manejo de Métodos Anticonceptivos en los adolescentes, procediendo a darles un seguimiento continuo para la sistematización y la evaluación de la información.
- Mensajes educativos sobre el buen uso y responsabilidad en el manejo de los Métodos Anticonceptivos en la Adolescencia, a través de medios de comunicación más frecuentemente utilizados por los adolescentes.

Al Ministerio de Educación:

- Desarrollar en el pensum educativo de secundaria una Materia en Salud Sexual y Reproductiva haciendo énfasis en prácticas responsables, y el buen manejo acerca del uso de Métodos Anticonceptivos.
- Divulgar mensajes sistemáticos en los medios de Educación Social sobre Educación Sexual Integral con énfasis en el Uso Responsable de Métodos Anticonceptivos, en los Adolescentes.
- Brindar educación más activa en los colegios e Institutos de Secundaria del área de Salud del Centro de Salud de “Villa Libertad”, sobre Sexualidad sin dejarse

influir por los tabúes y prejuicios sociales que existen alrededor del tema de la sexualidad en los adolescentes con énfasis en la temática del Uso y Manejo responsable de los Métodos Anticonceptivos.

Al Personal de Salud del Centro de Salud “Villa Libertad”:

- Que estén anuentes a las capacitaciones sobre Sexualidad Adolescente, y dispuestos a brindar las charlas respecto al tema a los adolescentes.
- Asumir la responsabilidad que juegan como educadores de los adolescentes respecto a temas de sexualidad.

A los padres de familia de los adolescentes:

- Que sean conscientes de la problemática que enfrentan los Adolescentes sobre temas de Sexualidad y comprender su rol fundamental en la consolidación de un buen conocimiento sobre la temática de los Métodos Anticonceptivos, en nuestro país y su impacto principalmente en la adolescencia.
- Que apoyen la iniciativa del MINSA, MINED, y ONGs, y de esta manera permitan que sus hijos reciban una educación sexual de calidad, con énfasis en prevención en el conocimiento del buen uso y manejo de Métodos Anticonceptivos.

BIBLIOGRAFÍA

Organización de las Naciones Unidas, (1994), *Informe de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*. El Cairo, Egipto. ONU, Pp. 45

Cuarta Conferencia Mundial de Mujeres (CCMM) (1995). Revisado en: www.onu.org.us

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2002). **Embarazo precoz**. Revista N^a 6, volumen 4. Ginebra.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (2002). **Planificación Familiar en Adolescente**. 1^{era} Edición. Revista Científica. Ginebra.

Vergara, J. (2006) **Influencia de la consulta de planificación familiar sobre los factores de riesgo reproductivo preconcepcional en el área de salud del Policlínico “Playa”** REVISTA AVANZADA CIENTÍFICA VOL. 6.NUMERO 1. La Habana: Cuba. janetvc81@yahoo.es

Mosquera, J. y Mateus, C. (2003) **Conocimientos, actitudes y prácticas sobre métodos de planificación familiar, VIH-SIDA y el uso de los medios de comunicación en jóvenes**. Universidad del Valle, Cali. Colombia.

Canales, F. Pineda, E.; y Alvarado, E. (2004) **Metodología de la Investigación**. Manual para el desarrollo de personal de Salud. Editorial Limusa. Noriega Editores: Venezuela.

ONUSIDA. (2002) **Los jóvenes y el VIH/SIDA una oportunidad en un momento crucial**. ONUSIDA: Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Revisado en: www.onusida.org.us.com

Ortiz, R. Anaya, N. y Sepúlveda, C: (2005) **Caracterización de las adolescentes gestantes de Bucaramanga, Colombia. Un estudio transversal**. Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Bucaramanga, Bucaramanga, Colombia. 8:71-77]

Rosenfiel, A. y Fathalla, M. (1994). **Manual de reproducción humana OPS**. The Partenón publishing.

Schwarcz, R. Castro, R. Galimberti, D.; Martínez, I.; García, O.; Lomito, C.; Etcheverry, M. y Queiruga, M.(2000) **Guía para el uso de Métodos Anticonceptivos**. MINISTERIO DE SALUD. UNIDAD COORDINADORA EJECUTORA DE

PROGRAMAS MATERNO INFANTILES Y NUTRICIONALES. Tegucigalpa:
México

Norma y Protocolo de Planificación Familiar del Ministerio de Salud de Nicaragua (Mayo, 2008). Revisado en: www.minsa.gob.ni

Norma de Manual de Habilidades para la vida del Ministerios de Salud de Nicaragua (Octubre, 2011). Revisado en: www.minsa.gob.ni

Norma de Manual de Consejería para adolescentes dirigido al personal de salud del Ministerios de Salud de Nicaragua (Agosto, 2011). Revisado en: www.minsa.gob.ni

Aggleton, Peter. (2001) PRÁCTICAS SEXUALES, ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y SIDA ENTRE JÓVENES. Stern, Claudio y Juan Guillermo Figueroa (coords). Sexualidad y salud reproductiva: avances y retos para la investigación. El Colegio de México. México. 365-381.

AtkinZuckerman, Lucille/Givaudan Moreno, Martha. (1989) Perfil Psico-Social de la Adolescente Embarazada Mexicana. Temas Selectos en Reproducción Humana. Dr. Samuel Karchmer (editor) Instituto Nacional de Perinatología.

González Garza y cols. (2005). “Perfil del comportamiento sexual en adolescentes mexicanos de 12 a 19 años de edad. Resultados de la ENSA 2000”, en *Revista de Salud Pública*, mayo-junio de 2005, volumen 47, número 3, pp. 209-218.

Juárez, Fátima y Cecilia Gayet. (2005). Salud Sexual Y Reproductiva De Los Adolescentes En México: Un Nuevo Marco De Análisis Para La Evaluación Y Diseño De Políticas. Papeles de Población, julio-septiembre, número 045, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México, pp.177-219.

ANEXOS



CONSENTIMIENTO INFORMADO.

TEMA DEL ESTUDIO:

“Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre Métodos Anticonceptivos en los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013.”

AUTORES: Br. Karina Iveth Bustamante Escobar
Br. William Humberto Cruz

PROPOSITO DEL ESTUDIO: Evaluar el nivel de Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre métodos anticonceptivos en los adolescentes en estudio, dicha información se utilizará en la realización de tesis monográfica, y podrá ser utilizada como referencia para la toma de decisiones para la elaboración de programas o campañas educativas sobre métodos anticonceptivos.

La presente encuesta sobre “Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre Métodos Anticonceptivos en los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013.” consta de una serie de preguntas, redactadas en forma sencilla, con el objetivo de evaluar el nivel de conocimientos, actitudes y practicas acerca del tema antes descrito.

El Adolescente encuestado puede contestar de la manera más tranquila posible dado que no se pide nombre ni identificación alguna, por lo que se asegura privacidad del encuestado, además la información se utilizara para fines estrictamente investigativos. Se pide al encuestado que lea detenidamente y conteste con el mayor interés posible, la respuesta que estime conveniente para cada pregunta.

Firma del participante._____.

Firma del investigador._____.



**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
UNAN-Managua
Facultad de Ciencias Médicas
Recinto universitario Rubén Darío**



Código #- _____

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN
“Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre Métodos Anticonceptivos en los
Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de
Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de
Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013)

a) Características socio demográficas

1. **Edad:** 10-14 años _____ 15-19 años _____
2. **Sexo:** femenino _____ masculino _____
3. **Procedencia:** urbano _____ rural _____
4. **Escolaridad:** primer año _____ segundo año _____ tercer año _____ cuarto año _____ quinto año _____ otro _____ (especifique)
5. **Religión:** católico _____ evangélico _____ testigo de Jehová _____ otra _____ ninguna _____
6. **Estado civil:** soltero _____ unión libre _____ casado _____

b) Conocimiento

Conocimiento sobre Conceptos de métodos anticonceptivos	SI	NO	NO SABE
1. ¿Has oído hablar sobre métodos de planificación familiar?			
2. ¿Los métodos anticonceptivos son medicamentos que ayudan a la pareja a decidir voluntariamente cuántos hijos quieren tener?			
3. ¿El aparato DIU o T de cobre es un método anticonceptivo?			
4. ¿El condón y las pastillas son métodos			

anticonceptivos?			
5. ¿La píldora para la mañana siguiente (PPMS) es un método anticonceptivo?			
6. ¿Una mujer puede quedar embarazada en la primera relación sexual?			
7. ¿La planificación familiar previene los embarazos peligrosos y las enfermedades de transmisión sexual?			
8. ¿La edad más adecuada para tener el primer hijo es después de los 20 años?			
9. ¿La edad más adecuada para tener el último hijo es antes de los 35 años?			
10. ¿El tiempo que debe esperar una mujer entre un parto y un nuevo embarazo es de 2 años?			
Conocimientos sobre Reacciones adversas de los métodos anticonceptivos			
1. ¿Los métodos anticonceptivos engordan o dan vómitos?			
2. ¿Los métodos anticonceptivos dan mucho dolor de cabeza, mareos o sangrado?			
Conocimientos sobre las Ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos			
1. ¿Los métodos anticonceptivos son medicamentos que sirven para prevenir embarazos no deseados?			
2. ¿Los métodos anticonceptivos sirven para prevenir infecciones de transmisión sexual?			
3. ¿El uso correcto del condón previene los embarazos?			
4. ¿El condón es ideal para prevenir infecciones de transmisión sexual y SIDA?			
5. ¿Los métodos anticonceptivos lo usan tanto las mujeres como los hombres para prevenir infecciones			

de transmisión sexual?			
6. ¿Usar condón reduce el deseo sexual?			
7. ¿La píldora protege de las enfermedades de transmisión sexual?			
8. ¿El condón evita la entrada de los espermatozoides a la vagina?			
Conocimientos sobre el uso de los métodos anticonceptivos			
1. ¿El mismo condón puede usarse varias veces?			
2. ¿La inyección norigynon se aplica cada mes exactamente?			
3. ¿El condón se coloca cuando el pene esta erecto (duro)?			
4. ¿Los métodos anticonceptivos lo utilizan todas las mujeres que desean planificar?			
5. ¿Los métodos anticonceptivos lo usa toda persona que desee tener relaciones sexuales responsables?			
6. ¿Los métodos anticonceptivos lo usan los adolescentes para prevenir embarazos?			
7. ¿Los métodos anticonceptivos se utilizan en relaciones sexuales ocasionales?			
8. ¿El condón se coloca antes de iniciar la relación sexual?			
9. ¿Usando métodos anticonceptivos se tienen relaciones sexuales sin preocupación?			
10. ¿La píldora para la mañana siguiente (PPMS) se toma antes de las 72 horas después de haber tenido relaciones sexuales?			
11. ¿Para que sean más efectivas las píldoras anticonceptivas deben ser tomadas tanto por el hombre como por la mujer?			

12. ¿La inyección depoprovera se aplica cada 3 meses exactamente?			
13. ¿La T de Cobre es sólo para la mujer?			
14. ¿La píldora se toma al quinto día de iniciada la regla?			
15. ¿El condón lo usa sólo el hombre?			
Conocimientos acerca de la accesibilidad de los métodos anticonceptivos			
1. ¿Los métodos anticonceptivos son gratis y accesibles?			
2. ¿Todos los métodos anticonceptivos se hayan disponibles en el centro de salud?			

