



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES DE
CHIMBOTE**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA
PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES
DE LA I.E JOSE ABELARDO QUIÑONES CASTILLA-
PIURA, 2018.**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

AUTORA:

ANGIE LUZ MEZA NUÑEZ

ASESOR:

OBSTA. FLOR DE MARIA VÁSQUEZ SALDARRIAGA

PIURA – PERÚ

2018

Hoja de firma de jurado y asesor

Dra. Susana Erita Paredes Díaz

Presidente

Mgr. Aurea Lucía Panta Boggio

Miembro

Lic. Silvia Teresa Coronado Morales

Miembro

Lic. Flor de María Vásquez Saldarriaga

Asesor

Agradecimiento

A Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante en mi formación profesional.

A mis padres, quienes con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, gracias por inculcar el ejemplo de esfuerzo y valentía, de no tener las adversidades porque Dios está conmigo siempre.

A mi familia, porque con sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona. Agradezco a mis hermanas por su cariño y apoyo incondicional, durante todo este proceso, por estar conmigo en todo momento.

A mi hija Kate, que es parte de esta etapa tan especial, fue la que me acompañó toda la carrera y que me acompañara toda la vida. Y que espero poder acompañarla

Angie Luz

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo general determinar el nivel de conocimiento y actitud sobre los métodos anticonceptivos en adolescentes de la I.E Jose Abelardo Quiñones Castilla-Piura, durante el periodo 2018, de tipo cuantitativa y descriptiva, con una población muestral de 215 adolescentes, a quienes mediante la encuesta se les aplicó un instrumento de conocimiento sobre métodos anticonceptivos, también sobre características sociodemográficas y sexuales, además el test de likert para actitudes . Los resultados demostraron que los adolescentes en conocimiento global sobre métodos anticonceptivos el 59,07% tienen un nivel regular, el 38,14% tienen un nivel deficiente y solo el 2,79% un nivel bueno. En referencia a la actitud se obtuvo que el 97,21% de los encuestados presentan actitud favorable. En relación características sociodemográficas y sexuales las edades de 15-19 años fueron las más representativas con un 79,53%, así mismo el sexo que más predominó fue el femenino 52,09%. El 68,37% son católicos, el 100% de los adolescentes son solteros, el 81,39% solo estudian. Dentro de las características sexuales el 63,26% de los adolescentes no tienen enamorado(a) y el 70,70% no han iniciado una vida sexual activa, las edades más prevalentes de la primera relación coital es la de 15-19 años con un 21,86%. Según la orientación sexual de los adolescentes el 97,67% es heterosexual. Por lo tanto, se concluye que los adolescentes presentaron un nivel de conocimiento global regular (59.07).

Palabras claves: Actitud, adolescentes, nivel de conocimiento, métodos anticonceptivos.

Abstract

The general objective of this research was to determine the level of knowledge and attitude about contraceptive methods in the adolescents of I.E Jose Abelardo Quiñones Castilla-Piura, during the period 2018, of a quantitative and descriptive type, with a sample population of 215 adolescents, a Those who are based on the survey are given an instrument of knowledge on contraceptive methods, also on sociodemographic and sexual characteristics, in addition to the likert test for attitudes. The results showed that adolescents in knowledge about contraceptive methods 59.07% have a regular level, 38.14% have a poor level and only 2.79% have a good level. The reference to attitude was obtained that 97.21% of the respondents have a favorable attitude. The relationships between people aged 15 to 19 years were the most representative with 79.53%, as well as the sex that predominated was the female 52.09%. 68.37% are Catholics, 100% of adolescents are single, 81.39% only study. Within the sexual characteristics, 63.26% of adolescents do not have a love affair and 70.70% have not started an active sexual life, the most prevalent ages of the first coital relationship is that of 15-19 years with 21.86%. According to the sexual orientation of adolescents, 97.67% is heterosexual. Therefore, it is concluded that adolescents have a level of regular global knowledge (59.07).

Keywords: Attitude, adolescents, level of knowledge, contraceptive methods.

Contenido

Título de la Investigación.....	i
Hoja de firma de jurado y asesor	ii
Agradecimiento.....	iii
Resumen.....	iv
Abstract.....	v
Contenido.....	vi
Índice de Tablas	viii
Índice de Cuadros	ix
I. Introducción	1
II.Revisión de la literatura	3
2.1 Antecedentes.....	3
2.1.1 Antecedentes Locales	3
2.1.2 Antecedentes Nacionales.....	5
2.1.3 Antecedentes Internacionales	6
2.2 Bases Teóricas	7
2.3 Marco Conceptual	15
III. Metodología.....	69
3.1 Tipo de Investigación.....	69
3.2 Nivel de la Investigación	69
3.3 Diseño de la Investigación	69
3.4 Población y Muestra:	69
3.4.1 Población:	69
3.4.2 Muestra:.....	70
3.5. Criterios de inclusión y exclusión.....	70
3.6 Técnica e Instrumentos de medición	75
3.7 Plan de Análisis	77
3.8 Matriz de Consistencia.....	78
3.9 Principios Éticos	81
IV. Resultados.....	82
4.1 Resultados.....	82

4.2 Análisis de resultados	88
V. Conclusiones	93
Referencias Bibliográficas	95
ANEXOS	100

Índice de Tablas

Tabla 1. Nivel de Conocimiento global sobre métodos anticonceptivos en adolescentes de secundaria de la I. E Jose Abelardo Quiñones, durante el periodo 2018	82
Tabla 2. Actitud global sobre los métodos anticonceptivos en adolescentes de la I.E Jose Abelardo Quiñones, durante el periodo 2018	83
Tabla 3. Fuentes de información y lugares de adquisición sobre métodos anticonceptivos en adolescentes de la I.E Jose Abelardo Quiñones Castilla- Piura, durante el periodo 2018.....	84
Tabla 4. Características sociodemográficas y sexuales en adolescentes de la I.E Jose Abelardo Quiñones, durante el periodo 2018	86

Índice de Cuadros

Cuadro 1: Matriz de Operacionalización de la variable Nivel de Conocimiento sobre métodos anticonceptivos	72
Cuadro 2: Matriz de consistencia.....	78

I. Introducción

En América Latina y el Caribe, se aprecia que se halla una población de 160 millones de jóvenes. Uno de las principales circunstancias que incide de manera significativa en la condición de vulnerabilidad de las adolescentes es el embarazo no fue planificado. La región posee la segunda tasa más elevada de embarazos adolescentes del mundo (1). En el Perú, el apropiado conocimiento del nivel de utilización y de los tipos de métodos empleados posibilita calcular también la efectividad de los programas desarrollados recientemente en el pasado y permite reconocer a los grupos con limitado acceso a los servicios de planificación familiar, sobre todo los de orientación (2).

Piura, que situado en la zona norte del país, con una población que bordea el millón y medio, no es ajena de esta realidad y cuyas estadísticas en cuanto a la salud sexual y reproductiva del adolescente son alarmantes, ya que la conducta reproductiva de las adolescentes es un tema de suma importancia, no solo en lo referente a embarazos no deseados y abortos, sino también en relación con las consecuencias sociales, económicas y de salud (3).

Por lo mencionado anteriormente fue necesario realizar la investigación en la I.E José Abelardo Quiñones, diversos datos en relación al tema a tratar, que por ayuda de la problemática, hemos podido encontrar datos estadísticos que reportaron 2 embarazos y 2 abortos en adolescentes de esta institución educativa. Por lo tanto frente a la situación problemática se planteó la siguiente interrogante: ¿Cuál es el nivel de conocimiento y actitud sobre métodos anticonceptivos en los adolescentes de la I.E José Abelardo Quiñones Castilla-Piura, durante el periodo 2018?

Para dar respuesta al problema, se ha planteo el siguiente objetivo general: Determinar el nivel de conocimiento y actitud sobre los métodos anticonceptivos en los adolescentes de la I.E Jose Abelardo Quiñones Castilla-Piura, durante el periodo 2018. Y los siguientes objetivos específicos: (a) Identificar el nivel de conocimiento global sobre métodos anticonceptivos en los adolescentes del ámbito de estudio, (b) Identificar la actitud global respecto a los métodos anticonceptivos en los adolescentes del ámbito de estudio, (c) Identificar las fuentes de información y lugar de adquisición sobre los métodos anticonceptivos en los adolescentes del ámbito de estudio, (d) Identificar las características sociodemográficas y sexuales en los adolescentes del ámbito de estudio.

La presente investigación surgió por el interés de saber cuál es el nivel de conocimientos que los adolescentes tienen respecto a los Métodos Anticonceptivos en esta Institución Educativa. Es así que se busca plantear la posibilidad de una intervención a nivel de instituciones educativas públicas y privadas.

En la investigación se utilizó un diseño no experimental de tipo descriptivo, nivel cuantitativo, la muestra fueron los 215 adolescentes de la I.E Jose Abelardo Quiñones, que participaron en la investigación; a quienes se les aplicó un instrumento para medir el nivel conocimiento y actitud.

Por consiguiente, se obtuvo que: en forma global el 59,07% de los adolescentes encuestados obtuvo un nivel de conocimiento regular. Con un 97,21% en lo que respecta a las actitudes favorables.

II. Revisión de la literatura

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes Locales

Sosa R. (4) en Piura 2016; en su estudio titulado “Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de 14-19 años del AA.HH Chiclayito- Castilla, durante el periodo 2015-2016”. Siendo como su objetivo general; describir el conocimiento y las actitudes sexuales en los adolescentes de 14 a 19 años del Asentamiento Humano Chiclayito del distrito Castilla-Piura, en el periodo 2015-2016. Fue un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal, no probabilístico. Obteniendo como resultado: Que el 95% presenta actitudes desfavorables hacia la vivencia de una sexualidad responsable y segura. Como conclusión, los adolescentes entrevistados en un gran porcentaje desconocen su sexualidad y presentan actitudes desfavorables para una vida sexualmente responsable y segura.

Arrieta L. (5) en Piura 2017; en su estudio titulado “Conocimientos sobre métodos anticonceptivos en adolescentes de primer y segundo año de secundaria de la Institución Educativa 14038 del sector Villa La Legua – Piura año 2016”. Teniendo como objetivo general determinar el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos en los adolescentes de primer y segundo año de secundaria de la Institución Educativa 14038 en el Sector Villa La Legua – Piura año 2016. La investigación fue de tipo descriptiva y nivel cuantitativo. Obteniendo los siguientes resultados: En relación a las características sociodemográficas y prácticas sexuales se ha demostrado, que la edad predominante de los adolescentes encuestados es de 14 años (33.3%), según el sexo predomina el sexo femenino con 53.3%; en lo

concerniente al estado civil es 100% son solteros, además que profesan la religión católica con el 100%, respecto a la ocupación el 100% son estudiantes.

Referente a si tienen o no enamorado(a) el 48% respondió que no y el 90% no han tenido relaciones coitales, siendo la edad de inicio más frecuente a los 13 años (3.33%), y finalmente el 85% de adolescentes se consideran heterosexuales. Por lo tanto, se concluyó: que la muestra en estudio desconoce sobre métodos anticonceptivos.

Calle C. (6) en Piura 2018; en su estudio titulado “Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en adolescentes de cuarto y quinto de secundaria de la Institución Educativa Eriberto Arroyo Mío del caserío de Chililique Alto-Chulucanas. Piura, mayo 2018”. Siendo como su objetivo general; determinar el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos en los adolescentes de cuarto y quinto año de secundaria de la Institución Educativa Eriberto Arroyo Mío del Caserío de Chililique Alto-Chulucanas – Piura durante el período mayo 2018. La investigación fue de tipo cuantitativo y descriptivo, los resultados demostraron que los adolescentes en estudio obtuvieron un nivel de conocimiento global deficiente con un 66,66%, seguido del 26,67% regular y 6,67% bueno.

Se concluye que el conocimiento global de los adolescentes de cuarto y quinto año de secundaria de la institución educativa Eriberto Arrollo Mío del caserío de Chililique Alto Chulucanas periodo mayo 2018, fue el 66,66% deficiente, 26,67% regular y una minoría del 6,67%.

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Martínez M, Paitan E, en Perú 2017; realizaron una investigación titulada “La actitud de los estudiantes del 5 to de secundaria hacia el uso de métodos anticonceptivos en la I.E Héroes del Cenepa de Saños Grande - Huancayo periodo mayo 2017”, tuvo como objetivo determinar la actitud de los estudiantes del 5° de secundaria hacia el uso de métodos anticonceptivos en la I.E. Héroes del Cenepa de Saños Grande – Huancayo periodo mayo 2017. La investigación fue de tipo, cualitativo, descriptivo simple, de cohorte transversal y se encuentra en el nivel de investigación prospectivo. Los resultados que se obtuvo frente a la actitud, fue que el 49.7% (38) de estudiantes mantienen actitudes favorables hacia el uso de métodos anticonceptivos, esto se deriva a que tienen una información adecuada y un comportamiento responsable, estas actitudes le ayudaran a prevenir situaciones de riesgo en su sexualidad (7).