Fuente de información

Marque con una X según corresponda

- Lo que sabes de los métodos anticonceptivos lo has aprendido mediante:

1. Profamilia ____
2. Radio y televisión____
3. Colegio ____
4. Hospital o Centro de Salud____

- Has recibido información acerca de los métodos anticonceptivos a través de:

1. Médico____
2. Enfermera____
3. Brigadista de salud____
4. Padres____
5. Maestros____

6. Amigos____

7. Otros____

c) **Actitud**

Marque con una X según corresponda:

DA: de acuerdo

I: indeciso

EDA: En desacuerdo

Proposición	DA	I	EDA
1. La consejería y orientación sobre métodos anticonceptivos es muy importante.			
2. Tú como adolescente puedes utilizar métodos anticonceptivos.			
3. La pareja es quien debe decidir que método usar y quien lo va a usar.			
4. El hombre es quien debe decidir cuántos hijos tener.			
5. El uso de métodos anticonceptivos es un pecado.			
6. Los adolescentes no deberían utilizar métodos anticonceptivos.			
7. Irías sin ningún problema, ni miedo, ni pena y ni temor al centro de salud por métodos anticonceptivos.			
8. Estarías dispuesto a recibir educación sobre métodos anticonceptivos.			
9. Se te hace difícil la obtención de métodos anticonceptivos.			

10. Es normal hablar con tu pareja acerca de que método anticonceptivo deberían usar.			
11. Si te causara molestias algún método anticonceptivo, consideras que debes utilizar otro método.			
12. Si te causara molestias algún método anticonceptivo, no volverías a usar métodos anticonceptivos.			
13. Usar algún método de planificación familiar mejoraría la condición de vida de la familia.			
14. Acabar afuera es un método seguro para evitar el embarazo.			
15. Tener muchos hijos es riesgoso para la mujer.			

d) **Prácticas**

1-¿Edad IVSA (inicio de vida sexual activa)?

- a) no ha iniciado
- b) 10-12 años
- c) 13-15 años
- d) 16-19 años

2- ¿Usaste métodos anticonceptivos en tu primera relación sexual?

- a) si
- b) no

3- Si usaste método anticonceptivo en tu primera relación sexual, ¿qué tipo de métodos utilizaste con tu pareja?

- a) ninguno
- b) condón
- c) pastillas
- d) inyección
- e) PPMS (píldora para la mañana siguiente)
- f) ninguno

4-Actualmente ¿tienes relaciones sexuales?

- a) si
- b) no

5-Si tienes relaciones sexuales, ¿con qué frecuencia estas usando el método anticonceptivo?

- a) siempre
- b) frecuentemente
- c) ocasional
- d) nunca

6-¿Cuánto tiempo lleva usando métodos de planificación familiar?

- a) Menos de 1 mes
- b) 1 a 6 meses
- c) 7 a 12 meses
- d) 13 a 18 meses
- e) 19 a 24 meses
- f) 25 meses o más
- g) ninguno

7- Si actualmente tienes relaciones sexuales, ¿qué tipo de método anticonceptivo usas con tu pareja?

- a) ninguno
- b) condón
- c) pastillas
- d) inyección
- e) PPMS (píldora para la mañana siguiente)
- f) ninguno

8- Si no usas algún método de planificación familiar, ¿a qué razón se debe?

- a) Deseo de embarazo
- b) No quiere/ No le gusta
- c) No conoce ningún método
- d) Le hace mal a la salud
- e) Miedo a usarlo
- f) Su pareja se niega o no quiere
- g) Le da pena/ vergüenza
- h) No sabe dónde conseguirlo
- i) No sabe cómo usarlo
- j) No tiene confianza
- k) Provoca molestia

- l) Creencias religiosas
- m) Recomendación médica

9-¿Has recibido consejería sobre métodos anticonceptivos?

- a) si
- b) no

10-¿Si has recibido consejería cuando fue la última vez que lo recibiste?

- a) hace un mes
- b) hace 6 meses
- C) un año
- d) más de un año

11- ¿Qué lugar obtienes los métodos anticonceptivos?

- a) Centro de salud
- b) Farmacias
- c) Profamilia
- d) Ixtchen
- e) Otros

Observaciones:

Fecha de realización: _____

CUADRO N° 1

Características Socio Demográficas de los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013

n= 283

Características Sociodemográficas		
Edad	N°	%
10-14 años	136	48.1
15-19 años	147	51.9
Sexo		
Masculino	105	37.1
Femenino	178	62.9
Escolaridad		
1° y 2° año	87	30.7
3° y 4° año	102	36.1
5° año	94	33.2
Estado civil		
Acompañado	15	5.3
Soltero	268	94.7
Religión		
Católica	123	43.4
Evangélico	136	48.1
Otros	24	8.5

Fuente: Encuesta

CUADRO N° 2A

Conocimientos sobre Conceptos y Reacciones Adversas de los Métodos Anticonceptivos en los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013

n= 283

Conocimientos sobre Métodos Anticonceptivos	Si		No		No sabe	
	N°	%	N°	%	N°	%
¿Los métodos anticonceptivos son sustancias químicas que ayudan a la pareja a decidir cuántos hijos quieren tener?	232	81.9	25	8.8	26	9.3
¿El aparato DIU o T de cobre es un método anticonceptivo?	213	75.3	31	10.9	39	13.8
¿El condón, las pastillas son métodos anticonceptivos?	269	95	11	3.8	3	1.2
¿a píldora para la mañana siguiente (PPMS) es un método anticonceptivo?	271	95.8	6	2.1	6	2.1
Conocimiento sobre reacciones adversas de los Métodos Anticonceptivos						
¿Los métodos anticonceptivos engordan y dan vómitos?	125	44.2	137	48.4	21	7.4
¿Los métodos anticonceptivos dan mucho dolor de cabeza?	143	50.5	124	43.8	16	5.7

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 2B

Conocimientos sobre las Ventajas de los Métodos Anticonceptivos en los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013

n= 283

Conocimientos sobre las Ventajas de los Métodos Anticonceptivos	SI		NO		NO SABE	
	N°	%	N°	%	N°	%
¿Los métodos anticonceptivos son medicamentos que sirven para prevenir embarazos?	258	91.2	5	1.7	20	7.1
Los métodos anticonceptivos sirven para prevenir infecciones de transmisión sexual	64	22.6	201	71.1	18	6.3
Los métodos anticonceptivos regulan la menstruación	217	76.6	31	10.9	35	12.5
El condón es ideal para prevenir infecciones de transmisión sexual	277	97.8	4	1.5	2	0.7
Los métodos anticonceptivos disminuyen el deseo sexual	24	8.4	247	87.2	12	4.4
La píldora protege de las infecciones de transmisión sexual	18	6.3	259	91.5	6	2.2
El condón evita la entrada de los espermatozoides a la vagina	264	93.4	11	3.8	8	2.8

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 2C

Conocimientos sobre el Uso de Métodos Anticonceptivos en los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013

n=283

Conocimiento sobre el Uso de los Métodos Anticonceptivos	SI		NO		NO SABE	
	N°	%	N°	%	N°	%
El mismo condón puede usarse varias veces	16	5.7	262	92.5	5	1.8
La inyección mensual se aplica la misma fecha del mes exactamente	248	87.6	19	6.8	16	5.6
El condón se coloca cuando el pene esta erecto	271	95.7	7	2.5	5	1.8
Los métodos anticonceptivos lo utilizan todas las mujeres que desean planificar	254	89.7	22	7.8	7	2.5
Los métodos anticonceptivos lo usa toda persona que desee tener relaciones sexuales responsables	204	72.1	57	20.2	22	7.7
Los métodos anticonceptivos lo usan los adolescentes para prevenir embarazos	226	79.8	52	18.4	5	1.8
Los métodos anticonceptivos se utilizan en relaciones sexuales ocasionales	58	20.5	209	73.8	16	5.7
El condón se coloca antes de iniciar la relación sexual	273	96.4	3	1.1	7	2.5
Utilizando métodos anticonceptivos se tiene relaciones sexuales sin preocupación por un embarazo no deseado	248	87.6	19	6.8	16	5.6
La píldora para la mañana siguiente se toma antes de las 72 horas después de haber tenido la relación sexual	258	91.1	19	6.8	6	2.1
Para que sea mas efectiva la píldora anticonceptiva debe ser tomada tanto por el hombre como por la mujer	26	9.3	243	85.8	14	4.9
La inyección depoprovera se aplica cada 3 meses exactamente	206	72.7	42	14.8	35	12.5

Fuente: Encuesta

CUADRO N° 2D

Conocimientos sobre el Nivel de Accesibilidad de Métodos Anticonceptivos en los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013

n= 283

Conocimientos sobre la accesibilidad de los Métodos Anticonceptivos	SI		NO		NO SABE	
	N°	%	N°	%	N°	%
Los métodos anticonceptivos son gratis y fáciles de obtener	264	93.2	11	3.9	8	2.9
Todos los métodos anticonceptivos se encuentran disponibles en el centro de salud	239	84.4	24	8.4	20	7.2

Fuente: Encuesta

CUADRO N° 3

Fuente de información sobre los Métodos Anticonceptivos en los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013

n=283

Fuente de información según Institución	N°	%
Radio y televisión	204	72.1
Colegio	98	34.6
Hospital o Centro de Salud	27	9.5
Pro familia	15	5.3
Fuente de información según Informante		
Amigos	216	76.3
Maestros	78	27.5
Médico	39	13.7
Padres	26	9.1
Brigadistas de salud	15	5.3
Otros	9	3.1
Enfermera	8	2.8

Fuente: Encuesta *Algunos adolescentes indicaron mas de una repuesta

CUADRO N° 4

Nivel de Conocimientos sobre los Métodos Anticonceptivos en de los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013

n=283

Nivel de Conocimiento	N°	%
Bueno	243	85.8
Regular	26	9.3
Malo	14	4.9

Fuente: Encuesta

CUADRO N° 5

Actitud ante los Métodos Anticonceptivos en los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013

n=283

Actitud ante los métodos anticonceptivos	A		D		DS	
	N°	%	N°	%	N°	%
La consejería y orientación sobre métodos anticonceptivos es muy importante	257	90.8	22	7.7	4	1.5
Tu como adolescente puedes utilizar métodos anticonceptivos	232	81.9	41	14.5	10	3.6
La pareja es quien debe decidir qué métodos usar y quien lo debe usar	187	66.1	90	31.8	6	2.1
El hombre es el que debe decidir cuántos hijos tener	158	55.8	9	3.3	116	40.9
El uso de métodos anticonceptivos es un pecado	29	10.4	11	3.8	243	85.8
Los adolescentes no deberían utilizar métodos anticonceptivos	14	4.9	12	4.2	257	90.9
Se debe ir sin ningún problema, miedo o temor al centro de salud por métodos anticonceptivos	243	85.8	34	12.1	6	2.1
Estarías dispuesto a recibir educación sobre métodos anticonceptivos	259	91.5	21	7.4	3	1.1
Se te hace difícil solicitar métodos anticonceptivos por vergüenza	270	95.4	5	1.7	8	2.9
Es normal hablar con tu pareja acerca de que método anticonceptivo deberían usar	256	90.4	23	8.1	4	1.5
Si te causara molestias algún método anticonceptivo consideras que debes usar otro método	231	81.6	31	10.9	21	7.5
Si te causara molestias algún método anticonceptivo no volverías a usar ninguno	6	2.2	32	11.3	245	86.5

Fuente: Encuesta

A: de acuerdo. D: en duda. DS: en desacuerdo

CUADRO N° 6

Nivel de actitud sobre Métodos Anticonceptivos en los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013

n=283

Nivel de Actitud ante los Métodos Anticonceptivos	N°	%
Favorable	245	86.5
Desfavorable	38	13.5

Fuente: Encuesta. Hasta aqui

CUADRO N° 7

Inicio de Vida sexual activa en los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013

n =283

Edad de Inicio de vida sexual activa en los Adolescentes	N°	%
No ha iniciado	168	59.4
10 – 14 años	22	7.8
15-19 años	93	32.8

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 8

Uso de Métodos Anticonceptivos en la Primera Relación Sexual en de los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013

n = 115

Usaste métodos anticonceptivos en tu primera relación sexual	Nº	%
SI	69	60
NO	46	40

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 9

Tipo de Métodos Anticonceptivos utilizados en la primera relación sexual por los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013

n= 69

Tipos de Métodos Anticonceptivos	Nº	%
Condón	39	56.5
PPMS	14	20.5
Pastillas	8	11.5
Inyección	8	11.5

Fuente: Encuesta. (*) Algunos adolescentes utilizaron más de un método simultáneamente.

CUADRO N° 10

Inicio Vida sexual activa en los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013

n =283

Adolescentes con vida sexual activa	Nº	%
SI	115	40.6
NO	168	59.4

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 11

Uso actual de Métodos Anticonceptivos en los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el Periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013

n =115

Actualmente usan métodos anticonceptivos	Nº	%
SI	78	67.8
NO	37	32.2

Fuente: Encuesta.

CUADRO N°12

Frecuencia del Uso de los Métodos Anticonceptivos en los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013

n = 78

Frecuencia de Uso	Nº	%
Siempre	9	11.5
Frecuente	25	32.1
Ocasional	44	56.4

Fuente: Encuesta

CUADRO N°13

Consejería sobre Métodos Anticonceptivos en los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013

n =283

Has recibido Consejería sobre Métodos Anticonceptivos	Nº	%
SI	243	85.8
NO	40	14.2

Fuente: Encuesta

CUADRO N° 14

Tiempo de última consejería sobre Métodos Anticonceptivos en de los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013

n = 243

Tiempo de Última Consejería	Nº	%
Hace un mes	26	10.8
Hace 6 meses	177	72.8
Hace mas de un año	7	2.8
Hace un año	33	13.6

Fuente: Encuesta

CUADRO N° 15

Nivel de práctica sobre Métodos Anticonceptivos en los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013

n = 283

Nivel de Práctica	N°	%
Bueno	21	7.5
Regular	48	16.9
Malo	214	75.6

Fuente: encuesta

CUADRO N° 16

Características Socio Demográficas versus Nivel de Conocimiento en los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013

n= 283

Factores Sociodemográficos	Nivel de Conocimientos					
	Bueno		Regular		Malo	
	N°	%	N°	%	N°	%
Edad						
10 – 14 años	110	80.8	16	11.8	10	7.4
15 – 19 años	133	90.5	10	6.8	4	2.7
Sexo						
Masculino	92	87.7	8	7.7	5	4.6
Femenino	151	84.8	18	10.1	9	5.1
Escolaridad						
1° - 2° año	68	78.2	11	12.6	8	9.2
3° -4° año	95	93.2	6	5.9	1	0.9
5° año	80	85.2	9	9.5	5	5.3
Estado Civil						
Acompañado	7	46.6	5	33.4	3	20
Soltero	236	88.1	21	7.8	11	4.1
Religión						
Católico	109	88.6	11	8.9	3	2.5
Evangélico	116	85.2	13	9.5	7	5.3
Otros	18	75	2	8.4	4	16.6

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 17

Características Socio Demográficas versus Nivel de Actitud sobre Métodos Anticonceptivos en los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013

n=283

Factores Sociodemográficos	Nivel de Actitud.			
	Favorable		Desfavorable	
	N°	%	N°	%
Edad				
10 – 14 años	109	80.1	27	19.9
15 – 19 años	136	92.5	11	7.5
Sexo				
Masculino	87	82.9	18	17.1
Femenino	158	88.8	20	11.2
Escolaridad				
1° y 2° año	75	86.2	12	13.8
3° y 4° año	86	84.3	16	15.7
5° año	84	89.4	10	10.6
Estado Civil				
Acompañado	9	60.0	6	40.0
Soltero	236	88.1	32	11.9
Religión				
Católico	104	84.6	19	15.4
Evangélico	125	91.1	11	8.9
Otros	16	66.7	8	33.3

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 18

Características Socio Demográficas versus Nivel de Práctica en los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013

n=283

Factores Sociodemográficos	Nivel de Prácticas					
	BUENA		REGULAR		MALA	
Edad	N°	%	N°	%	N°	%
10 – 14 años	11	8.1	14	10.3	111	81.6
15 – 19 años	10	6.8	34	23.1	103	70.1
Sexo						
Masculino	7	6.7	20	19.1	78	74.2
Femenino	14	7.9	28	15.7	136	76.4
Escolaridad						
1° y 2° año	5	5.7	10	11.5	72	82.8
3° y 4° año	9	8.8	13	12.8	80	78.4
5° año	7	7.4	25	26.6	62	66
Estado Civil						
Acompañado	4	26.7	4	26.7	7	46.6
Soltero	17	6.3	44	16.5	207	77.2
Religión						
Católico	8	6.5	18	14.6	97	78.9
Evangélico	10	7.4	22	16.2	104	76.4
Otros	3	12.5	8	33.3	13	54.2

Fuente: Encuesta.

CUADRO N° 19

Nivel de Conocimiento versus Nivel de Actitud sobre Métodos Anticonceptivos en los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013

n=283

Nivel de Conocimiento	Nivel de Actitud			
	Favorable		Desfavorable	
	N°	%	N°	%
Bueno	220	90.5	23	9.5
Regular	16	61.5	10	38.5
Malo	9	64.3	5	35.7

Fuente: Encuesta

CUADRO N° 20

Nivel de Conocimiento versus Nivel de Práctica sobre Métodos Anticonceptivos en los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013

n=283

Nivel de Conocimiento	Nivel de Práctica					
	Buena		Regular		Mala	
	N°	%	N°	%	N°	%
Bueno	10	4.1	29	11.9	204	84
Regular	6	23.1	12	46.1	8	30.8
Malo	5	35.7	7	50	2	14.3

Fuente: Encuesta

CUADRO N° 21

Nivel de Actitud versus Nivel de Práctica sobre Métodos Anticonceptivos en de los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013

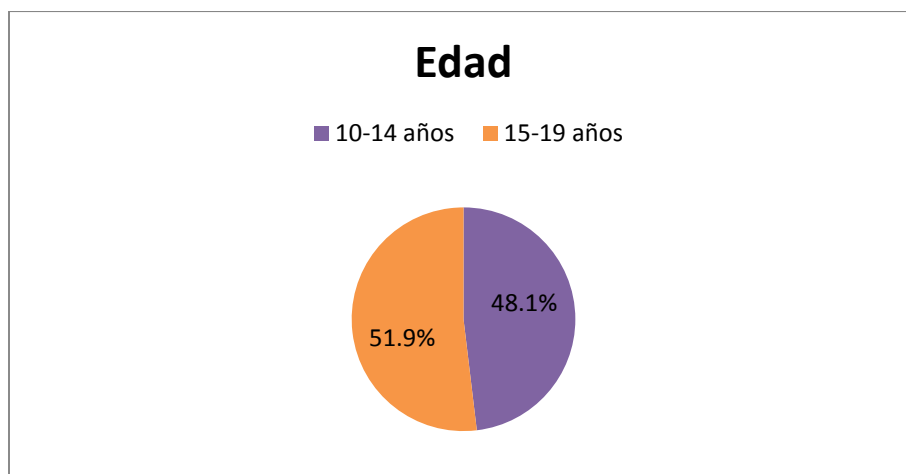
n=283

Nivel de Actitud	Nivel de Práctica					
	Bueno		Regular		Malo	
	N°	%	N°	%	N°	%
Favorable	13	5.3	38	15.5	194	79.2
Desfavorable	8	21.1	10	26.3	20	52.6

Fuente: Encuesta.

GRAFICO N°1

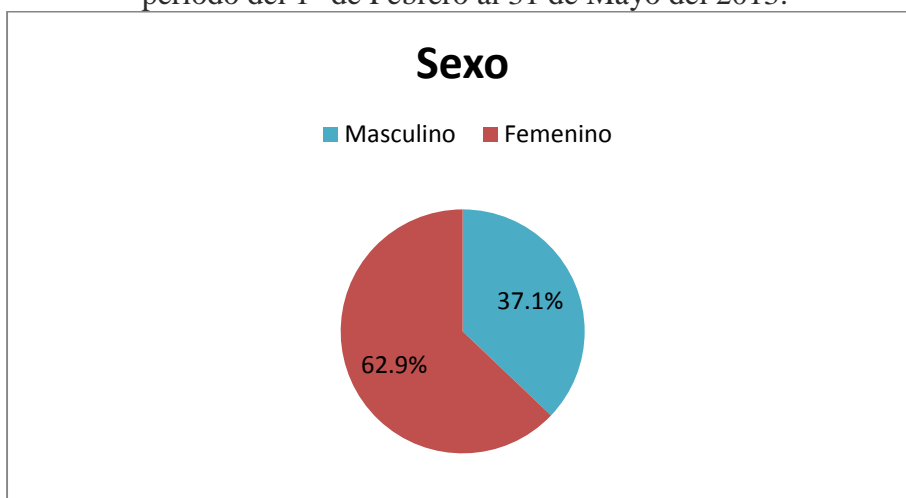
Edad de los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013



Fuentes: Cuadro N°1

GRAFICO N°2

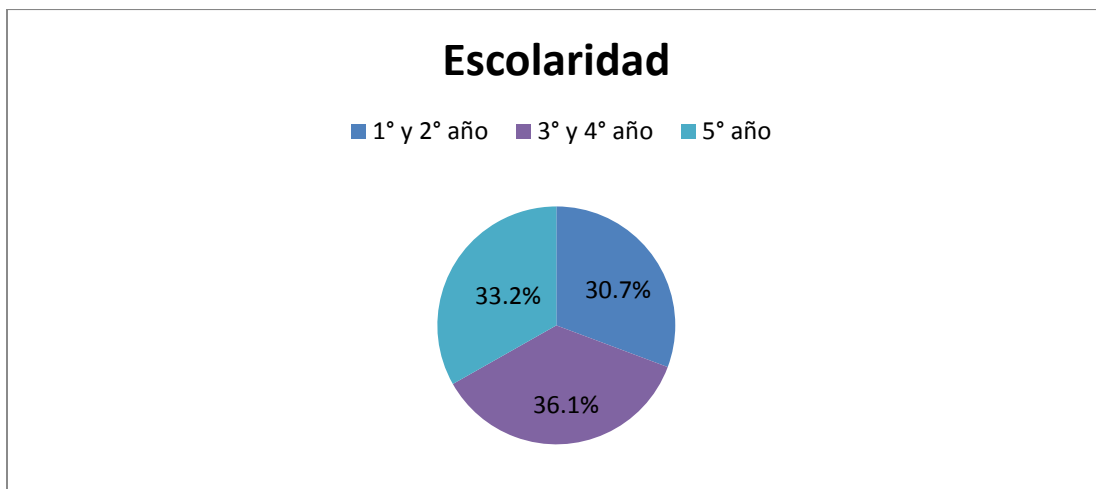
Sexo de los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013.