Por otro lado el 16.5% (13) de estudiantes tienen una actitud desfavorable frente a algunas situaciones, esto podría traerles problemas como inicio de actividad sexual precoz, embarazos no planeado, contagio de I.T.S, entre otros. Se concluye que existe una actitud favorable en los estudiantes de 5° de secundaria hacía en uso de métodos anticonceptivos en la I.E. Héroes Cenepa de Saños Grande – Huancayo periodo mayo 2017 (7).

Huanilo E. (8) en Perú 2017; en su estudio titulado “Fuentes de información y nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en adolescentes. Hospital Santa Rosa” con el objetivo de establecer la relación entre las fuentes de información y el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en las adolescentes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el mes de octubre del 2017. El estudio

fue de tipo observacional, descriptivo, correlacional de corte transversal. Como resultados se obtuvo que la mayor parte de los conocimientos se debe al internet en el 26.1%; seguido de la escuela en el 23.9% y de la familia en el 19.6% al igual que por los profesionales de la salud. El 50% de las adolescentes preferiría que sea el profesional de la salud quien le brinde información sobre los métodos anticonceptivos; el 17.4%, la familia; el 15.2%, los medios de comunicación; el 13%, la escuela y el 4.3% preferiría que sean los amigos.

En conclusión las fuentes de información no se relacionan significativamente con el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en las adolescentes atendidas en el Hospital Santa Rosa durante el mes de octubre del 2017.

2.1.3 Antecedentes Internacionales

Sánchez M, Dávila R, Ponce E, en México 2014; realizaron un estudio denominado “Conocimiento y Uso de Métodos Anticonceptivos en Adolescentes del Centro de Salud de la ciudad de México, en los meses de setiembre-octubre del 2014”, siendo su objetivo identificar el nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes. Su estudio fue observacional, descriptivo y transversal. Los resultados obtenidos acerca del lugar más frecuente en el que obtuvieron métodos anticonceptivos fue: farmacia con un 70.8%, unidades de salud con un 25.8% y los amigos con un 3.3%. Concluyo que es necesario mejorar la calidad de la información sobre el uso adecuado de los métodos anticonceptivos, lo que se espera, repercuta positivamente en la salud sexual y reproductiva de la población (9).

Jiménez D, Vilchis E, en México 2016; realizaron un estudio titulado “Nivel de conocimientos acerca de los métodos anticonceptivos que tienen los alumnos de una

secundaria Mexiquense”, teniendo como objetivo general; analizar el nivel de conocimientos acerca de los métodos anticonceptivos que tienen los alumnos de una secundaria mexiquense. Realizaron un estudio con enfoque metodológico cuantitativo de tipo descriptivo – transversal. El muestreo es de tipo no probabilístico intencional. De acuerdo a los resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario a los alumnos de la secundaria Juan Fernández Albarrán se encontró que un 64.7% cuenta con un conocimiento medio acerca del tema, mientras que un 25.9 % bajo y solo un 9.4% cuenta con un nivel de conocimiento alto. Con los resultados de los porcentajes podemos decir que los alumnos de secundaria Juan Fernández Albarrán tienen conocimientos deficientes acerca de métodos anticonceptivos (10).

En conclusión se encontró que en cuanto al género de los estudiantes en su mayoría fueron del género masculino. De acuerdo con los resultados obtenidos se encontró que en su mayoría los alumnos tienen un nivel de conocimiento medio, en segundo lugar, un conocimiento bajo y una minoría cuenta con un nivel de conocimiento alto (10).

2.2. Bases Teóricas

2.2.1.- Bases Teóricas de la Adolescencia

El adolescente ya no es un niño menos un adulto. La ambivalencia del adolescente se alude a esta dualidad niño - adulto donde por un lado requiere ser querido y protegido, pero por otro lado desea su independencia y autonomía. Del tal modo, coexiste la necesidad de auto dirigirse junto a la sensación de no tener claro sobre qué dirección seguir, el deseo de seguir sus propias inclinaciones y el miedo a

ser rechazado, y la adquisición de capacidades sexuales sin tener ninguna experiencia anterior.

Las diferentes teorías de la adolescencia son las siguientes:

Perspectivas teóricas

Desde que el hombre tomó consciencia de las distintas individuales ha insistido en estudiar el desarrollo de su vida a través de las experiencias que vive. Este estudio científico ha generado mucha diversidad de teorías del desarrollo que tratan de explicar de manera sencilla las etapas por las que pasa el ser humano a través de su vida. Varios teóricos se dieron la tarea de clasificar el comportamiento humano en diferentes etapas del desarrollo desde distintas perspectivas de la vida. De tal forma que el esfuerzo por categorizar el desarrollo se han establecido las teorías más conocidas hoy día, entre ellas se encuentran las siguientes perspectivas.

a. Perspectiva psicoanalítica: Basada en las teorías psicosexual y psicosocial.

Sigmund Freud; la teoría psicosexual se fundamenta en que la conducta está controlada por poderosos impulsos inconscientes y emplea la observación clínica, el individuo es pasivo en su desarrollo mediante la modificación de factores innatos a través de las experiencias vividas.

Según Erik Erikson; la teoría psicosocial se fundamenta en que la personalidad está influida por la sociedad y se desarrolla a través de una serie de crisis, el individuo como ente activo del proceso mediante la interacción de factores innatos y de las experiencias.

b. Perspectiva de social: La teoría del aprendizaje social (Albert Bandura)

Se fundamenta en que los niños aprenden en un contexto social al observar e imitar modelos y emplea los experimentos científicos rigurosos como técnica de estudio.

c. Perspectiva cognoscitiva: La teoría cognoscitiva por etapas (Jean Piaget)

Se fundamentan en que los cambios cualitativos del pensamiento ocurren entre la infancia y la adolescencia y usa las entrevistas flexibles y las observaciones meticulosas como técnicas de estudio tomando en cuenta las etapas. El individuo es activo en el proceso mediante la interacción y de la experiencia.

e. Perspectiva moral:

Basada en las teorías del desarrollo moral, la teoría motivacional y la teoría del razonamiento moral: La teoría del desarrollo moral (Lawrence Kohlberg) se fundamenta en que el ser humano se desarrolla a través de transformaciones físicas. Su énfasis se basa en la interacción y transición en las áreas socio-emocionales del individuo.

Según Eugenio M de Hostos; la teoría del razonamiento moral, se sustenta en la pretensión de la formación del ser humano completamente y la adquisición de la libertad. Su énfasis es que el raciocinio tiene que predominar sobre la voluntad. Ve a la persona como el ser que posee la disposición de razonar y de relacionar, de idear y de pensar, como de juzgar y conocer.

La teoría motivacional o de jerarquía de necesidades (Abraham Maslow)

Esta teoría se sustenta en que la evolución de la personalidad humana se desarrolla a partir de una necesidad o estímulo eminente. El ser humano es visto como activo en la toma de decisiones para decretar cuáles son sus prioridades y cómo las ocultará.

Cada una de las teorías tiene una visión peculiar sobre la adolescencia y el comportamiento de las personas que pasan por este periodo de la vida. Es primordial tener claro estas visiones de la adolescencia para actuar de manera eficaz con los mismos. Se debe considerar que no todos los adolescentes se desenvuelven de la misma manera ni están rodeados en las mismas experiencias y situaciones de la vida (11).

2.2.2.- Bases Teóricas de la Actitud

La actitud no es más que una forma de respuesta, ante alguien o a algo aprendido y parcialmente permanente, de igual manera se define como las predisposiciones a responder de una precisa manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo, las componen las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se enlazan entre sí.

Según Quiles N, Marichal F, Betancort V, hacen mención a las teorías de la actitud:

Las actitudes son adquiridas, en consecuencia pueden ser diferenciadas de las razones biosociales como el hambre, la sed y el sexo, que no son aprendidas, procuran a permanecer bastantes estables con el tiempo, siempre estas son conducidas hacia un objeto o idea particular, una vez formada, es muy arduo que se modifique una actitud, ello depende en gran medida del hecho de que muchas creencias, convicciones y juicios se refiere a la familia de origen; en efecto, las

actitudes pueden haberse constituido desde los primeros años de vida y haberse fortificado después, otras se cultivan de la sociedad, como es el caso de la actitud negativa ante el robo y el homicidio; por ellas otras dependen directamente del humano (12) .

Según Armendariz, hace mención a que la etapa crítica en la formación de las actitudes tiene lugar entre los 12 y 30 años de edad, y las influencias sustanciales son la familia, los compañeros, la educación, los incidentes críticos y decisiones, hacia el final de esta etapa las actitudes llegan a ser estables y persistentes. Se dice que ningún hombre madura en forma independiente a sus semejantes ya que vivimos en una sociedad y estamos en constante vínculo unos con otros; la mayor parte de nuestra vida social es producto de nuestras relaciones con quienes cooperan a ella, como son nuestra familia, amigos, vecinos y nuestros docentes (12).

Rodríguez, L. M hace mención a las teorías de aprendizaje:

Entre las teorías de las actitudes tenemos:

- **Teoría del aprendizaje:** esta teoría se basa en que al aprender recibimos nuevos conocimientos de los cuales intentamos desarrollar unas ideas, unos sentimientos y unas conductas asociadas a estos aprendizajes. El aprendizaje de estas actitudes puede ser reforzado mediante experiencias agradables. Ej.: Al aprender nuevos conocimientos sobre Métodos anticonceptivos, se intenta recoger toda la información posible para poder realizar un cambio en nuestra conducta, partiendo de la nueva información adquirida.
- **Teoría de la consistencia cognitiva:** esta teoría se basa o consiste en el aprendizaje de nuevas actitudes, relacionado la nueva información con alguna otra información

que ya se conocía, así tratamos de desarrollar ideas o actitudes compatibles entre sí. Ej.: Al estudiar algo nuevo, intentamos memorizarlo mediante la relación de lo que vamos a aprender con lo que ya sabemos, esto nos llevará a que, a la hora de acordarse de lo nuevo memorizado, será más fácil recordarlo.

• **Teoría de la disonancia cognitiva:** esta teoría se creó en 1962 por León Festinger, consiste en hacernos creer a nosotros mismos y a nuestro conocimiento, que algo no nos perjudica, pero sabiendo en realidad lo que nos puede pasar si se siguiese manteniendo esta actitud tras haber realizado una prueba y fracasar al intento. Esto nos puede provocar un conflicto, por que tomamos dos actitudes, incompatibles entre sí que nosotros mismos intentamos evitar de manera refleja, esto nos impulsa a construir nuevas actitudes o a cambiar las actitudes ya existentes. Ej.: normalmente las personas que consumen drogas tienen conciencia de lo que se hacen a ellos mismos, pero sin embargo las siguen consumiendo, debido a que se hacen creer que el placer que les produce tomarlas compensa lo que en un futuro les ocurrirá) (12).

De acuerdo con Krenk M, es probable distinguir los siguientes componentes que caracteriza las actitudes:

• **Signo.** - las actitudes se distinguen en, buenas o positivas si se encaminan a los valores; malas o negativas si se establecen a actos contrarios a nuestra naturaleza y nos conducen hacia los contravalores o, si nos separan de los objetos y circunstancias que reemplazan valores con cierto grado de intersubjetividad social.

• **Dirección.** - se deriva del signo de la actitud y que se demuestra con el acercamiento/ aceptación o con el alejamiento/ desaprobación hacia el objeto de la actitud. Se muestra en términos bipolares “acepto/ rechazo, positiva/negativa”.

- Magnitud o intensidad. - se evidencia por el nivel de acercamiento/ aceptación o alejamiento/ rechazo hacia el objeto o circunstancia de la actitud. Queda encaminada por el grado de polarización de la actitud (12).

2.2.3. - Bases Teóricas del conocimiento

2.2.3.1.- El Conocimiento Humano

El conocimiento humano está establecido por una faceta sensible y una faceta intelectual. La primera de estas cumple nociones externas y a apreciaciones internas, no obstante, la segunda se encarga de idealizar, juzgar y razonar lo obtenido por la primera faceta. Varios de estos conceptos universales y formulación de juicios están dados en la disposición del hombre para razonar, abstraer, formar conceptos universales, pensar en cosas abstractas y comprender múltiples relaciones y enunciar después juicios sobre estas. Además de la utilización del lenguaje, recalamos el natural y el convencional, el primero reside en base a signos fijos e inmutables, y el segundo cambia de zona a zona. Entonces no se tiene una relación natural indispensable con lo que se indican (13).

2.2.3.2 Análisis y Enfoques del Conocimiento Humano

Origen del Conocimiento

- Racionalismo: El conocimiento posee su procedencia en la razón (la experiencia no se toma en cuenta).
- Empirismo: El origen está en la experiencia, ya que todo lo que tenga que ver con el pensamiento inevitable ha tenido que pasar por los sentidos; la objetividad del mundo se demuestra a través de las sensaciones externas.
- Intelectualismo: Busca una integración al sostener que, en todo conocimiento, tanto la razón como los sentidos desempeñan una función necesaria.

- Apriorismo: El conocimiento es un compendio entre los datos proporcionados por la experiencia y la estructura del sujeto (13).

Posibilidad de Conocimiento

- Agnosticismo: Postura radical que afirma que es imposible conocer. Su principal representante es Gorgias de Leontini (484-374 a.C.): el cual expresó: “Nada existe y si algo existe no es cognoscible por el hombre”. Lo que muestra es una contradicción lógica.
- Escepticismo: Postura moderada que afirma no saber si es posible conocer; aparece con Pirrón (365-270 a.C.): “Las cosas no se pueden conocer, la duda es la única forma de sabiduría”. El sujeto no puede aprender el objeto. Los sentidos nos engañan. El hombre comete muchos errores y hay diversidad de opiniones respecto de una misma cosa.
- Dogmatismo: Postura que reconoce la posibilidad del conocimiento; Pitágoras (585-500 a.C.): “El punto es la unidad que tiene una posición”. Existe una confianza total en el poder de la razón para conocer. Ante esta verdad, la comunidad y en especial sus integrantes pueden asumir alguna de estas tres posiciones: ignorancia, búsqueda o sabiduría.
- Relativismo: Postura que reconoce que el conocimiento sí es posible, dado que podemos tener algún grado de certeza, pero rechaza que el conocimiento sea absoluto, ya que indica que el conocimiento es sólo resultado de la experiencia y esta es relativa, por lo cual no hay verdades universales ni absolutas. Pitágoras y Crítica fueron sus exponentes.
- Criticismo: Postura que acepta que el hombre pueda llegar a conocer y por ende a poseer la verdad, llegando a tener los conocimientos que le den

certeza, sin embargo, se hace indispensable justificar racionalmente la forma como se llega al conocimiento; Aristóteles, Descartes y Kant, fueron sus principales exponentes.

- Pragmatismo: Postura que acepta la posibilidad del conocimiento, que gracias a la interacción del sujeto objeto se convierte en fundamento de la verdad y de certeza; la verdad es práctica y se confunde con lo útil y valioso. Nietzsche, James, Simmel y Dewey, fueron sus principales exponentes (14).

2.3.- Marco Conceptual

2.3.1.- Métodos Anticonceptivos

2.3.1.1- Definición

Los métodos anticonceptivos son objetos, sustancias y procedimientos que se utilizan de manera voluntaria para regular la capacidad reproductiva con el fin de evitar un embarazo no planeado.

Se clasifican en dos grupos: métodos temporales y definitivos. Los temporales son aquellos cuyo efecto dura el tiempo que se emplea. Si la pareja desea tener más hijos, la mujer puede embarazarse al suspender su uso. Los definitivos evitan el embarazo de manera permanente y se recurre a ellos cuando la pareja tiene la paridad satisfecha (15).

2.3.1.2- Clasificación

1.- Métodos de Abstinencia Periódica:

Este método está basado en el reconocimiento de signos y síntomas asociados a los periodos fisiológicos de fertilidad e infertilidad, y el uso de periodos infértiles

para la actividad sexual. Se incluyen: método del ritmo, del moco cervical o Billings y el de los días fijos o método del Collar.

Fundamentos Fisiológicos y Conductuales.

El Periodo fértil es episódico ya que la Ovulación se produce una vez en cada ciclo menstrual, la sobrevivencia del ovulo es de 12 – 24 horas y la sobrevivencia de los espermatozoides es de 5 días aproximadamente, en el tracto genital femenino. Las mujeres deben tener la capacidad de reconocer el periodo fértil. Las parejas deben tener la capacidad y motivación para abstenerse de tener relaciones sexuales en los días fértiles.

a. Método del ritmo, ogino-knaus, de la regla o del calendario: Abstinencia de relaciones sexuales en el periodo fértil del ciclo menstrual para evitar un embarazo.

1. Mecanismo de acción: Basado en la abstinencia sexual durante la fase fértil del ciclo menstrual para evitar un embarazo.

2. Contraindicaciones de su uso:

- Cuando las féminas tienen menstruaciones irregulares con respecto a la duración y características de la menstruación y/o ginecorragia intermenstrual.
- Los jóvenes que todavía no tienen regularizado el período menstrual y féminas en la etapa de la peri menopausia.

- Individuos que no están las circunstancias de practicar la abstinencia sexual cuando el método lo requiera, como féminas que son víctimas de violencia y que son obligadas sexualmente por sus parejas.
- Fémimas que no tienen la capacidad para identificar las características de su menstruación.
- En el post parto o post aborto que hayan ocurrido recientemente.
- Durante los primeros 6 meses de lactancia materna.

3. Características:

- Puede ser utilizado por féminas que por diversos motivos no pretenden emplear otros anticonceptivos.
- Es beneficioso para mujeres con periodos regulares fijos, de 27 - 30 días.
- Los períodos de abstinencia para distintas personas pueden sentirse alargados.
- Su efecto puede perjudicarse por factores externos, que modifican el periodo menstrual; como el estrés, viaje, enfermedad, dieta, ejercicio y otros (15).

b. Método billings, de la ovulación o del moco cervical

Es la abstinencia de relaciones sexuales en los días fértiles del periodo menstrual definido por la existencia de moco cervical o de humedecimiento en genitales.

1. Mecanismo de acción: Basado en la abstinencia sexual durante el periodo fértil del ciclo menstrual para prevenir un embarazo.

2. Contraindicaciones de su uso:

- Mujeres con inhabilidad para reconocer: las características de su ciclo menstrual, cambios en el moco cervical y otros síntomas y signos asociados al ciclo menstrual.
- En personas que no estén en situación de practicar la abstinencia sexual cuando el método lo requiera, como mujeres que son víctimas de violencia y exigencias sexuales por parte su pareja.
- Cuando se padece de infecciones, conización, enfermedades o uso de medicamentos que modifiquen o afecten el moco cervical.
- Usar con cautela en mujeres con flujo vaginal duradero, o que estén dando lactancia materna. Se debe brindar orientación/consejería sobre los impedimentos para predecir la fase fértil.

3. Características

- Puede ser utilizado por féminas de diferente edad reproductiva, conveniente para parejas que por distintos motivos no quieran utilizar otros métodos.
- Se necesita una instrucción especial de la pareja para identificar características fisiológicas del moco, facilitando su práctica y un proveedor capacitado para la orientación propia.
- Su vigencia depende de la pareja y se necesita una motivación persistente.
- El tiempo de abstinencia son variables, su vigencia se perjudica por factores externos que desarregla el ciclo menstrual (15).

c. Método de los días fijos o del collar

El método de abstinencia periódica que se basa en perlas de colores que son el marrón, blanco y rojo, para definir los días fértiles de la menstruación.

1. Mecanismo de acción: Está basado en la abstinencia sexual durante el periodo fértil del ciclo menstrual para impedir un posible embarazo.

2. Condiciones que contraindican su uso

- Fémias con menstruaciones discontinuas en cuanto a la duración y características de la menstruación.
- Individuos que no estén en circunstancias de abstenerse sexualmente.
- Fémias que no son capaces para identificar las características de su menstruación.

3. Características

- Puede ser utilizado por fémias de diferente edad reproductiva con periodos regulares de 26-32 días.
- Adecuado para parejas que por diversos motivos no deseen utilizar otros métodos.
- Se necesita de una capacitación de la pareja para su práctica y un proveedor capacitado para la orientación adecuada.
- Su efecto puede ser perjudicado por factores externos, que alteren el ciclo menstrual.

- No previenen las ITS, VIH-SIDA, ni HTVL1 (15).

2. Método de Lactancia materna exclusiva y amenorrea (MELA):

Es un exclusivo método natural, que se basa en la infertilidad parcial de la fémina mientras se da lactancia materna.

1. Mecanismo de acción: Eliminación de la ovulación causada por el acrecentamiento de la hormona prolactina como resultado de la lactancia materna.

2. Condiciones que contraindican su uso

- Féminas con contraindicaciones para brindar lactancia a su hijo.
- Féminas que sean portadoras de VIH-SIDA, HTVL.1
- Féminas que incumplan los 3 requerimientos para el MELA.

3. Características

Criterios básicos: La usuaria debe cumplir necesariamente estas 3 condiciones:

- Lactancia exclusiva a libre demanda o sea un promedio de amamantar 10 a 12 veces durante el día y la noche, con un intervalo no mayor de 4 horas durante el día y de 6 horas durante la noche.
- Que la usuaria se mantenga en amenorrea, es decir que no haya sangrado después de los 42 días post parto.
- Que la usuaria se encuentre dentro de los 6 meses post parto.
- Fácil de aplicar.
- Eficaz si se cumple con los criterios básicos.

- No interfiere en la relación coital.
- No necesita de un control por profesionales de salud.
- No se necesita insumos anticonceptivos.
- No causa efectos secundarios.
- Amenora la ginecorragia post parto.
- La lactancia materna es la preferible fuente de nutrición para el bebé en los primeros meses de vida (15).

3. Método de barrera:

Basados en colocar una barrera física, que impide la unión del espermatozoide con el óvulo. Se incluyen: Condón masculino, condón femenino y espermicidas.

a. Condón masculino. - Funda delgada de látex, lubricada, sin nonoxinol 9, que se coloca en el pene antes de iniciar la relación sexual.

1. Mecanismo de Acción: Impide que los espermatozoides tengan acceso al tracto reproductor femenino.

2. Condiciones que contraindican su uso

- Alergia o hipersensibilidad al látex.

3. Características

- Es un método óptimo, si se utiliza correctamente.
- Pocas consecuencias colaterales (alergia al látex).

- Es de fácil obtención y bajo costo.
- No se necesita de alguna prueba ni prescripción médica.
- Su adecuado manejo concede doble seguridad: protege de embarazos no planeados y del riesgo de contagiarse de ITS /VIH-SIDA y HTVL1.
- Depende del usuario, requiere una motivación constante.
- Puede mejorar la relación sexual cuando su colocación es parte del juego sexual.
- No debe ser usado simultáneamente con el condón femenino.

Condiciones de almacenaje:

- El ambiente debe ser seco.
- Evitar fuentes directas de calor o luz solar.
- Asegurar que se encuentren dentro de los cinco años de la fecha de fabricación o manufactura (MFD).
- Antes de distribuirlos el proveedor debe revisar la integridad del sobre y asegurarse que mantiene la sensación de “almohadilla de aire” (14).

b. Condón femenino: Es una funda amplia y delgada de polímero de nitrilo que se coloca en la vagina antes de una relación sexual.

1. Mecanismo de acción: Impide el pasaje de los espermatozoides al tracto reproductor femenino.

2. Condiciones que contraindican el uso de condones femeninos

- Todas las mujeres pueden utilizar condones femeninos.
- No hay ninguna patología médica que contraindique el uso de este método.

3. Características

- Tiene un anillo blando y flexible en cada extremo.
- El anillo interno sirve para colocarlo en la vagina y mantenerlo en el lugar, y el anillo externo permanece fuera de la vagina y cubre parte de los genitales externos.
- La decisión de usarlo depende de la mujer.
- Puede ser colocado antes del coito, evitando interrupciones durante la relación sexual.
- No requiere de erección para colocarlo y no necesita retirarse de inmediato una vez concluido el coito.
- Es una excelente opción para las mujeres y hombres que son alérgicos al látex.
- Permite que la relación sexual se sienta más natural, pues al ser muy bien lubricado permite que el material se caliente a la temperatura del cuerpo. Adicionalmente se puede usar lubricantes tanto oleosos como a base de agua.
- La lubricación del condón femenino puede ayudar a las mujeres con sequedad vaginal a sentir más comodidad y placer.
- Ofrece doble protección: protege de embarazos no planificados y del riesgo de adquirir Infecciones de Transmisión Sexual /VIH y SIDA.

- Brinda mayor protección frente a ITS que tengan úlceras o vesículas, como el herpes y el chancro blando, pues el condón femenino cubre gran parte de los órganos genitales externos de la mujer
- No puede ser utilizado al mismo tiempo que el condón masculino (15).

c. Espermicidas:

Productos químicos que se presentan en forma de óvulos o tabletas vaginales, crema, jalea, gel y espuma que destruyen los espermatozoides; los que contienen nonoxinol-9.

1. Mecanismo de acción: Inactivan o destruyen los espermatozoides en la vagina.

2. Condiciones que contraindican el uso de espermicidas

- Personas que manifiestan hipersensibilidad a algunos de los componentes de los espermicidas.

3. Características:

- Efectividad inmediata si se usa correctamente.
- No causa efectos secundarios sistémicos.
- No se necesita de examen médico previo.
- No es necesario prescripción médica.
- Algunos incrementan la lubricación durante el coito.
- Depende de la decisión de la usuaria.
- Está vinculado con el acto sexual.

- Puede ocasionar irritación del pene y vagina (15).

4. Anticonceptivos Hormonales:

Se dividen en dos grandes grupos: Anticonceptivos Hormonales Combinados y Anticonceptivos Hormonales solo de Progestina. Los anticonceptivos hormonales combinados (AHC) incluyen:

Anticonceptivos orales combinados (AOC), Anticonceptivos hormonales combinados de depósito, Parche hormonal combinado, Anillo vaginal combinado. Los anticonceptivos sólo de progestina incluyen: Píldoras sólo de progestina, Inyectables solo de progestina de depósito, Implantes solo de progestina, Anillo vaginal solo de progestina.