Fuente: Cuadro N°1

GRAFICO N°3

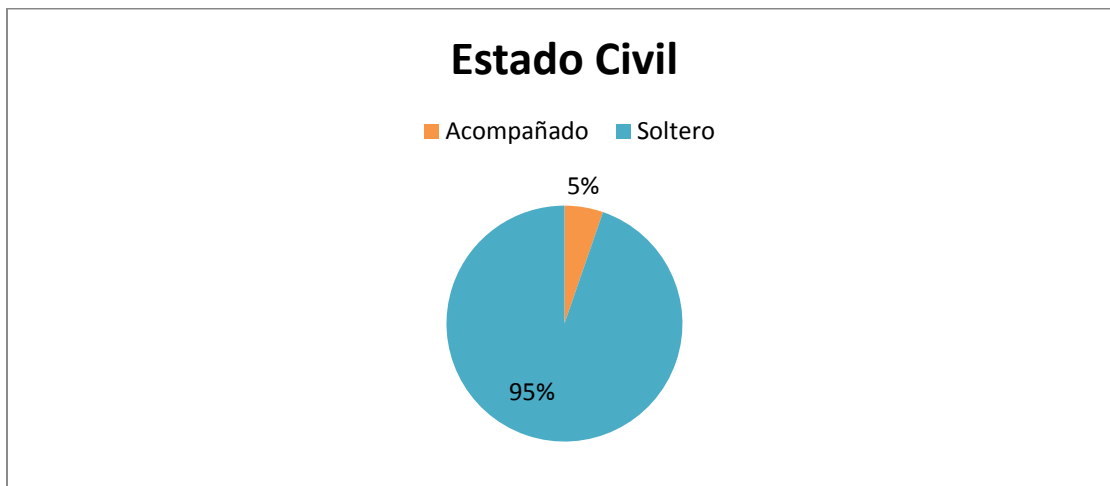
Escolaridad de los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013.



Fuente: Cuadro N°1

GRAFICO N°4

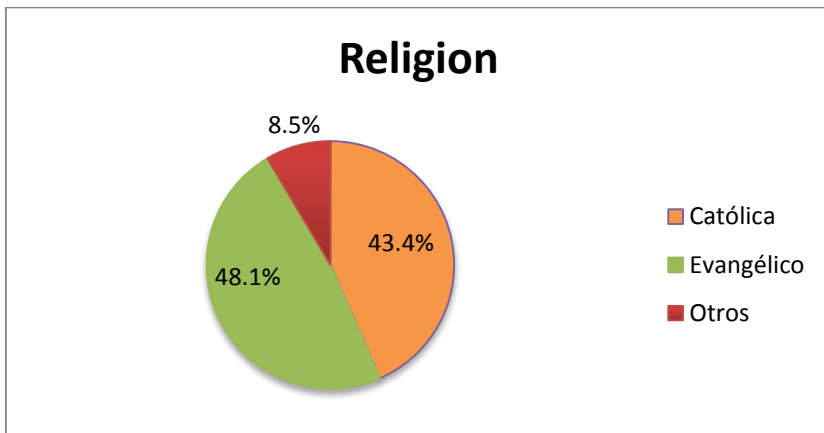
Estado Civil de los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013.



Fuente: Cuadro N°1

GRAFICO N°5

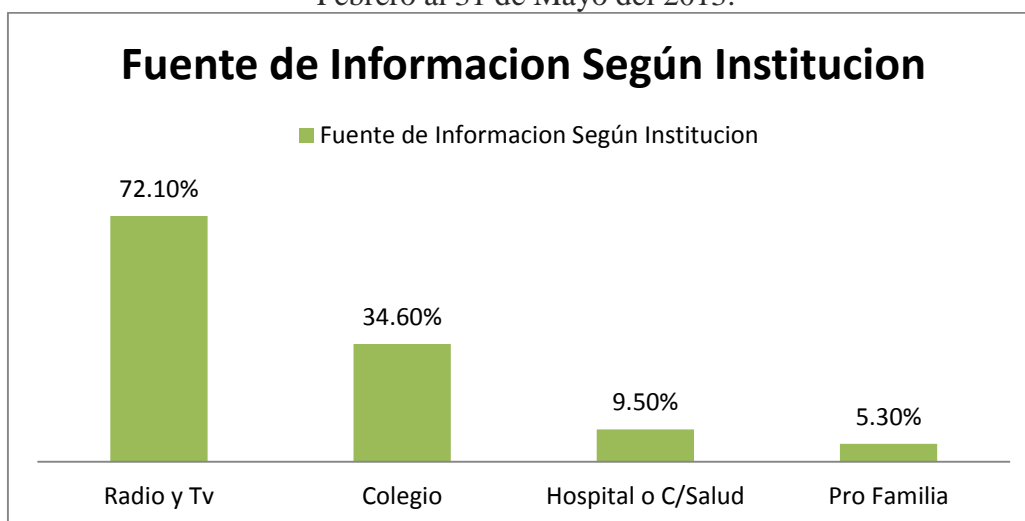
Religion de los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013.



Fuente: Cuadro N°1

GRAFICO N°6

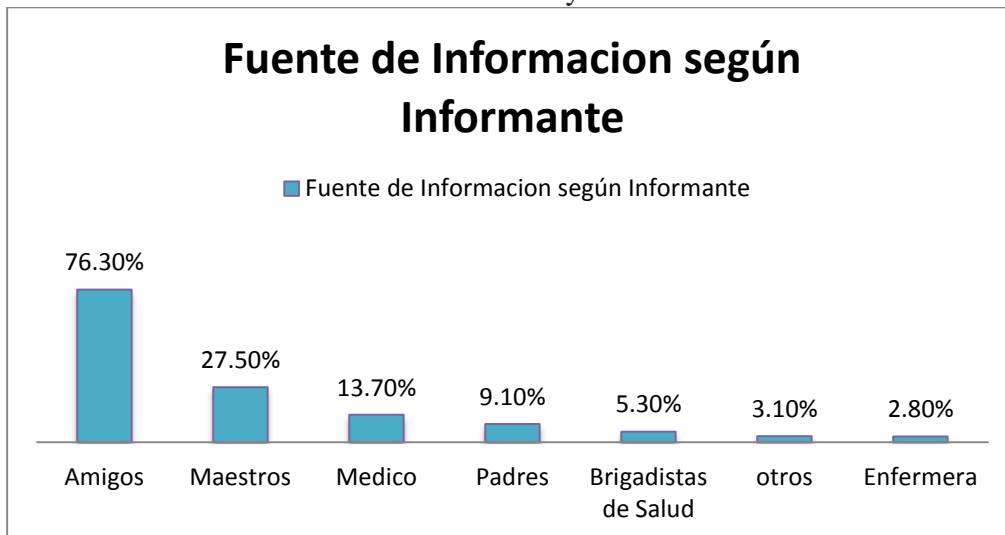
Fuente de información según institución sobre los Métodos Anticonceptivos de los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013.



Fuente: Cuadro N°3

GRAFICO N°7

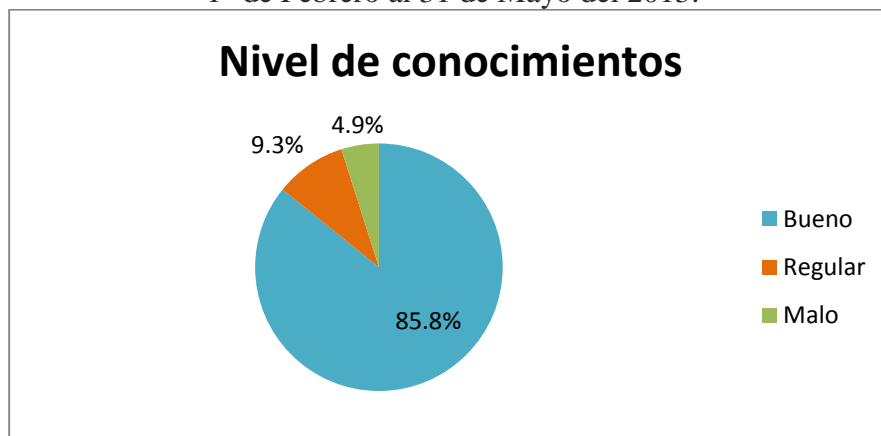
Fuente de información según Informante sobre los Métodos Anticonceptivos de los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013.



Fuente: Cuadro N°3

GRAFICO N°8

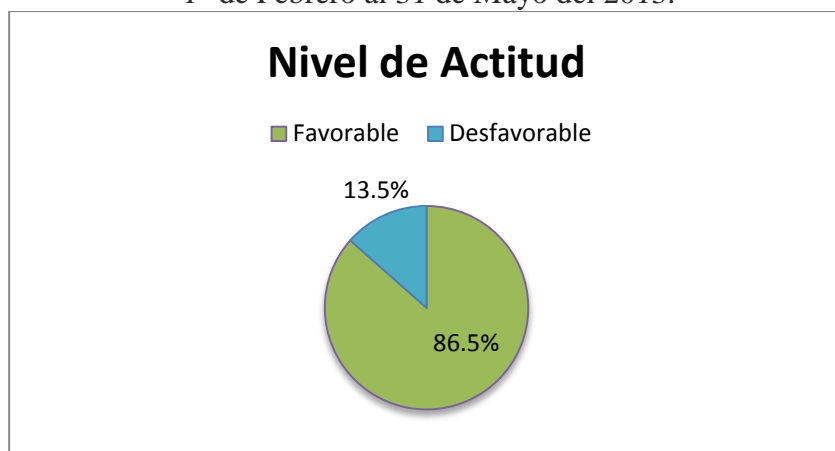
Nivel de Conocimientos sobre Métodos Anticonceptivos en los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013.