4.1. Anticonceptivos Hormonales Combinados. -

A. Anticonceptivos orales combinados “AOC”

Son anticonceptivos que poseen estrógeno y progestágeno para administración por vía oral. El desarrollo de los AOCs ha generado diversas clasificaciones:

- Según la dosis de Estrógenos:
 - AOC de alta dosis: Formulaciones con EE mayor o igual de 50 mcg.
 - AOC de baja dosis: Contienen EE <50 mcg. En el mercado se encuentran formulaciones de 35, 30, 20 y 15 mcg de EE.
- Según la variación de estrógenos y progestágenos en el curso del ciclo:
 - Monofásicos: Contienen la misma cantidad de estrógenos y progestágenos en todos los comprimidos activos.

- Trifásicos: Poseen 3 fases. La primera contiene baja concentración de ambos compuestos. En la segunda ambas hormonas aumentan su concentración, y en la tercera, el estrógeno disminuye y el progestágeno aumenta.

1. Mecanismos principales de acción

- Supresión de la ovulación.
- Espesamiento del moco cervical.

2. Condiciones que contraindican el uso de anticonceptivos hormonales combinados

- Cuando se sospecha de un posible embarazo o está por ser confirmado.
- Sangrado genital inexplicable.
- Lactancia materna hasta antes de los 6 meses del post parto.
- En los primeros 21 días del post parto sin lactancia.
- Si la usuaria padeciese de hepatitis viral aguda.
- Si la usuaria padeciese de tumor hepático
- Si la usuaria padeciese de cirrosis severa
- Tabaquismo: En féminas mayores de los 35 años y más de 15 cigarrillos por día.
- Múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular arterial, tales como edad mayor de 35 años, tabaquismo, diabetes e hipertensión arterial.
- Con hipertensión arterial sistólica $>$ o igual a 160 mmHg o diastólica $>$ o igual a 100 mmHg

- Se certifica de la enfermedad vascular
- Si la usuaria padeciese de trombosis venosa profunda incluyendo antecedente.
- Embolismo pulmonar.
- Antecedente de isquemia cardiaca, enfermedad valvular, cardiomiopatía.
- Antecedente de accidente cerebro-vascular.
- Lupus eritematoso sistémico con anticuerpos antifosfolípidicos positivos.
- Cáncer de mama
- Si la usuaria padeciese de diabetes mellitus con nefropatía, o enfermedad cardiaca o retinopatía.
- Fémimas que han sido programadas para una cirugía electiva y que la obligue a estar abatida en una cama.
- Fémimas que estén tomando medicamentos como antidepresivos, anticonvulsivos, excepto ácido valproico.
- Si la usuaria padeciese de migraña con aura a cualquier edad.

3. Características

- Muy eficaz.
- Método dependiente de la usuaria.
- Requiere una motivación continúa y uso diario.

- No requiere examen pélvico de rutina para el inicio del método (Sólo en caso de existir algún síntoma que sugiera patología ginecológica subyacente).
- Retorno inmediato de la fertilidad al discontinuar el método.
- Puede ser usado por mujeres de cualquier edad y paridad.
- Disminuye el flujo menstrual (podría mejorar la anemia) y los cólicos menstruales.
- Regulariza los ciclos menstruales.
- Protege contra el cáncer de ovario y de endometrio.
- Disminuye la patología benigna de mamas.
- Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
- La eficacia puede disminuir cuando se utilizan ciertos fármacos como la rifampicina en la tuberculosis, griseofulvina para micosis y los antiepilépticos excepto el ácido valproico.
- Es posible que en mujeres mayores de 35 años y fumadoras (más de 10 cigarrillos diarios) exista la probabilidad o riesgo de problemas tromboembólicos causen efectos secundarios graves como: infarto de miocardio, accidente cerebro vascular, tromboembolias.
- En mujeres con enfermedades crónicas preexistentes se requiere una evaluación médica por especialista (15).

B. Anticonceptivos Hormonales combinados de depósito. -

Inyectable Combinado

Son aquellos que poseen estrógeno y progestágeno. Existen dos composiciones:

- 5 mg de valerato de estradiol y 50 mg de enantato de noretisterona.
- 5 mg de cipionato de estradiol y 25 mg de acetato de medroxiprogesterona.

1. Mecanismos de acción

- Supresión de la ovulación.
- Espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides.

2. Características

- Eficaz y de efecto rápido.
- Pueden ser indicados en cualquier edad o paridad (incluidas las nulíparas).
- No requiere un examen pélvico previo a su uso. Aunque es ideal que se realice un examen antes de iniciarlo, este examen puede ser diferido a cualquier otra consulta, dentro del objetivo de mejorar la salud reproductiva de la mujer.
- Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
- No interfiere en las relaciones sexuales.
- Es frecuente los cambios en el patrón del sangrado menstrual (sangrado/goteos irregulares).

- Puede producir variación de peso.
- El retorno de la fecundidad es variable, de uno a seis meses.
- Mujeres con enfermedades crónicas deben ser evaluadas por médicos especialistas.

3. Forma de uso

- Administrar por vía intramuscular profunda en la región glútea o deltoidea sin realizar masaje post aplicación, técnica de la Z.
- Primera dosis:
 - Entre el primer a quinto día del ciclo menstrual.
 - La puérpera que no está lactando, puede empezar a partir de la sexta semana.
 - En mujeres que están amamantando diferir el inicio hasta los seis meses
 - En el post aborto se puede iniciar entre el primero y quinto día post intervención.
- Siguiendo dosis:
 - Administrar cada 30 días, más menos 3 días. Fecha fija mensual (15).

C. Parche hormonal combinado. -

El parche hormonal combinado consiste en un parche adhesivo pequeño (20 centímetros cuadrados no es 4 x 4) que se coloca en la piel. El parche libera

estrógeno y progestina a través de la piel y en la sangre. Cada parche hormonal combinado transdérmico contiene:

- Norelgestromina 6.00 mg
- Etinilestradiol 0.60 mg

1. Mecanismos de acción

- Supresión de la ovulación.
- Espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides.

2. Características

- Eficaz y de efecto rápido.
- Pueden ser indicados en cualquier edad o paridad (incluidas las nulíparas).
- No requiere un examen pélvico previo para su uso. Aunque es ideal que se haga un examen médico antes de iniciarlo, este examen puede ser pospuesto a otra consulta, dentro del objetivo de acrecentar la salud reproductiva de la mujer.
- Menor incidencia de la Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI).
- No obstaculiza con las relaciones sexuales.
- Regulariza el ciclo menstrual.
- Disminuye la incidencia de dismenorrea
- Puede mejorar el acné y reducir el crecimiento excesivo de vello no deseado

- Puede ocasionar variación en el peso.
- El regreso de la fecundidad inmediatamente.
- Mujeres que padecen de enfermedades crónicas deben ser examinadas por especialistas (15).

D. Anillo vaginal combinado. -

El anillo vaginal es un anillo delgado, transparente y flexible que se inserta en la vagina una vez por mes para proporcionar protección anticonceptiva. Contiene estrógeno y progesterona que son liberados en forma continua y a baja dosis. Cada anillo vaginal contiene:

- Etinilestradiol 2.7 mg
- Etonogestrel 11.7 mg

1. Mecanismo de acción

- Supresión de la ovulación.
- Espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides.

2. Características

- Fácil de usar.
- Se usa por tres semanas.
- No interrumpe las relaciones sexuales.

3. Forma de uso

- El anillo puede colocarse cualquier día entre los días 1 y 5 del ciclo menstrual.
- Para insertar el anillo vaginal, la mujer adopta una posición que le permite insertar el anillo fácilmente (por ejemplo, en cuclillas, recostada o de pie con una pierna levantada).
- El anillo se comprime entre el dedo pulgar y el índice y se inserta en una posición cómoda en la vagina. El anillo vaginal debe tomar una ubicación cómoda en la vagina; si el anillo da incomodidad, podría ser necesario empujarlo suavemente un poco más hacia adentro.
- El anillo no necesita ser colocado alrededor del cuello uterino, ya que la posición del anillo en la vagina no es crítica para el logro de su eficacia. La forma circular y la flexibilidad del anillo permiten un buen ajuste, minimizando el riesgo de expulsión.
- Una vez insertado, el anillo debe quedar en su lugar durante 3 semanas, y luego extraerlo el mismo día de la semana en que fue insertado.
- El anillo se extrae enganchándolo con el dedo índice por debajo del borde, o sujetando el borde con el dedo mayor y el índice y tirando hacia fuera suavemente (15).

4.2. Anticonceptivos hormonales solo de progestina

A. Píldoras solo de progestinas

Son aquellas que poseen sólo progestágeno.

1. Mecanismo de acción

- Inhiben parcialmente la ovulación y espesa el moco cervical, dificultando la penetración de los espermatozoides.

2. Condiciones que contraindican el uso de anticonceptivos hormonales solo de progestinas (Píldoras, Inyectables de depósito, Implantes)

- Embarazo posible o confirmado.
- Si la usuaria padeciese de hepatitis viral aguda
- Si la usuaria padeciese de tumor hepático.
- Cirrosis severa
- Fémias que toman medicamentos anticonvulsivos, excepto el ácido valproico.
- Múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular arterial, tales como edad, diabetes e hipertensión arterial (mayor de 160/100 mm Hg)
- Evidencia de enfermedad vascular
- Embolismo pulmonar
- Antecedente de isquemia cardiaca
- Antecedente de accidente cerebro-vascular
- Lupus eritematoso sistémico con anticuerpos antifosfolipídicos positivos
- Cáncer de mama

- Si la usuaria padeciese de diabetes mellitus con nefropatía, cardiopatías o retinopatía
- Fémimas que estén usando o vayan a recibir medicamentos, como rifampicina para la tuberculosis.
- Fémimas que estén usando medicamentos ansiolíticos, antidepresivos. Se repite rifampicina.

3. Características

- Eficaz y de efecto rápido.
- En condiciones ideales se debe realizar previamente una evaluación clínica general, en caso no ser posible esta podría postergarse en otra consulta.
- Se puede utilizar en el post parto inmediato
- No modifica significativamente la composición ni el volumen de leche materna
- No aumenta el riesgo de fenómenos tromboticos o embolicos venosos.
- Método alternativo en mujeres con intolerancia de preparados que contienen estrógenos.
- Método dependiente de la paciente.
- Requiere una motivación continua y uso diario.
- Rápido regreso de la fecundidad al suprimir.

- No se necesita un examen pélvico previo a su utilización. Aunque es esencial que se realice un examen médico antes de comenzar
- Brinda amparo contra la EPI.
- Reduce el peligro de cáncer de endometrio.
- Provoca cambios en el patrón del sangrado menstrual en la mayoría de mujeres (sangrado/ goteo irregular).
- Puede producir cambios como el aumento o disminución del peso.

4. Forma de uso

- Se debe indicar en cualquier edad y/o paridad (incluyendo a las nulíparas).
 - Preferiblemente entre el 1-5 día del periodo menstrual, si se empieza en otro día del periodo menstrual o en el post parto, se debe estar completamente convencido de que no hay alguna posible gestación. En caso de que se empiece luego del quinto día de la menstruación, deberá utilizar un método de respaldo (método de barrera o abstinencia) durante los primeros siete días de emplearlo.
 - En féminas que dan de lactar, comenzar luego de las 6 semanas post parto sin embargo podría ser empleado antes de las seis semanas en caso de: en características dice que se puede usar
- Es importante recordar que la paciente no debe suprimir la toma de las pastillas en (tomar todos los días) inclusive durante la menstruación. La toma

debe ser todos los días en el mismo horario; con una demora de 3 o más horas, se desvía el efecto anticonceptivo.

- La vigencia se presenta a las 24 horas de haber iniciado de la toma (15).

B. Inyectables solo de progestina. Acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) y enantato de noretisterona (EN-NET)

Son aquellos que contienen sólo progestágeno:

- Acetato de Medroxiprogesterona (AMPD) 150 mg. X 1 ml. Para uso intramuscular
- Acetato de Medroxiprogesterona 104 mg. X 0.65 ml. Para uso subcutáneo
- Enantato de Noretisterona (EN-NET) X 200mg. Para uso intramuscular.

1. Mecanismos de acción

- Espesamiento del moco cervical, interrumpiendo la penetración de los espermatozoides.
- Aplazamiento de la ovulación en un 50%.

2. Condiciones que contraindican el uso de Inyectables anticonceptivos de depósito hormonales solo de progestinas

- Si la usuaria padeciese de enfermedad hepática activa grave.
- Si se ha padecido de diabetes durante más de 20 años, o lesión ocasionada por diabetes en arterias, visión, riñones, o sistema nervioso.

- Si se ha padecido de infarto de miocardio, cardiopatía por bloqueo o estenosis arterial, o accidente CV.
- Ginecorragia anormal que pueda ser embarazo o alguna patología subyacente.
- Si posee antecedentes de cáncer de mama.
- Afección que pueda incrementar la posibilidad de cardiopatía (coronariopatía) o accidente CV, tales como la hipertensión o diabetes.

3. Características

- Altamente efectiva y de efecto muy rápido.
- Pueden ser indicados en cualquier edad o paridad (incluyendo a mujeres nulíparas). Usar con precaución durante los 2 primeros años después de la menarquia. El efecto a largo plazo sobre los huesos no está definido, puede disminuir la densidad mineral a lo largo del tiempo en adolescentes.
- No se necesita de un examen pélvico previo a su utilización. Aunque es genial que se realice un examen médico antes de iniciarlo, este examen puede ser diferido a cualquier otra consulta, dentro del objetivo de mejorar la salud reproductiva de la mujer.
- No obstaculiza con las relaciones sexuales.
- En algún momento las pacientes pueden padecer de amenorrea, 50% en un año y 80% en 3 años. También se asocia a menstruación irregular. Esta situación se presenta en menor medida con ENNET.

- La acción del fármaco puede persistir en el organismo varios meses después de discontinuar su uso, el 70% de las usuarias desarrollan embarazo en 12 meses y 90% en plazo de 24 meses, después de abandono de uso.
- El uso prolongado (mayor de 2 años) produciría disminución de la densidad ósea.
- Se reportan incrementos de peso (1.5 - 2 kg el primer año de uso), cefalea y mareos.

Los beneficios no anticonceptivos logrados con estos fármacos incluyen:

- Es habitual los cambios en el patrón de la menstruación (amenorrea sangrado/goteos irregulares).
- El regreso de la fertilidad puede postergarse más que con otros métodos hormonales (4 meses - 1 año), en el caso de usuarias por tiempo prolongado. No se ha demostrado esterilidad después de su uso.

4. Forma de uso

- El acetato de medroxiprogesterona 150 mg. X 1 ml, se administra por vía intramuscular profunda en la región glútea o deltoidea utilizando la técnica de la Z y no se realiza masaje post aplicación.
- El acetato de medroxiprogesterona 104 mg. X 0.65 ml, se administra por vía subcutánea.
- Enantato de Noretisterona 200 mg X 1 ml, se administra por vía intramuscular.
 - Primera dosis:

- Entre el 1 - 5 día del periodo menstrual o en el post parto, siempre que esté completamente convencido que no hay gestación. En caso de empezar en cualquier otro momento, diferente a los 5 primeros días del periodo debe utilizarse un método anticonceptivo de amparo durante los primeros 7 días.
 - Se puede iniciar en el post parto inmediato, no interfiere en la lactancia materna.
 - En los primeros 5 días post aborto.
- Siguiendo dosis:
 - En el caso de AMPD se administra cada 3 meses, pudiendo adelantarse hasta dos semanas o, en caso de olvido, colocarse con una demora de dos semanas.
 - En el caso de EN-NET administrar cada dos meses pudiendo anticiparse hasta dos semanas o, en caso de olvido, aplicarla con un retraso de dos semanas (15).

C. Implantes solo de progestina

Los implantes son pequeños cilindros o cápsulas delgadas, flexibles, no biodegradables, que se colocan debajo de la piel de la parte superior interna del brazo. Brinda protección contra el embarazo a largo plazo y dependiendo del implante es eficaz por 3 a 5 años. No contienen estrógenos. Requiere de un proveedor entrenado para insertarlo y retirarlo. Las alteraciones del sangrado son comunes, pero no perjudiciales.

Tipos de implantes:

- Implante de un cilindro, que tiene el contenido 68 mg de etonogestrel, el tiempo de duración es de 3 años.
- Implante de 2 cilindros que contienen levonorgestrel, con un lapso de duración de cinco años, si pesa menos de 60 kilos, si pesa más, el tiempo se reduce a cuatro años.

1. Mecanismo de acción

- Espesamiento del moco cervical, interrumpiendo la penetración de los espermatozoides en el óvulo.
- Interrupción de la ovulación.
- Disminución del pase de los óvulos en las Trompas de Falopio.

2. Condiciones que contraindican el uso de implantes:

- Sangrado vaginal anormal antes de la evaluación.
- Si las pacientes sufrieran de trombosis en venas profundas de miembros o pulmones
- Cáncer de mama, hepatopatía severa, infección o tumor de hígado.
- Estar recibiendo tratamiento de antidepresivos.
- Debe utilizarse un método de amparo porque estos fármacos disminuyen el efecto de los implantes.

3. Características

- Efectividad alta y de larga duración.
- No hay problemas con el sexo.
- Pueden ser sugeridos en cualquier edad o paridad (incluidas las nulíparas).
- Brinda protección de tres a cinco años.
- Permite un rápido retorno a la fecundidad al ser extraído.
- No requiere un examen pélvico previo a su uso; aunque es ideal que se realice un examen médico antes de iniciarlo, este examen puede ser diferido a cualquier otra consulta, dentro del objetivo de mejorar la salud reproductiva de la mujer.
- No afecta la lactancia.
- Puede disminuir el flujo menstrual (puede mejorar la anemia ferropénica).
- Puede disminuir los cólicos menstruales.
- Ofrece cierta protección contra una EPI.
- Causa algunos cambios en el patrón del sangrado menstrual en la mayoría de mujeres (amenorrea/sangrado/goteo irregular).
- Puede originar cambios de aumento o disminución de peso.

4. Forma de uso

- Las usuarias que deseen optar por este método anticonceptivo deberán firmar su consentimiento informado.

- Se puede introducir entre el 1 o 5 día de la menstruación. En caso de empezar en otro momento, debe utilizarse un método de amparo durante los primeros 5 días. Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, los condones masculinos y femeninos.
- Se le debe decir a la usuaria que los espermicidas y el retiro son menos eficaces.
- Se puede introducir en féminas que dan de lactar inmediatamente post parto. Así como en mujeres que dan de lactar y no ha vuelto la menstruación antes de los 6 meses post parto, sin método de respaldo. Si ha vuelto la menstruación se insertará siguiendo las indicaciones con las mujeres que tienen ciclos menstruales.
- Se pueden introducir en el post aborto, aplicar en los primeros cinco días post evacuación. Si se colocan después de necesita utilizar un método de respaldo.
- Debe ser colocado por profesional de salud capacitado (15).

5. Dispositivos Intrauterinos (DIU)

A. Dispositivo intrauterino liberador de cobre TCu 380 A

Son dispositivos que se insertan en la cavidad uterina y liberan cobre. En los establecimientos públicos de salud se dispone de la T de Cobre 380 A que tiene una duración de hasta 12 años.

1. Mecanismo de Acción: Afectan la capacidad de los espermatozoides de pasar a través de la cavidad uterina ya sea inmovilizándolos o destruyéndolos.

Interfieren en el proceso reproductor antes que ocurra la fertilización.

2. Condiciones que contraindican el uso del Dispositivo Intrauterino T de Cobre: 380

A

- Embarazo.
- Post parto de 48 horas a 4 semanas.
- Sepsis puerperal.
- Post aborto del 1- 2 trimestre séptico o difícil.
- Ginecorragia misteriosa antes de la evaluación.
- Fibromas uterinos con distorsión de la cavidad, enfermedad del trofoblasto.
- Cuando se padece de cáncer cervical o de endometrio.
- Enfermedad inflamatoria pélvica que se posea actualmente, tuberculosis pélvica.
- Infección de transmisión sexual por cervicitis purulenta actual o infección por clamidia o gonorrea. O el VIH-SIDA, si no está en tratamiento con antirretrovirales.

3. Características

- Ha demostrado ser muy eficiente durante 12 años, no interfiere en el coito y es rápidamente reversible.
- Debe ser insertado por un proveedor entrenado, previo examen pélvico para la detección de infecciones antes de la colocación.

- Es común ver cambios en el sangrado, en general es más excesivo y prolongado, más calambres o dolor durante la menstruación, en especial los tres primeros meses.
- Puede que utilizarlo tenga un efecto que protege contra el cáncer de endometrio.
- Es una alternativa para las féminas que poseen contraindicaciones para la anticoncepción hormonal.
- Del 1 al 2% se eliminan en manera espontánea.

4. Forma de uso

- Se puede insertar:
 - En los 5 primeros días de haber iniciado el sangrado menstrual. También puede ser insertado en cualquier otro momento durante el ciclo menstrual si la mujer ha estado usando un método anticonceptivo y existe la certeza razonable de que ella no está embarazada.
 - En el post parto inmediato hasta 48 horas.
 - Durante la operación cesárea.
 - En el puerperio a partir de la cuarta semana.
 - En el post aborto inmediato.
- Las usuarias que deseen optar por este método anticonceptivo deberán firmar su consentimiento informado.

- Continuamente debe ser introducido y extraído por un profesional de salud calificado y capacitado.
- Colocación del dispositivo intrauterino con la “Técnica de No Tocar” (15).

B. Dispositivo intrauterino liberador de progestágeno

Es un dispositivo que se introduce en la cavidad uterina, y libera levonorgestrel, tiene una duración de 5 años. Contienen 52 mg de levonorgestrel

1. Mecanismos de Acción

- Espesamiento del moco cervical, imposibilitando la impregnación de los espermatozoides.
- Interrupción de la ovulación.

2. Condiciones que contraindican el uso de dispositivo intrauterino liberador de progestágeno

- Embarazo sospechoso o comprobado.
- Ginecorragia anormal no inspeccionado.
- Fémias con múltiples parejas sexuales que no usen condón.
- Fémias cuyas parejas tengan a su vez distintas parejas sexuales, que no utilicen preservativo.
- Infección de transmisión sexual: cervicitis aguda muco purulenta o vaginitis severa.

- Si la mujer o su pareja tienen una elevada probabilidad de una ITS, se les debe guiar sobre otra opción anticonceptiva.
- EPI actual o reciente.
- Tuberculosis pélvica.
- Infección puerperal.
- Infección post aborto.
- Anomalías uterinas o con tumores benignos (fibromas) de útero que distorsionen en forma significativa la cavidad uterina.
- Enfermedad trofoblástica gestacional
- Cáncer cervical.
- Cáncer de mama.
- Cáncer de endometrio.
- Enfermedad del trofoblasto persistente.
- Cirrosis hepática.
- Tumores benignos o malignos hepáticos.
- Tumores dependientes de progestágenos

3. Características

- Eficiencia cuantiosa e inmediata.
- No interfiere en el acto coital.

- Regreso inmediato de la fecundidad al retirarse el dispositivo.
- Se necesita de un examen pélvico previo, advirtiendo la detección clínica de ITU antes de la introducción del DIU.
- En algunas féminas puede provocar amenorrea.
- Mejora la desnutrición.
- Evita los embarazos ectópicos tubáricos en relación con otros dispositivos intrauterinos.
- Del 2% al 10% se expulsan en forma espontánea.

4. Forma de uso

- Evaluación pre inserción: Previamente a la inserción debe informarse a la usuaria de la eficacia, riesgos, características y efectos secundarios del DIU de progestágenos, Se debe realizar un examen físico incluyendo, examen ginecológico (tacto vaginal, determinar tamaño del útero, toma de muestra para PAP, examen de mamas). Descartar la existencia de embarazo y la presencia de infecciones de transmisión sexual.
- Se puede insertar:
 - En los 5 primeros días de haber comenzado la menstruación. También puede ser introducido en cualquier otro momento durante el ciclo menstrual, si existe la certeza que ella no está embarazada o está usando otro método anticonceptivo.
 - En el post parto inmediato hasta 48 horas.

- En el momento de la cesárea.
- En el periodo de puerperio a partir de la cuarta semana.
- En el post aborto inmediato: Durante los primeros 5 días post aborto no enrevesado.
- En cualquier momento que usted esté razonablemente seguro de que la usuaria no está embarazada (15).

6. Anticoncepción quirúrgica voluntaria

Son métodos anticonceptivos permanentes, que se realizan mediante una intervención quirúrgica electiva, de complejidad intermedia.

Puede ser:

A. Anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina

Es un método anticonceptivo permanente, que se realiza mediante una intervención quirúrgica electiva, de complejidad intermedia cuyo objetivo es obstaculizar la unión de espermatozoide con el óvulo al nivel de la trompa con el objetivo de impedir la fertilización.

1. Mecanismo de acción: Es la oclusión y sección de las trompas de Falopio para interrumpir la fusión del espermatozoide con el óvulo.

2. Condiciones que contraindican la anticoncepción quirúrgica femenina voluntaria:

- Consideraciones psicosociales:
 - Usuaris que son presionadas por el cónyuge o por alguna persona.

- Fémimas que han sido forzadas a decidirlo.
 - Pacientes con dilemas no resueltos de índole religiosa o cultural.
 - Pacientes con perspectiva que no han sido resueltas acerca de la irreversibilidad.
 - Fémimas en estado de depresión severa, o enfermedades psiquiátricas que le imposibilita tomar decisiones por sí mismas.
 - Las jóvenes.
- Consideraciones médicas

Si presenta alguna de las siguientes patologías se recomienda cautela, postergación, manejo especial y realizar con precaución:

- Postergación o demora:
 - Embarazo, puede realizarse después del embarazo.
 - Puérpera post preeclampsia severa o eclampsia.
 - Complicaciones post parto: anemia severa, infección.
 - Aborto complicado (hemorragia, infección).
 - Sangrado uterino anormal.
 - Enfermedad inflamatoria pélvica dentro de los últimos 3 meses.
 - Cervicitis purulenta.
 - Cáncer ginecológico.
 - Enfermedad trofoblástica maligna.