Fuente: Cuadro N°4

GRAFICO N°9

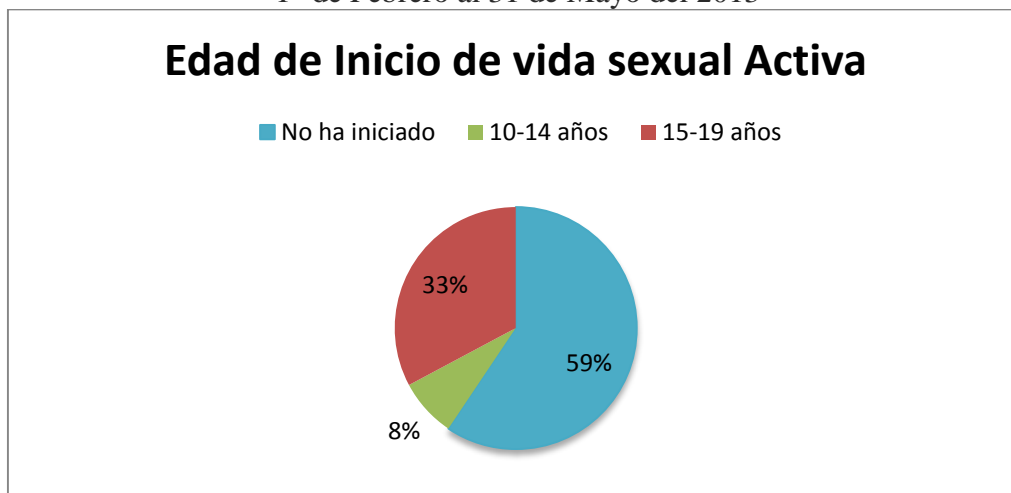
Nivel de actitud sobre Métodos Anticonceptivos de los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013.



Fuente: Cuadro N°6

GRAFICO N°10

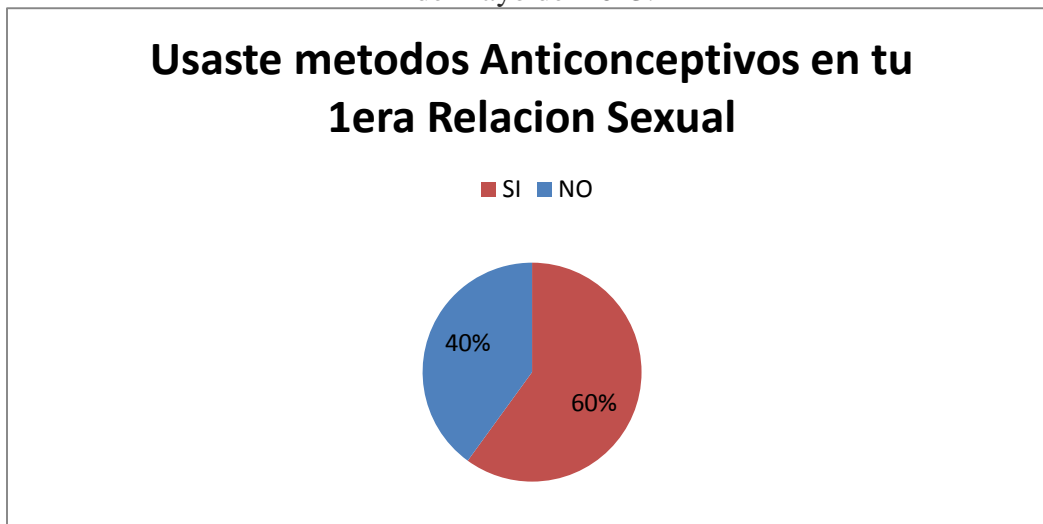
Inicio de Vida sexual activa en los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013



Fuente: Cuadro N°7

GRAFICO N°11

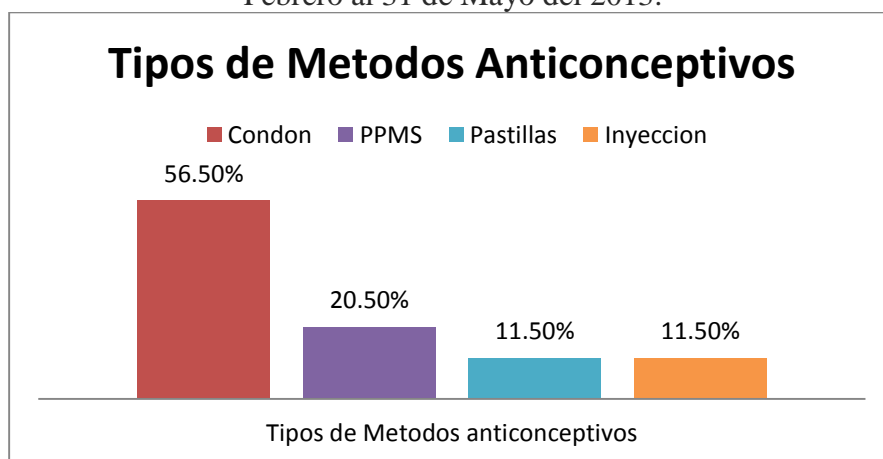
Uso de Métodos Anticonceptivos en la Primera Relación Sexual de los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013.



Fuente: Cuadro N°8

GRAFICO N°12

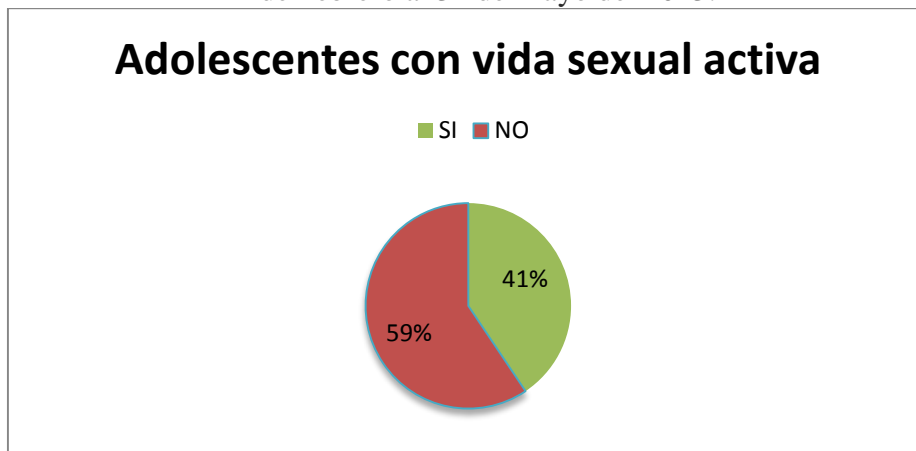
Tipo de Métodos Anticonceptivos utilizados en la primera relación sexual por los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013.



Fuente: Cuadro N°9

GRAFICO N°13

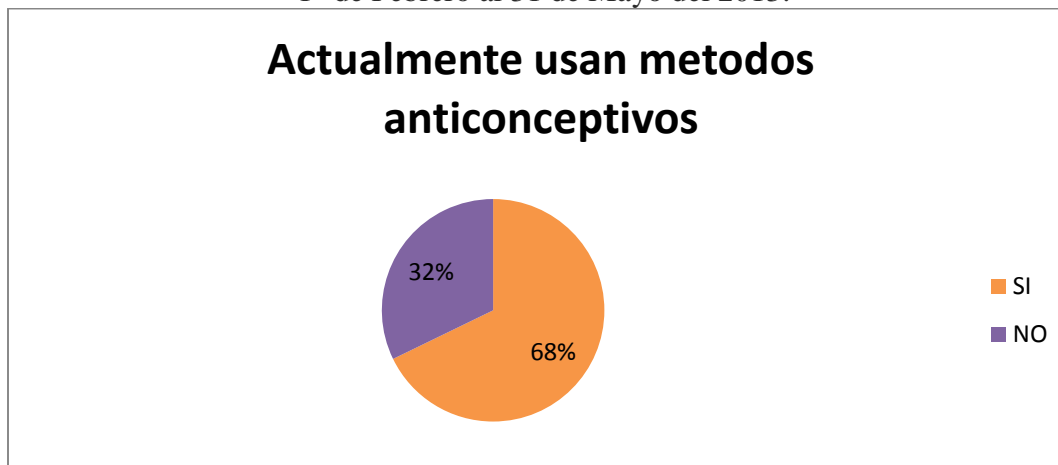
Inicio Vida sexual activa de los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013.



Fuente: Cuadro N°10

GRAFICO N°14

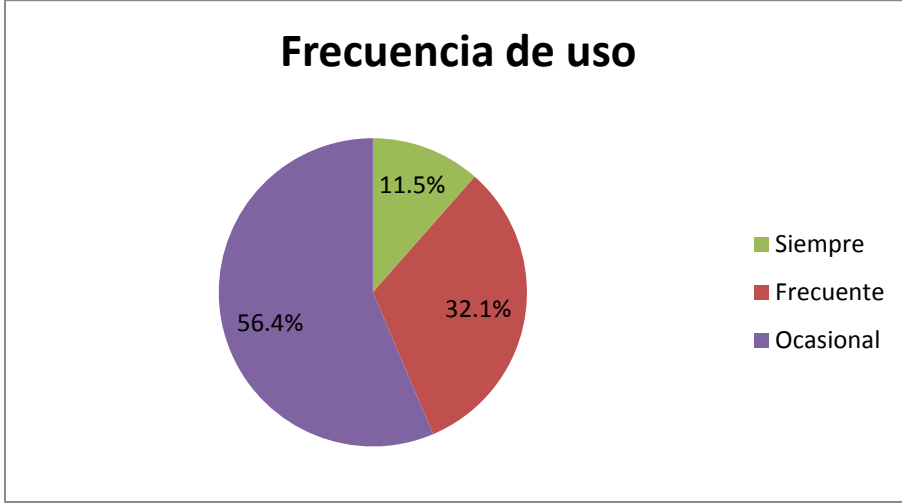
Uso actual de Métodos Anticonceptivos en los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013.



Fuente: Cuadro N°11

GRAFICO N°15

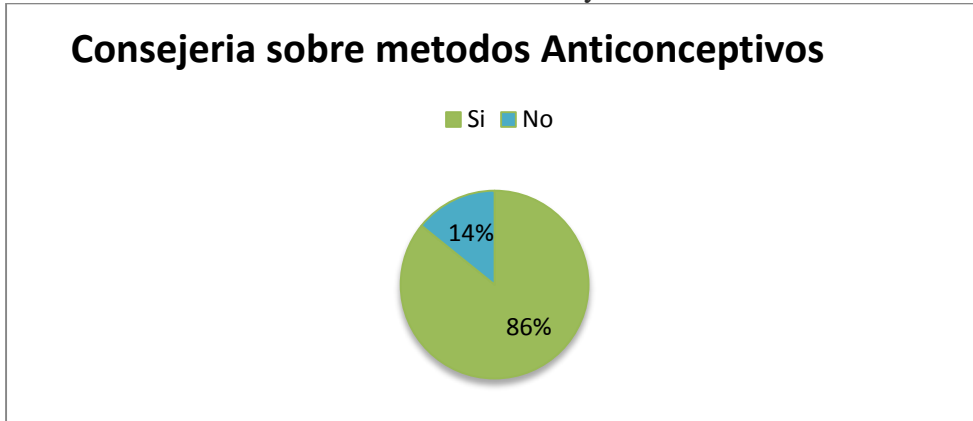
Frecuencia del Uso de los Métodos Anticonceptivos en los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013.



Fuente: Cuadro N°12

GRAFICO N°16

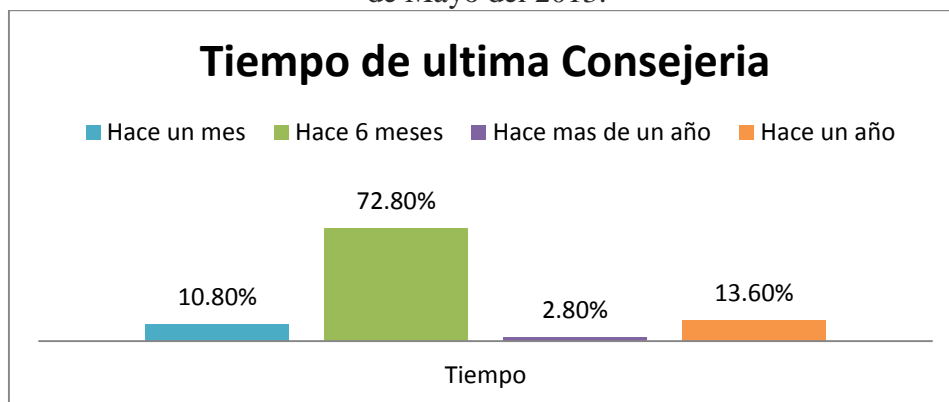
Consejería sobre Métodos Anticonceptivos en los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013.



Fuente: Cuadro N°13

GRAFICO N°17

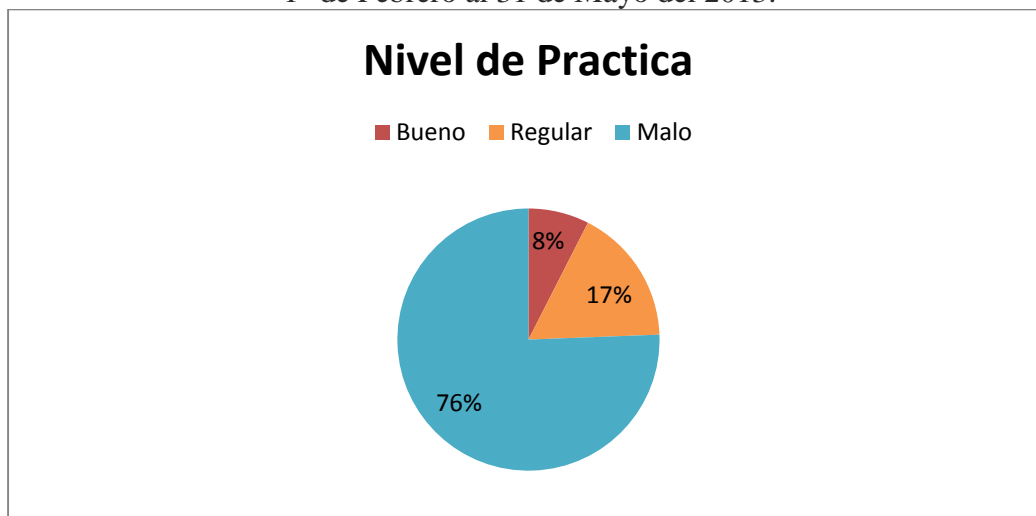
Tiempo de última consejería sobre Métodos Anticonceptivos en los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013.



Fuente: cuadro N°14

GRAFICO N°18

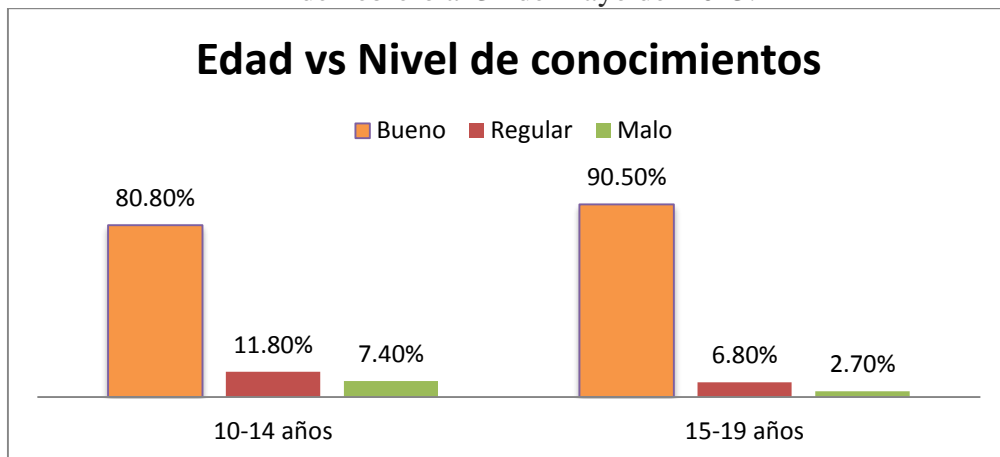
Nivel de práctica sobre Métodos Anticonceptivos en los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013.



Fuente: Cuadro N°15

GRAFICO N°19

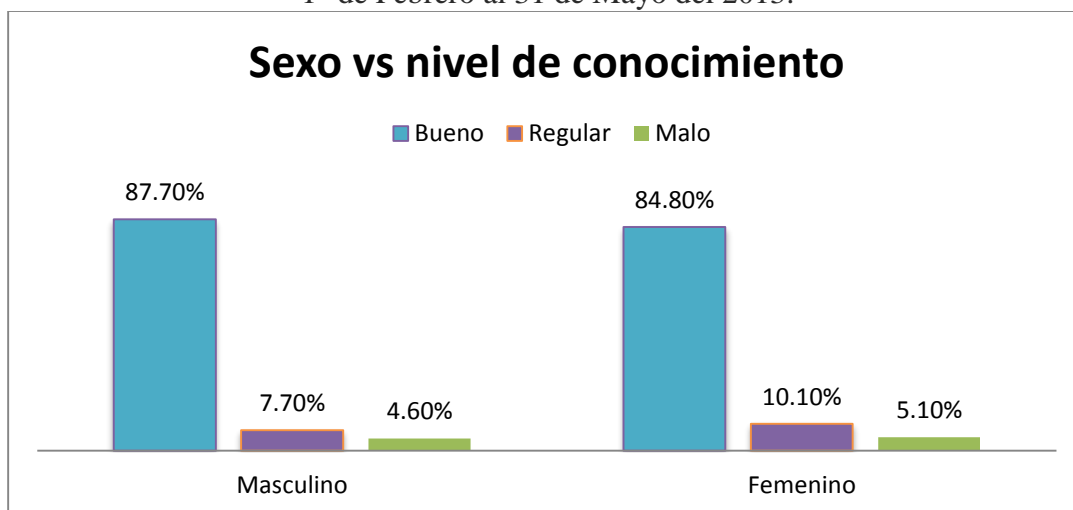
Edad versus Nivel de Conocimiento en los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013.



Fuentes: Cuadro N°16

GRAFICO N°20

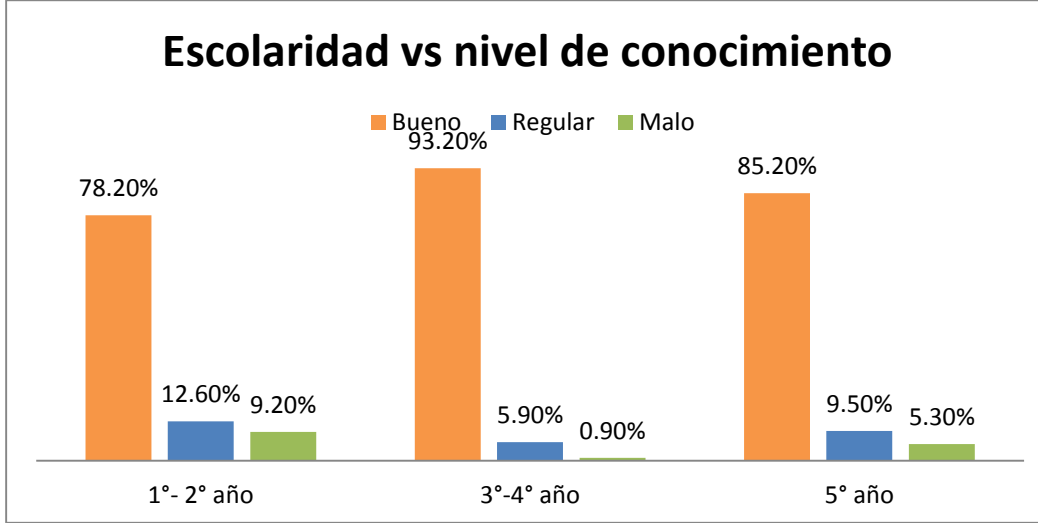
Sexo versus Nivel de Conocimiento en los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013.



Fuente: Cuadro N°16

GRAFICO N°21

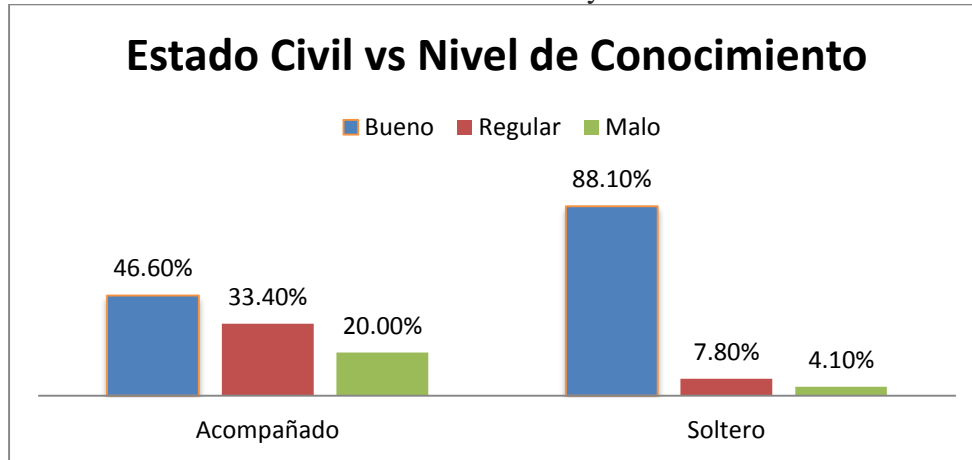
Escolaridad versus Nivel de Conocimiento en los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013.



Fuente: Cuadro N°16

GRAFICO N°22

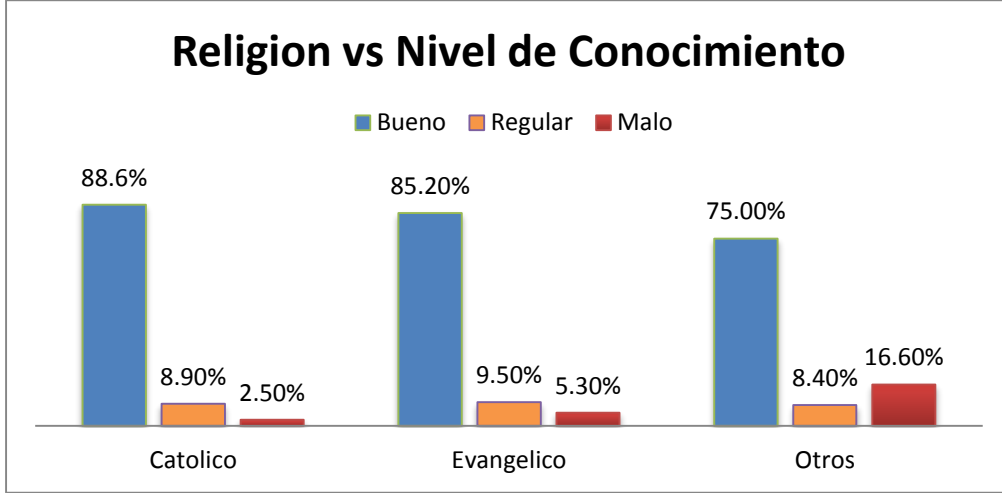
Estado Civil versus Nivel de Conocimiento en los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013.