- Hepatitis viral activa, bronquitis o neumonía.
- Infección cutánea abdominal.
- Manejo especial en:
 - VIH/SIDA.
 - Útero fijo a causa de cirugías o infecciones previas.
 - Endometriosis. - Hernia de pared abdominal o umbilical.
 - Rotura uterina o perforación post parto o aborto complicado.
 - Conjunción de varios factores de riesgo: edad, tabaquismo, hipertensión Moderada o severa.
 - Diabetes de más de 20 años.
 - Valvulopatía complicada.
 - Coagulación intravascular diseminada (CID).
 - Tuberculosis pélvica.
 - Patología pulmonar crónica.
 - Cardiopatía por bloqueo o estenosis arterial, trombosis venosa profunda de miembros inferiores o pulmones. (requieren otros especialistas).
 - Hipertensión severa.
- Realizar con precaución en:
 - Paciente menor de 25 años.

- Paciente que no tienen hijos vivos.
- Unión de pareja inestable.

3. Características

- Las mujeres que cumplen con los criterios de elegibilidad pueden someterse a la anticoncepción quirúrgica femenina
- Alta eficacia, inmediata y permanente.
- Puede ser realizada de manera ambulatoria.
- No impide el deseo sexual ni con la producción hormonal por parte de los ovarios.
- Requiere anticipadamente, dos sesiones de orientación-consejería especializada y además de evaluación médica.
- Es determinante, debe ser considerada irreversible.
- El profesional de salud debe ser estrictamente un médico calificado.

4. Forma de uso

- La técnica recomendada es la de Pomeroy, a través de minilaparatomía, el tipo de incisión será supra púbica para el periodo de intervalo, infraumbilical para el post parto.
- Otra alternativa sería la vía laparoscópica.
- Tipos de anestesia: local con sedo analgesia, epidural y general.
- Momento de la intervención:

- Post parto hasta las 48 horas.
- En 6 semanas o más post parto, siempre que no hay embarazo.
- Post aborto que no se halla complejo.
- En otro momento, preferible en la primera mitad del periodo.
- En el momento de la cesárea.

5. Consideraciones previas a la Intervención

Este procedimiento puede ser realizado en aquellas mujeres que deseen un método definitivo, por lo que solicita que se cumplan con los siguientes requisitos:

- Que la paciente solicite por su voluntad el método definitivo.
- Que la paciente sea > de edad, sin embargo, no se aconseja operar a mujeres < de 25 años, a menos que presenten algún factor de riesgo reproductivo, ya que puede haber un riesgo elevado de retracción.
- Que haya alcanzado el número de hijos deseados.
- Que la paciente haya recibido las 2 sesiones de orientación/ consejería con anterioridad.
- Que haya comprendido el significado que tiene el consentimiento informado.
- Que conscientemente haya firmado la solicitud para la intervención respetando el Periodo de Reflexión, que rige desde la toma de decisión previa orientación/consejería y la intervención misma, el cual no será menor de setenta y dos (72) horas.

- Que haya entendido sobre el tipo de intervención a que será sometida.
- Que haya tenido una evaluación médica completa, con énfasis en el examen pélvico Valoración del riesgo quirúrgico y cuando proceda, del riesgo anestésico.
- El bloqueo tubárico debe ser realizado por medico gineco obstetra o médico general capacitado.
- El bloqueo tubárico debe efectuarse en establecimientos de mayor capacidad resolutive, a partir del segundo nivel de atención (15).

B. Anticoncepción quirúrgica voluntaria masculina

La vasectomía es una operación quirúrgica electiva y definitiva, estimada como cirugía menor, destinada a ligar y seccionar los conductos deferentes en el varón.

1. Mecanismo de acción: La oclusión de los conductos deferentes que imposibilita la expulsión de los espermatozoides, eludiendo así la unión con el óvulo.

2. Condiciones que contraindican la anticoncepción quirúrgica masculina voluntaria:

- Consideraciones psicosociales
 - Varones influenciados por su cónyuge o por alguna persona.
 - Varones que han tomado la decisión bajo alguna presión desusada.
 - Varones que tienen dilemas no resueltos de índole religiosa o cultural.
 - Varones con dudas no aclaradas acerca de la irreversibilidad.

- Varones en estado de depresión severa, o enfermedades psiquiátricas que le evitan decidir
- Los jóvenes.
- Consideraciones médicas: Según Categorías de la OMS todos los hombres pueden someterse a la vasectomía. Si presenta alguna de las siguientes patologías se recomienda:
 - Cautela: Técnica que puede hacerse con preparación y precauciones adicionales, dependiendo de la patología como puede ser una lesión escrotal previa, gran varicocele o hidrocele, testículo no descendido o diabetes.
 - Con precaución
 - ✓ Menores de 25 años.
 - ✓ Usuario que no tienen hijos vivos.
 - ✓ Tener un hijo con salud delicada.
 - ✓ Parejas inestables.
 - Postergación o demora: realizar la vasectomía luego de ser tratada la patología.
 - ✓ Infección de transmisión sexual activa.
 - ✓ Glande, conductos espermáticos y testículos tumefactos, dolorosos o inflamados.
 - ✓ Infección cutánea del escroto o tumoración escrotal.
 - ✓ Infección sistémica o gastroenteritis.

✓ Filariasis o elephantiasis.

✓ Depresión.

- Medidas especiales:

✓ Hernia inguinal, de ser capaz el proveedor debe hacer la hernioplastía más la vasectomía, si no es posible reparar primero la hernia.

✓ Testículos de ambos lados no descendidos.

✓ Trastornos de la coagulación.

3. Características

- Alta eficacia, inmediata y definitiva.
- Es hecha de manera ambulatoria.
- No interrumpe con el deseo, la potencia sexual, ni con la producción hormonal por parte de los testículos.
- Se necesita con anterioridad, dos sesiones de orientación-consejería especializada y evaluación médica.
- La eficiencia es certificada cuando se comprueba que haya carencia total de espermatozoides en una prueba de recuento.
- Es considerada irreversible.
- El proveedor debe ser necesariamente un médico calificado como un gineco obstetra, urólogo o médico general capacitado.
- No existe el riesgo para cáncer de próstata o testicular.

4. Forma de uso

La vasectomía puede ser hecha en cualquier momento, mediante 2 procesos:

- La convencional, es la que se hace 1 o 2 incisiones en el escroto.
- La técnica sin bisturí, en la que se pinza con una pinza especial la piel del escroto, para separar el conducto deferente.

5. Consideraciones previas a la intervención

Este método puede ser ejecutado en aquellos varones que quieren un método definitivo, por lo que en particular es necesario que se cumplan los siguientes criterios:

- Que el paciente voluntariamente pida el método.
- Que el paciente sea > de edad, no se aconseja operar a usuarios < de 25 años, por el riesgo de retractación.
- Que este satisfecho con el número de hijos deseados.
- Que el paciente haya recibido las 2 sesiones de orientación-consejería precedente.
- Que haya comprendido el motivo del consentimiento informado y que lo haya autenticado.
- El procedimiento debe realizarse bajo las normas quirúrgicas y de esterilización vigentes.

- Se puede solicitar un espermograma de control, para garantizar la ausencia de espermatozoides al tercer mes de la operación (15).

7. Anticoncepción de emergencia (AE)

Son todos los métodos hormonales que emplean en casos de emergencia, después de una relación sexual sin protección, violación o por ruptura de un condón, para evitar un embarazo no planificado.

Se utilizan:

a. Método de Yuzpe se utilizan píldoras combinadas.

El esquema es el siguiente:

- Píldoras con combinaciones de: Etinilestradiol 50 mcg y Levonorgestrel 250mcg, dos dosis de 2 tabletas cada 12 horas

- Método de sólo progestágeno:

- Levonorgestrel 0.75 mg (2 dosis).
- Levonorgestrel, 1.5 mg, (1 dosis).

1. Mecanismo de acción

- Inhibe la ovulación.
- Espesa el moco cervical.

2. Condiciones que no restringen el uso de la AE.

- Lactancia.

- Embarazo ectópico previo.
- Enfermedades cardiovasculares.
- Enfermedades reumáticas.
- Enfermedades neurológicas.
- Enfermedades gastrointestinales.

3. Indicaciones

- Si las mujeres han sufrido violación.
- La violencia sexual familiar.
- Relación sexual sin ninguna protección.
- No utiliza de manera regular un método anticonceptivo.
- Por si se rompió o se deslizó el condón.
- Se la usuaria se le olvido de tomar más de 2 píldoras de uso normal.
- No se colocó el inyectable en su fecha exacta.
- Elimino el DIU.
- Mal uso del método del ritmo.

4. Características

- No es un método para uso regular, debe de ser considerado como una alternativa de uso excepcional.
- Se puede indicar en cualquier edad y/o paridad.

- Eficaz si se usa lo más pronto o dentro de las 72 horas de la relación sexual sin protección.
- Método dependiente de la usuaria, de la rapidez para tomar las pastillas
- No requiere un examen pélvico previo a su uso.
- No brinda protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
- No se ha reportado malformaciones congénitas en los recién nacidos, en caso de falla del método.

5. Modo de uso

- La primera dosis dentro de las 72 horas de la relación sexual sin protección.
- La segunda y última dosis 12 horas después de la primera dosis.
- Método de Yuzpe: Verificar la cantidad de etinil estradiol que contienen las píldoras combinadas y contar cuantas píldoras suman 100 o más microgramos, se tomaran dos dosis. Las que contienen etinil estradiol de 30 mcg se tomarán 4 píldoras en cada dosis. Para las de 50 mcg se tomarán 2 dosis de 2 píldoras cada una.
- Método de sólo progestágeno:
 - ✓ Levonorgestrel de 0.75 mg (2 tomas).
 - ✓ Levonorgestrel de 1.5 mg (1 toma) (15).

2.3.2. Etapas de la Adolescencia

La adolescencia no es más que una etapa entre el periodo la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se origina por los cambios puberales y que se determina por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, varias de ellas alternadas de crisis, conflictos y contradicciones, pero especialmente positivas. No es solamente una etapa; de adaptación a los cambios corporales, sino también un periodo de considerables determinaciones hacia una mayor autodeterminación psicológica y social.

Es complicado instaurar límites cronológicos para esta fase, de acuerdo a los conceptos convencionales admitidos por la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es el periodo que acontece entre los 10 y 19 años, considerándose 2 fases; adolescencia temprana y adolescencia tardía (16).

La adolescencia temprana (de los 10 a los 14 años)	La adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años)
Es el período que abarca entre los 10 y los 14 años. Es una esta etapa en la que, por lo general, comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales secundarias. Estos cambios externos son con reiteración muy evidentes y pueden ser razón de ansiedad, así como de entusiasmo para los individuos cuyos cuerpos están sufriendo la transformación. Los cambios internos que tienen lugar en el individuo, aunque menos evidentes, son	La adolescencia tardía abarca la parte posterior de la segunda década de la vida, entre los 15 y los 19 años de edad. Para entonces, ya usualmente han tenido lugar los cambios físicos más influyentes, aunque el cuerpo sigue desarrollándose. El cerebro también continúa desarrollándose y reorganizándose, y la capacidad para el pensamiento analítico y reflexivo que incrementa notablemente. Las opiniones de los miembros de su conjunto aún tienden a ser esenciales al comienzo de este periodo, pero su ascendiente reduce en la medida en que los adolescentes consiguen mayor confianza y claridad en su personalidad

<p>igualmente profundos.</p> <p>Esta debería ser una fase en la que niños cuenten con un ámbito claro y seguro para llegar a conciliarse con esta transformación cognitiva, emocional, sexual y psicológica, con la libertad de realizar de funciones propias de adultos y con el pleno apoyo de adultos responsables en el hogar, la escuela y la comunidad. Dados los tabúes sociales que con frecuencia rodean la pubertad, es de particular magnitud brindarles a los adolescentes toda la información que necesitan para protegerse del VIH, de otras infecciones de transmisión sexual, del embarazo precoz y de la violencia y explotación sexuales (17).</p>	<p>como en sus opiniones.</p> <p>En la adolescencia tardía, las niñas suelen correr un enorme riesgo que los varones de padecer consecuencias negativas para la salud, incluida la depresión; y a menudo la discriminación y el abuso basados en el género magnifican estos riesgos. Las muchachas tienden a padecer trastornos alimentarios, tales como la anorexia y la bulimia; esta vulnerabilidad se deriva por los estereotipos culturales y mediáticos de la belleza femenina. Es durante estos años que los adolescentes ingresan en el mundo del trabajo o de la educación superior, establecen su propia identidad, cosmovisión y empiezan a participar activamente del mundo que les rodea (17).</p>
--	---

2.3.3.- Anticoncepción y Adolescencia

- La edad no es motivo suficiente para prescindir ningún método anticonceptivo, pero los aspectos socio conductuales de los adolescentes deben ser estimados, siendo muy sustancial para valorar su aceptabilidad y motivación, para afirmar un apropiado cumplimiento.
- Los métodos de abstinencia periódica requieren un cuantioso nivel de motivación.
- Los métodos de barrera brindan protección frente a infecciones de transmisión sexual (ITS), por lo que están básicamente indicados en la adolescencia, bien individualmente o en doble protección.
- Los métodos anticonceptivos orales se consideran en la actualidad seguros en la adolescencia. No existen dilemas para la utilización en adolescentes de

anticoncepción combinada inyectable, parches transdérmicos o anillos vaginales, de factible uso y buen nivel de cumplimiento. Si bien es cierto los ACO combinados precede inhibiendo la producción del estrógeno ovárico, contienen a su vez estrógenos, estos compensan el déficit; de ahí la consideración de la dosis del compuesto usado. Preferentemente, el estrógeno destinado no debería estar sobre los 30 µg de etinilestradiol (EE).