Fuente: Cuadro N°16

GRAFICO N°23

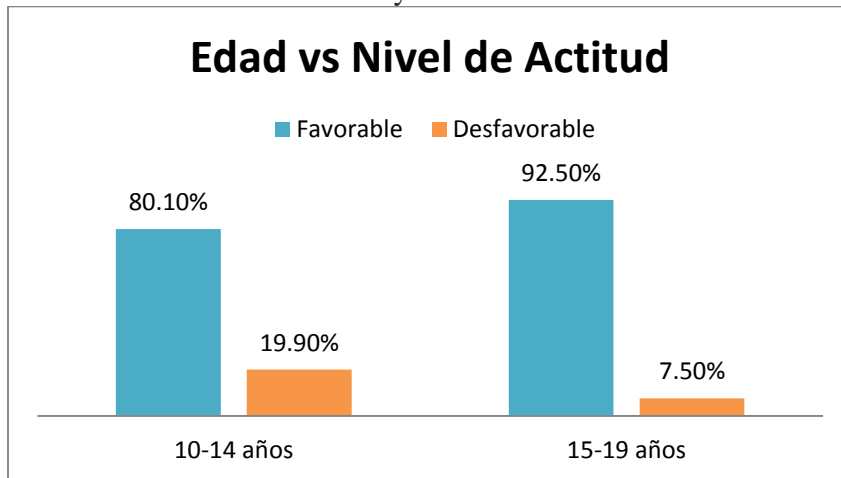
Religion versus Nivel de Conocimiento en los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013.



Fuente: Cuadro N°16

GRAFICO N°24

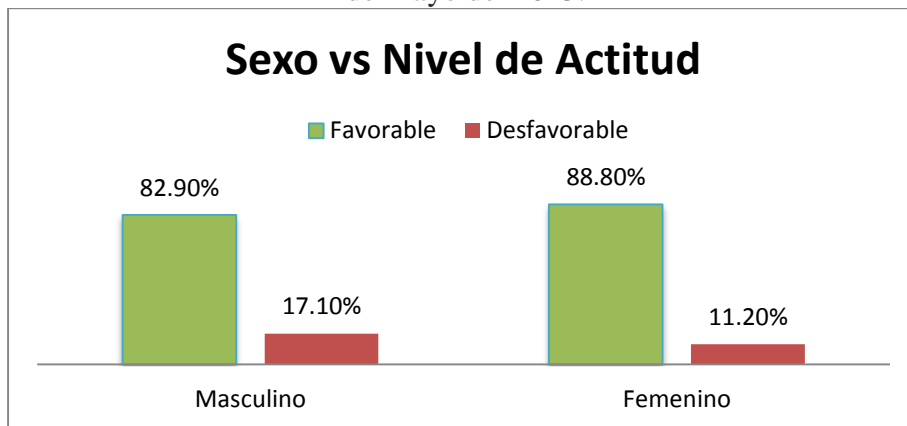
Edad versus Nivel de Actitud sobre Métodos Anticonceptivos en los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013.



Fuente: Cuadro N°17

GRAFICO N°25

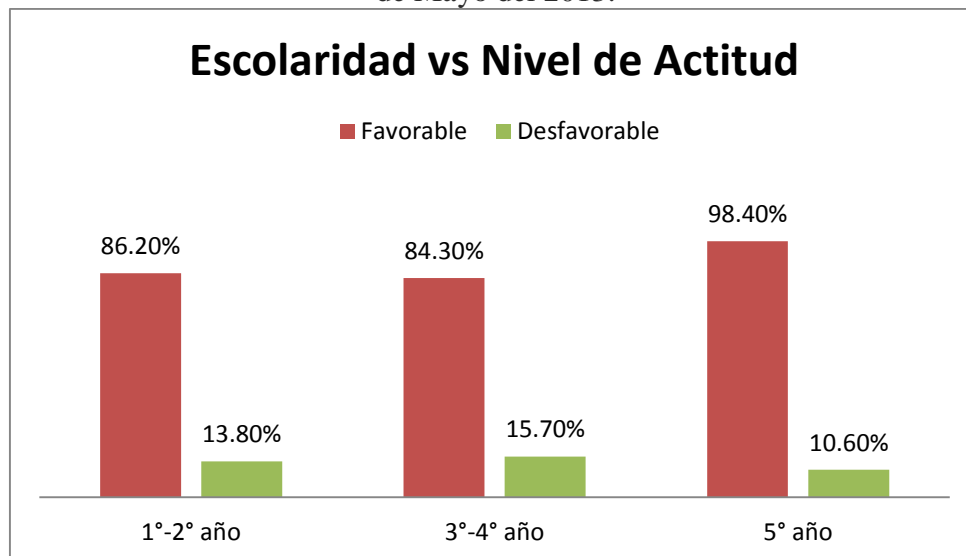
Sexo versus Nivel de Actitud sobre Métodos Anticonceptivos en los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013.



Fuente: Cuadro N°17

GRAFICO N°26

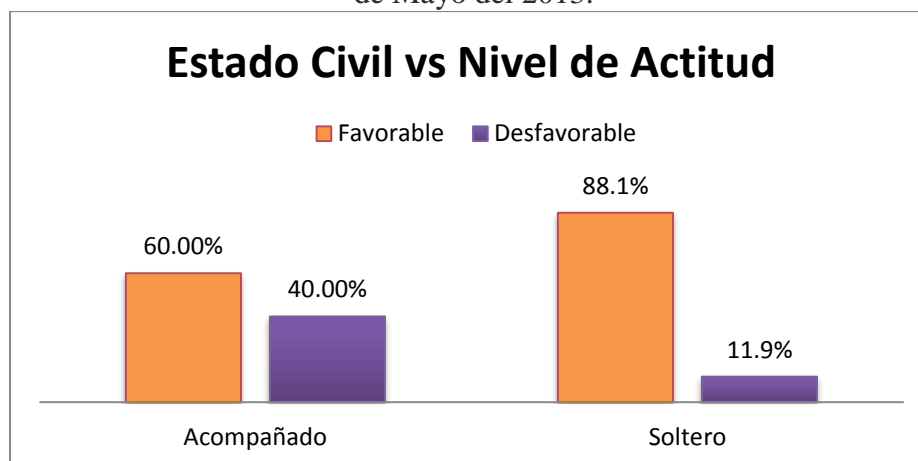
Escolaridad versus Nivel de Actitud sobre Métodos Anticonceptivos en los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013.



Fuente: Cuadro N°17

GRAFICO N°27

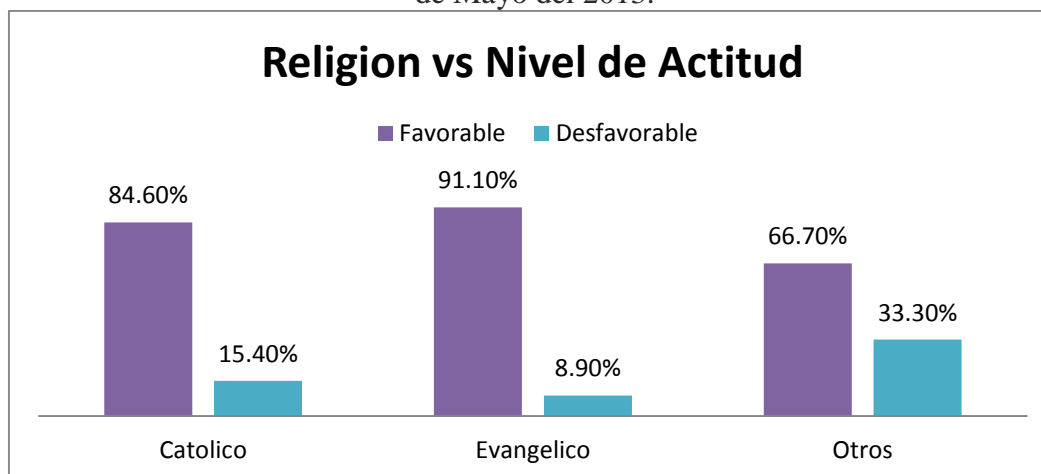
Estado Civil versus Nivel de Actitud sobre Métodos Anticonceptivos en los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013.



Fuente: Cuadro N°17

GRAFICO N°28

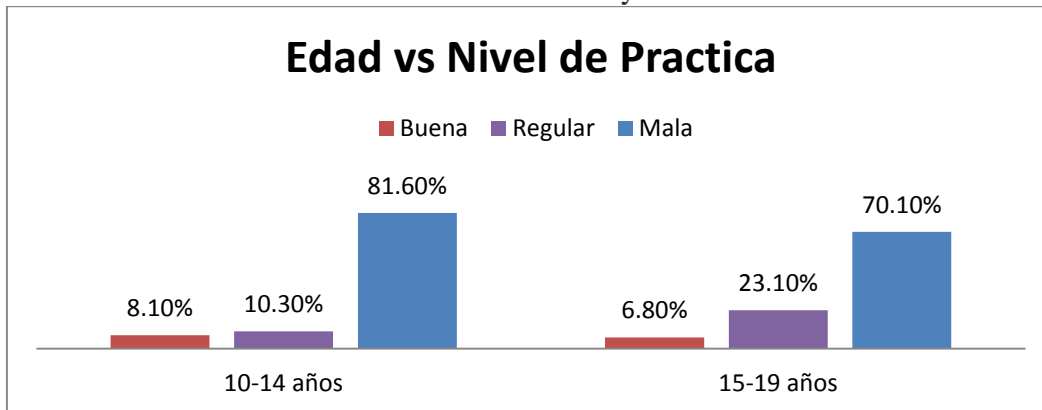
Religion versus Nivel de Actitud sobre Métodos Anticonceptivos en los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013.



Fuente: Cuadro N°17

GRAFICO N°29

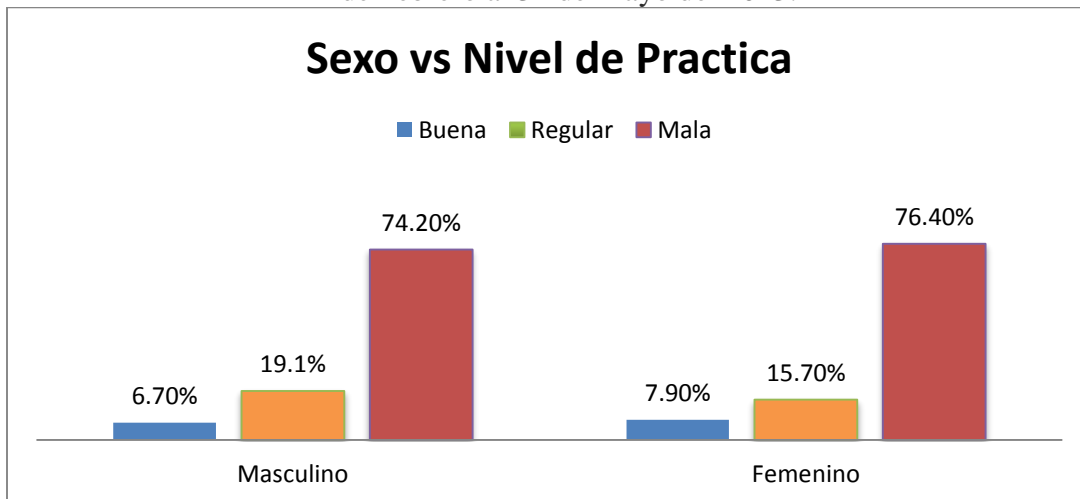
Edad versus Nivel de Práctica en los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013.



Fuente: Cuadro N°18

GRAFICO N°30

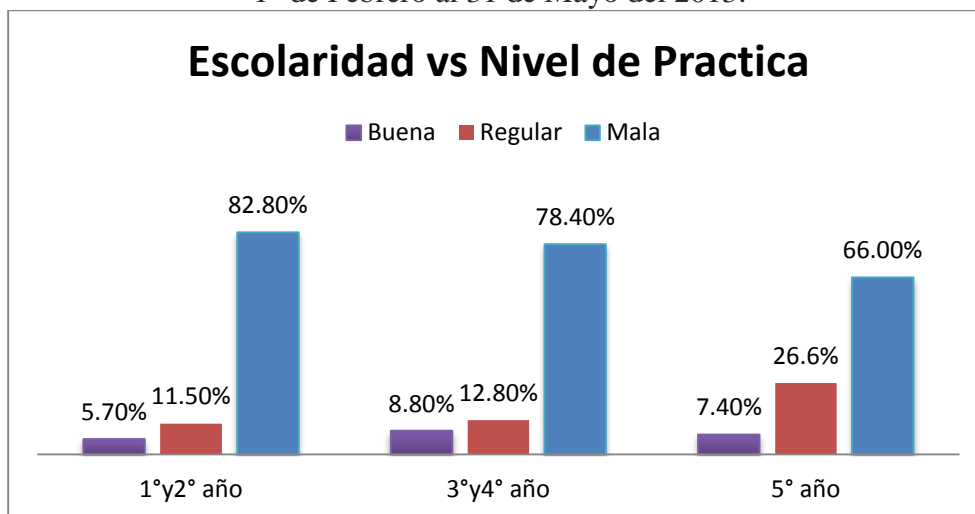
Sexo versus Nivel de Práctica en los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013.



Fuente: Cuadro N°18

GRAFICO N°31

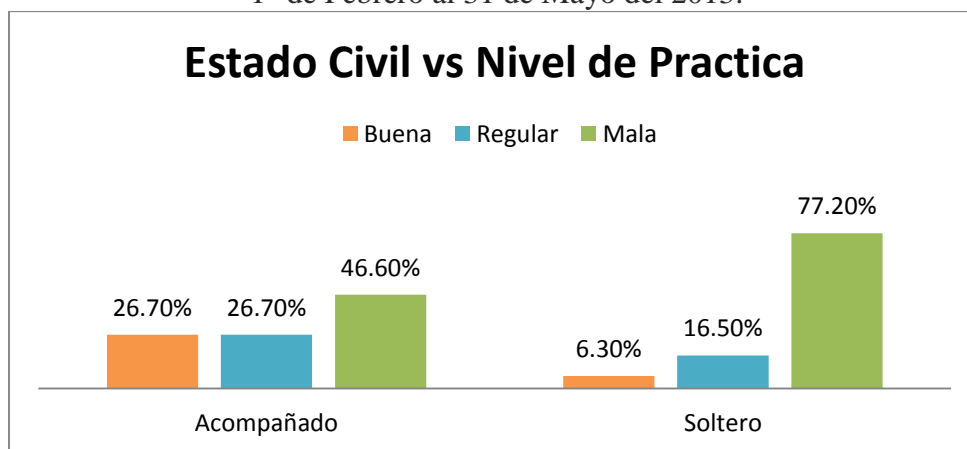
Escolaridad versus Nivel de Práctica en los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013.



Fuente: Cuadro N°18

GRAFICO N°32

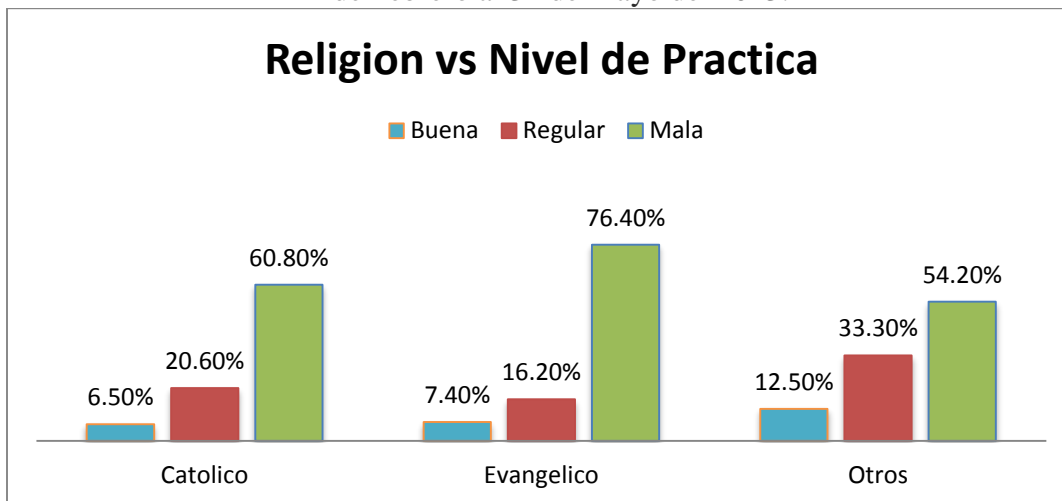
Estado Civil versus Nivel de Práctica en los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013.



Fuente: Cuadro N°18

GRAFICO N°33

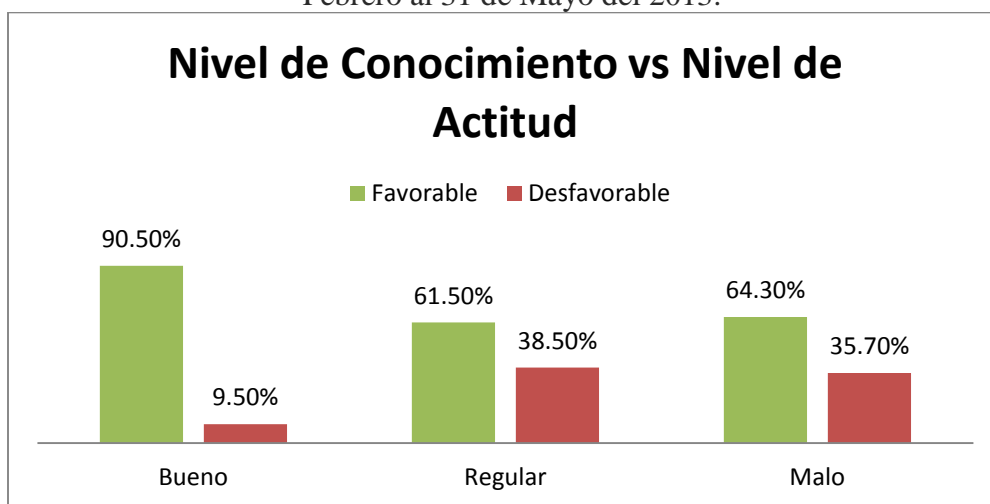
Religion versus Nivel de Práctica en los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013.



Fuente: Cuadro N°18

GRAFICO N°34

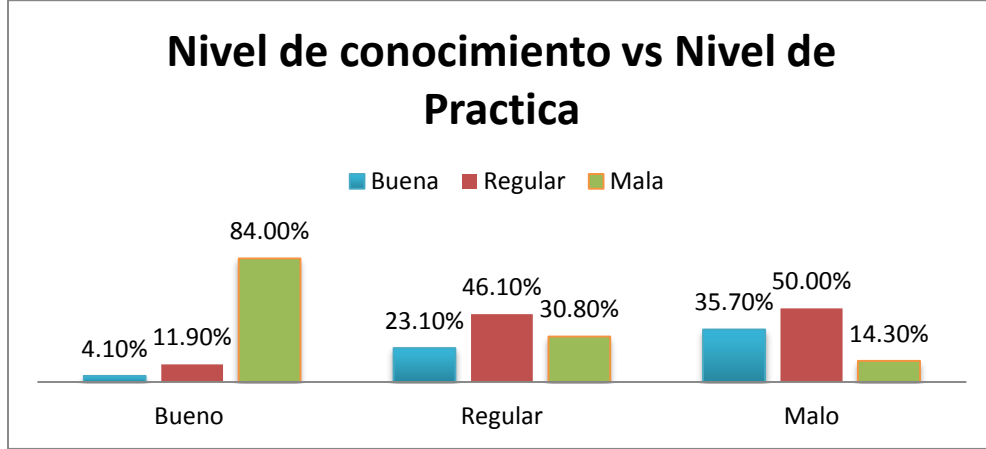
Nivel de Conocimiento versus Nivel de Actitud sobre Métodos Anticonceptivos en los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013.



Fuente: Cuadro N°19

GRAFICO N°35

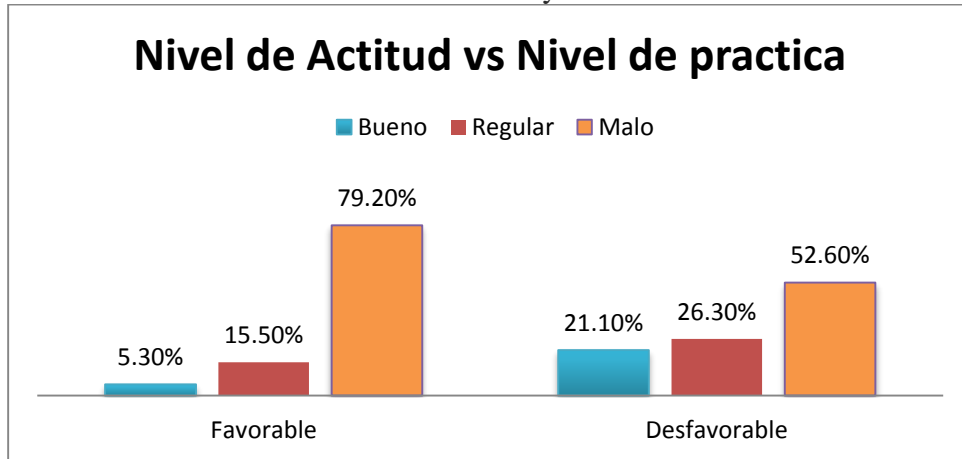
Nivel de Conocimiento versus Nivel de Práctica sobre Métodos Anticonceptivos en los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013.



Fuente: Cuadro N°20

GRAFICO N°36

Nivel de Actitud versus Nivel de Práctica sobre Métodos Anticonceptivos en los Adolescentes que asisten a la Clínica de Planificación Familiar del Centro de Salud “Villa Libertad”, del Municipio de Managua, Departamento de Managua, en el periodo del 1° de Febrero al 31 de Mayo del 2013.



Fuente: Cuadro N°21