- Acerca de la anticoncepción con progestágenos solos, el patrón de ginecorragia errático que provocan es, con frecuencia, razón de abandono de los métodos por parte de los adolescentes. La inyección o los implantes de progestágeno son de elección cuando se requiere elevada efectividad.
- La anticoncepción de emergencia en adolescentes es mejor el de progestágeno solo, por su mayor eficacia y mínima reiteración de efectos secundarios (15).

2.3.4.- Educación Sexual en la Adolescencia a nivel internacional, nacional y regional

2.3.4.1.- A nivel internacional

La educación sexual integral faculta a los jóvenes tomar decisiones sustentadas sobre su sexualidad. Se da a lo largo de varios años, integrando información adecuada a la edad en consonancia con las capacidades cambiantes de los jóvenes. Incorpora información científicamente precisa sobre desarrollo humano, anatomía y embarazo y se sustenta en un plan de estudios. De igual manera, comprende información sobre anticoncepción e infecciones de transmisión sexual (ITS), entre ellas el VIH. Y va más allá de la información para promover la confianza y la avance de las dotes de comunicación. Los planes de estudios deben plantear también las

cuestiones sociales que rodean a la sexualidad y la reproducción, entre ellas las normas culturales, la vida familiar y las relaciones interpersonales.

En cuestión de los derechos humanos, la igualdad entre los géneros y los papeles designados a cada género deben integrarse en todos los aspectos de estas charlas, lo que incorpora la protección, el cumplimiento y el empoderamiento en materia de derechos humanos; la consecuencia de la discriminación por asunto de género; la presunción de la igualdad y la perspectiva de género; y las ideas que subyacen a los papeles asignados a cada género. También se debatirá los abusos sexuales, la violencia de género y otras prácticas nocivas. En pocas palabras, toda esta información dota a los jóvenes de la disposición necesaria para admitir la responsabilidad de su propia conducta y respetar los derechos de los otros (18).

2.3.4.2.- A nivel nacional

En el Perú se halla una fuerte demanda por una educación sexual integral, así como apoyo para su implementación. Un análisis reciente indica que la implementación actual de esta temática no cubre las necesidades de los y las adolescentes. Investigadores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y del Guttmacher Institute con sede en los EE.UU. llevaron a cabo, en 61 escuelas secundarias, una encuesta encaminada en el currículo de la ESI y su implementación guiada a estudiantes en edades de 15 a 17 años en tres áreas del país con diferencias geográficas y culturales: Lima (costa), Ayacucho (sierra) y Ucayali (selva).

De acuerdo a los estándares internacionales constituidos por las Naciones Unidas y otras categorías clave identificadas por el equipo del estudio: fisiología sexual y reproductiva; prevención de VIH/ITS; anticoncepción y embarazo no planeado;

valores y habilidades interpersonales; género y derechos sexuales y reproductivos. La ESI es sustancial para que los y las adolescentes, así como la gente joven conduzcan vidas sexuales y reproductivas saludables, en términos tanto de su bienestar físico como de sus relaciones personales. El gobierno peruano promulgó lineamientos para la ESI, los cuales aún no han terminado de ser implementados debido a la ausencia de voluntad política de los gobiernos en cada período. Ello ha resultado en el financiamiento limitado para capacitar a los docentes, así como para monitorear y evaluar este programa.

Los investigadores han encontrado que existe un soporte generalizado para la educación sexual en los sistemas escolares peruanos: virtualmente todos los estudiantes, maestros y directores de escuela encuestados consideraron que debería impartirse. Por otro lado, el 92% de los y las estudiantes que habían recibido algún tipo de educación sexual la consideraron conveniente para sus vidas personales. Por lo contrario, el 75% de los y las estudiantes reportó haber aprendido al menos un tema en cada una de las cinco principales categorías de la ESI, solamente el 9% reportó haber aprendido todos los temas necesarios para que la educación sexual se considere integral.

“Es primordial enseñar a los y las estudiantes acerca del consentimiento, la igualdad y la forma de comunicarse dentro de las relaciones”, afirma la Dra. Sarah Keogh, investigadora científica sénior en el Guttmacher Institute y coautora de la investigación. “Cuatro de cada cinco violaciones denunciadas en Perú se cometen en contra de niñas menores de 18 años de edad y, según datos internacionales, Perú tiene la tasa más alta de denuncias de violación en América del Sur”.

Generalmente, la implementación de la ESI en el Perú tiene mucho que avanzar para cumplir con los estándares nacionales e internacionales, a pesar de que es técnicamente requerida y que los funcionarios escolares la apoyan decididamente. Los autores del estudio sugieren que las actuales brechas en la implementación podrían abordarse mejor a través de un marco legal más robusto que cree un programa nacional sólido exclusivo para la ESI (19).

2.2.4.3.- A nivel regional

Un aspecto determinante del desarrollo de la población adolescente en Piura, y particularmente en el caso de las mujeres, es la probabilidad de poder planificar y controlar su vida sexual y reproductiva. Lamentablemente, en este departamento encontramos que existen aún barreras frente a ello, lo cual se refleja en el hecho de que, en el 2013, el 13% de las adolescentes ya eran madres y otro 5.1% se encontraba gestando su primer hijo, haciendo un total de 18.1% de adolescentes que han estado embarazadas alguna vez. Esto se debe al limitado acceso a la educación y el impacto de este fenómeno constituye un serio problema, lo que se refleja en el hecho de que existe un 6% de la población total en edad escolar (6 - 16 años) que no asiste a la escuela. Asimismo, en el caso de las chicas en edad fértil (entre 15 y 49 años) sabemos que el 2,5% de las mismas no cuenta con ningún nivel educativo, mientras que el 18,4% solo tiene nivel primario incompleto y el 13,7% solo nivel primario completo (20).

2.3.5.- Actitudes sexuales de los adolescentes en la actualidad

En la actualidad, las relaciones de pareja se encuentran en constante cambio. Términos como «amigos con derecho a roce» son frecuentes para calificar las

relaciones que tienen un componente sexual, y en ocasiones afectivo, en las que no se establece un compromiso emocional, de exclusividad o con fines reproductivos (21).

Particularmente en la adolescencia se fortalecen las actitudes hacia la sexualidad; como consecuencia, las actitudes hacia la sexualidad influyen significativamente en el modo de vida de los adolescentes y repercuten en la problemática de salud que puede aparecer en ese momento o en las sucesivas etapas del ciclo vital.

En otras palabras, las actitudes son las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables hacia algo. Las integran las opiniones, creencias, sentimientos, propósitos o tendencias hacia un objeto, factores que no se consideran innatos, sino que se forman en el transcurso de la vida.

Es decir que, las actitudes dirigen nuestra atención a aspectos particulares de un objeto e influyen en nuestras interpretaciones del mismo. Como resultado, es más probable desarrollar una conducta acorde con la actitud, y las personas pueden actuar basándose en sus actitudes de una manera relativamente directa.

Dentro de éste marco, se puede decir que la actitud de los adolescentes hacia la sexualidad, la contracepción, el contagio de las enfermedades de transmisión sexual varía según el nivel de cultura, las creencias religiosas, las relaciones afectivas con los padres y la edad de los adolescentes. Así aparece que el nivel cultural propio y de los padres parece que tiene como causa principal; acercar los modelos de conducta de chicas y chicos. Al incrementar el nivel educativo, los adolescentes son menos precoces en dar inicio a determinados comportamientos, asocian más la afectividad a

la sexualidad y comparten la iniciativa en cuanto a las relaciones coitales con su pareja.

Es así como todos los factores antes mencionados, es decir las ITS, el embarazo en los adolescentes, el aborto provocado tiene repercusiones sociales y personales convirtiéndose en un problema de salud pública, tanto a nivel nacional como regional, específicamente en los adolescentes.

Teniendo en cuenta que el ser humano es un ser biopsicosocial y que la sexualidad está implícita en estas tres dimensiones del individuo, es indiscutible que la educación sexual es necesaria desde los primeros años de la vida para el desarrollo de una conducta sexual responsable y satisfactoria, logrando de esta manera que los adolescentes culminen felizmente este período de su vida al evitar problemas emocionales, sociales y de salud (22).

III. Metodología

3.1 Tipo de Investigación

El presente estudio por sus componentes de medición de conceptos y definición de variable reunió las condiciones de una investigación de tipo descriptiva (23).

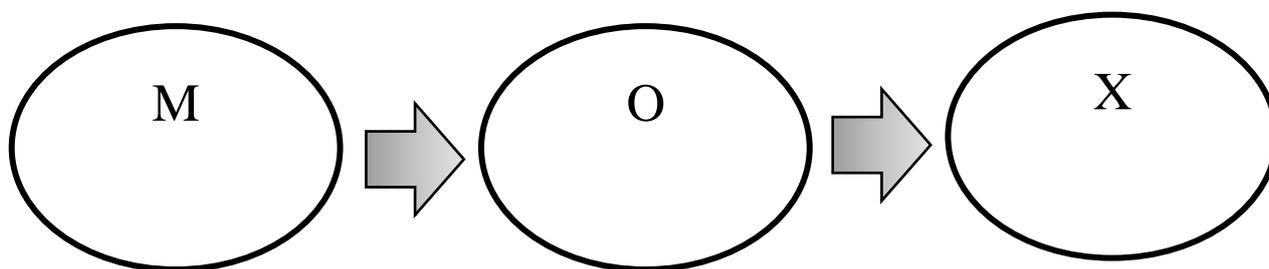
3.2 Nivel de la Investigación

Por el grado de cuantificación se trata de un estudio cuantitativo (23).

3.3 Diseño de la Investigación

Diseño no experimental de corte transversal (23).

ESQUEMA



Donde:

M: es la muestra estudiada

O: Observación

X: Nivel de conocimiento y actitud sobre métodos anticonceptivos

3.4 Población y Muestra:

3.4.1 Población:

La población muestral estuvo constituida por 215 adolescentes pertenecían al cuarto y quinto año de secundaria de la Institución Educativa Jose Abelardo

Quiñones Castilla- Piura, y que asistieron en el período de estudio y cumplieron con los criterios de selección.

El tamaño de la población fue definido por el registro de matriculados en el año académico 2018 de los estudiantes en estudio distribuidos de la siguiente manera.

GRADOS	SECCIÓN A	SECCIÓN B	SECCIÓN C	TOTAL
4TO AÑO DE SECUNDARIA	36	35	37	108
5TO AÑO DE SECUNDARIA	37	36	34	107

3.4.2 Muestra:

La muestra estuvo constituida por el total de la población en estudio, siendo la unidad de análisis los adolescentes del cuarto y quinto de secundaria que cumplieron los criterios de selección.

3.5 Criterios de Inclusión y Exclusión

Inclusión:

- Adolescentes varones y mujeres de cuarto y quinto año de secundaria de la Institución Educativa Jose Abelardo Quiñones, matriculados en el año académico 2018 y que asistieron en el periodo de estudio.
- Adolescentes que aceptaron participar voluntariamente en la investigación.
- Aceptación escrita de participar en el estudio.

Exclusión:

- Adolescentes con dificultad para comunicarse.

Los procedimientos para la recolección de datos se iniciaron con la autorización de la institución educativa, luego se identificó la unidad de análisis para la aplicación del instrumento de recolección de datos.

Cuadro 1: Matriz de Operacionalización de la variable Nivel de Conocimiento sobre Métodos Anticonceptivos

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS ANTICOCEPTIVOS	Conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vagos e inexactos sobre los métodos anticonceptivos (24).	Nivel de conocimiento global sobre los métodos anticonceptivos	Se evalúo a través de 24 preguntas, cada pregunta correcta será calificada con un punto, por lo que se considerará nivel de conocimiento bueno (de 18 a 24 puntos), regular (de 9 a 17 puntos) y malo (de 0 a 8 puntos).	<ul style="list-style-type: none"> • Bueno • Regular • Malo 	Ordinal
ACTITUD ANTE LOS MÉTODOS ANTICOCEPTIVOS	Es un juicio evaluativo bueno o malo de un objetivo, así una actitud representa lo favorable o desfavorable sobre lo que conlleva a tener comportamientos específicos hacia las prácticas sexuales riesgosas (25).	Actitud global ante los métodos anticonceptivos	Se evalúo a través de 16 preguntas, con respuestas en escala de Likert. A mayor acercamiento de la respuesta correcta para cada proposición, se le dio mayor puntuación de 0-4 puntos, por lo tanto, en las proposiciones 1, 2, 3, 7, 8, 9, 10, 12, 15 y 16 la respuesta correcta es totalmente de acuerdo (TA). Para las proposiciones 4, 5, 6, 11, 13 y 14 la respuesta correcta es totalmente en desacuerdo, luego se clasifica según sumatoria total de puntos en dos categorías:	<ul style="list-style-type: none"> • Actitud Favorable • Actitud Desfavorable 	Ordinal

			1. Favorable: 32-64 puntos 2. Desfavorable: 0-31 puntos		
EDAD	Tiempo que ha vivido el adolescente en años cumplidos (24)	Se evalúo la edad actual del adolescente al momento del estudio.	<ul style="list-style-type: none"> • 10 – 14 años • 15 – 19 años 	Ordinal	
SEXO	Condición orgánica que distingue al varón de la mujer (24)	Se evalúo el sexo del adolescente.	<ul style="list-style-type: none"> • Varón • Mujer 	Nominal	
ESTADO CIVIL	Conjunto de cualidades que distingue al individuo de la sociedad y en la familia (24)	Se evalúo el estado civil del adolescente al momento del estudio.	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero(a) • Casado(a) • Conviviente 	Nominal	
RELIGION	Se refiere al credo y a los conocimientos dogmáticos sobre una entidad divina. La religión implica un vínculo entre el hombre y Dios (24)	Se evalúo la religión que profesa el adolescente al momento del estudio.	<ul style="list-style-type: none"> • Católico(a) • Adventista • Ninguna • Evangélica • Otras 	Nominal	
OCUPACIÓN	Actividad que realiza el encuestado en los últimos treinta días (24).	Se evalúo la ocupación que tiene el adolescente en el momento del estudio	<ul style="list-style-type: none"> • Estudia • Estudia y Trabaja 	Nominal	
TENER ENAMORADO	Se evalúo si el adolescente tiene o no enamorado al momento del estudio.		<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal	
RELACIONES COITALES	Se evalúo si el adolescente ha tenido o no relaciones coitales al momento del estudio. Si contesta si pasara a la siguiente pregunta, sino ira a la última pregunta.		<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal	
EDAD DE PRIMERA RELACION SEXUAL	Se evalúo la edad de la primera relación sexual del adolescente.		<ul style="list-style-type: none"> • 10 – 14 años • 15 – 19 años 	Ordinal	
PREFERENCIAS SEXUALES	Se evalúo las preferencias sexuales del adolescente.		<ul style="list-style-type: none"> • Heterosexual • Homosexual 	Nominal	

		<ul style="list-style-type: none"> • Bisexual 	
ASISTENCIA AL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	Se evaluó el adolescente acude al servicio de planificación familiar.	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	Nominal
MÉTODOS ANTICONCEPTIVO UTILIZADO	Se evaluó el método anticonceptivo utilizado por el adolescente	<ul style="list-style-type: none"> • Método del Ritmo • Método del Moco Cervical • Píldora • Inyectable • T de Cobre • Preservativos • Lactancia Materna • Ninguno 	Nominal

3.6 Técnica e Instrumentos de medición

✓ **Técnica:** Se utilizó la técnica de la encuesta

✓ **Instrumentos:**

Se utilizó un instrumento de recolección de datos creado por las investigadoras

López M y Tenorio V. (26), y estará estructurada en cuatro secciones:

-La Primera referida a las características sociodemográficas y sexuales con un total de 11 preguntas.

-La Segunda en relación al Nivel de Conocimiento sobre los Métodos anticonceptivos:

Para valorar el conocimiento se realizaron 24 preguntas con el valor de un punto para cada respuesta correcta y cero si la respuesta era incorrecta o no respondió, para un total de 24 puntos.

Las respuestas correctas para valorar el conocimiento de las proposiciones 1,2,5, 6,9,10, 11,13, 14,15, 17, 18, 19, 22, la respuesta correcta es SI. Las proposiciones 3, 4, 7, 8, 12, 16,20, 21,23, 24 la respuesta correcta es NO.

Se estableció el conocimiento según las respuestas y sumatoria total de puntos a cada encuestado de la siguiente escala según respuestas correctas:

– Bueno: 18-24 puntos

– Regular: 9-17 puntos

– Malo: 0-8 puntos

-La Tercera sección dirigida a evaluar la actitud con un total de 16 preguntas

Para identificar la actitud se utilizó la escala de Likert, en la cual se construyeron 16 proposiciones, los adolescentes responderán de acuerdo al grado de aceptación.

A mayor acercamiento de la respuesta correcta para cada proposición, se le dio mayor puntuación de 0-4 puntos, por lo tanto, en las proposiciones 1, 2, 3, 7, 8, 9, 10, 12, 15 y 16 la respuesta correcta es totalmente de acuerdo (TA). Para las proposiciones 4, 5, 6, 11, 13 y 14 la respuesta correcta es totalmente en desacuerdo, luego se clasifica según sumatoria total de puntos en dos categorías:

1. Favorable: 32-64 puntos

2. Desfavorable: 0-31 puntos

-La cuarta sección relacionada con las fuentes de información y el lugar de adquisición de los métodos anticonceptivos.

✓ **Validez.**

El instrumento, fue aplicado en una prueba piloto a un número de 20 adolescentes que fueron escogidas al azar, atendidas en otra unidad de salud, y con características diferentes de las requeridas para el estudio. Se realizó posteriormente una revisión con el tutor del trabajo investigativo, a fin de realizar modificaciones y de esta manera mejorar la calidad del mismo (ANEXO 2).

✓ **Confiabilidad**

La confiabilidad del Cuestionario del nivel de conocimiento sobre los Métodos Anticonceptivos se determinó mediante la prueba estadística del coeficiente de Alpha de Cronbach que supera el 80% estándar, por ende, se deducirá que el instrumento de

investigación es altamente confiable y para el Test de Likert Alfa de Cronbach, obteniendo como resultado 0.73% de confiabilidad. (ANEXO 2).

3.7 Plan de Análisis

Los datos que se obtuvieron fueron codificados y posteriormente procesados en una hoja de cálculo del programa Open Office Calc. Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Versión 22 con el cual se obtuvo la descripción de los datos como frecuencias, porcentajes y gráficos estadísticos de cada una de las variables en estudio.

3. 8 Matriz de Consistencia

Cuadro 2: Matriz de Consistencia

ENUNCIADO DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES
<p>¿Cuál es el nivel de conocimiento y actitud sobre métodos anticonceptivos en adolescentes de la I.E Jose Abelardo Quiñones Castilla- Piura durante el período 2018?</p>	<p>Objetivo General -Determinar el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en adolescentes de la I.E Jose Abelardo Quiñones Castilla- Piura durante el período 2018.</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <p>(a) Identificar el nivel de conocimiento global sobre métodos anticonceptivos en los adolescentes del ámbito de estudio.</p> <p>(b) Identificar la actitud global respecto a los métodos anticonceptivos en los adolescentes del ámbito de estudio.</p> <p>(c) Identificar las fuentes de información y el lugar de adquisición sobre métodos anticonceptivos en los adolescentes del ámbito de estudio.</p>	<p>VARIABLES</p> <p>VARIABLES PRINCIPALES:</p> <p>1.- Nivel de Conocimiento sobre métodos anticonceptivos.</p> <p>2.- Actitud sobre métodos anticonceptivos.</p> <p>VARIABLES SECUNDARIAS:</p> <p>a) Edad</p> <p>b) Sexo</p> <p>c) Estado civil</p> <p>d) Ocupación</p> <p>e) Religión</p>

	<p>(d) Identificar las características sociodemográficas y sexuales en los adolescentes del ámbito de estudio.</p>	<p>f) Tiene enamorado</p> <p>g) Relación Sexual</p> <p>h) Edad de inicio de la primera relación sexual</p> <p>i) Preferencia sexual</p> <p>j) Asistencia al programa de planificación Familiar</p> <p>k) Métodos anticonceptivo utilizado.</p>
--	--	--

METODOLOGÍA			
TIPO NIVEL Y DISEÑO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICA E INSTRUMENTOS	PLAN DE ANÁLISIS
<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de Investigación: Descriptivo. • Nivel de Investigación: Por el grado de cuantificación se trata de un estudio cuantitativo. • Diseño de la investigación: Diseño no experimental, transversal 	<p>Población: La población muestral estuvo constituida por 215 adolescentes que pertenecerán al cuarto y quinto año de secundaria de la I.E Jose Abelardo Quiñones; y que asistieron regularmente en el período de estudio y que cumplieron con los criterios de selección.</p> <p>El tamaño de la población fue definido por el registro de matriculados en el año académico 2018 de los estudiantes en estudio.</p> <p>Muestra La muestra estuvo constituida por 215 Adolescentes del cuarto y quinto año de secundaria de la I.E José Abelardo Quiñones y que cumplieran con los criterios de selección.</p>	<p>Técnica: La encuesta.</p> <p>Instrumentos: Instrumento de Recolección de Datos: *Características socio demográficas y sexuales * Conocimientos sobre métodos anticonceptivos - *Test de Likert.</p>	<p>Para el plan de análisis se hizo uso de la estadística descriptiva, utilizando figuras y tablas.</p>

3.9 Principio Éticos

Esta investigación tomo en consideración la Declaración de Helsinki que establece el respeto a la dignidad, la protección de los derechos y bienestar de los sujetos en investigación; salvaguardando su integridad física y mental, así como su intimidad y la protección de sus datos; así como también identificando que la persona en estudio no posea dificultades psicológicas u otro problema que pueda interferir en el proceso del desarrollo del trabajo de investigación.

En este sentido, se solicitó a los adolescentes que lean detenidamente y firmen el consentimiento informado (ANEXO 3 y 4).

Previo a la encuesta, se les explicó a los adolescentes los objetivos de la investigación; asegurándoles que se iba a manejar de manera anónima la información obtenida de los mismos, garantizando además la privacidad de la identificación de la persona.

Se contó además con la previa autorización de las autoridades de la Institución Educativa Jose Abelardo Quiñones –Piura.

IV. Resultados

4.1 Resultados

Tabla 1. Nivel de conocimiento global sobre métodos anticonceptivos en adolescentes de la I.E Jose Abelardo Quiñones Castilla- Piura, durante el periodo 2018.

Nivel de conocimientos	n	%
Bueno	6	2.79
Regular	127	59.07
Malo	82	38.14
Total	215	100.00

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

En la tabla 1 referida al conocimiento global sobre métodos anticonceptivos se demostró que el el 59,07% de los adolescentes encuestados tienen un nivel regular, seguido de un 38,14% tienen un nivel malo y solo un 2,79% obtuvo un nivel bueno.

Tabla 2. Actitud global sobre métodos anticonceptivos en adolescentes de la I.E Jose Abelardo Quiñones Castilla- Piura, durante el periodo 2018.

Actitud	n	%
Favorable	209	97.21
Desfavorable	6	2.79
Total	215	100.00

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

En la tabla 2 referida a la actitud global sobre los métodos anticonceptivos, se obtuvo que el 97,21% de los adolescentes en estudio son favorables, mientras que solo el 2,79% son desfavorables.

Tabla 3. Fuentes de información y Lugar de adquisición sobre los métodos anticonceptivos en adolescentes de la I.E Jose Abelardo Quiñones Castilla- Piura, durante el periodo 2018.

		n	%
Fuentes de información	Escuela	109	50.70
	Amigos	7	3.25
	Internet	69	32.10
	Familia	16	7.44
	Establecimiento de Salud	14	6.51
Lugares de adquisición	Farmacia	80	37.21
	Establecimiento de Salud	91	42.33
	Familiares	8	3.72
	Conocidos	9	4.18
	Otros	9	4.18
	Ninguno	18	8.38
	Total	215	100.00

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

En la Tabla 3, podemos observar que la mayor fuente de información sobre métodos anticonceptivos es la escuela con un 50,70%, seguido se encuentra la información encontrada en internet con el 32,10%, mientras que el 7,44% de la muestra obtiene información en la familia, muy cerca al porcentaje se ubica los establecimientos de salud con un 6,51% y en último lugar con un 3,25% lo adquieren a través de sus amigos. En relación a los lugares de adquisición se observa que el 42,33% adquieren los métodos de anticoncepción en los establecimientos de salud, mientras que el 37,21% acuden a la farmacia para obtenerlos, mientras que el 8,38% no obtienen en ningún lugar algún tipo de método anticonceptivo, por otro lado, obtuvimos el mismo porcentaje en los que adquieren de “conocidos” y otros con un 4,18% respectivamente, y por último el 3,72% lo obtienen de familiares.

Tabla 4. Características Sociodemográficas y sexuales en adolescentes de la I.E Jose Abelardo Quiñones Castilla- Piura, durante el periodo 2018.

Características		N	%
Edad	10 - 14 años	44	20.47
	15 - 19 años	171	79.53
Sexo	Masculino	103	47.91
	Femenino	112	52.09
Religión	Católico	147	68.37
	Adventista	7	3.26
	Evangelica	29	13.48
	Ninguna	21	9.77
	Otra	11	5.12
Estado Civil	Soltera (o)	215	100
	Casada (o)	0	0
	Conviviente	0	0
	Viuda (o)	0	0
Ocupación	Estudiante	175	81.39
	Trabaja /Estudia	40	18.61
Tiene enamorado (a)	Si	79	36.74
	No	136	63.26
Ha iniciado a tener vida sexual activa	Si	63	29.30
	No	152	70.70
Edad de inicio de su relación coital *	9 - 14 años	16	7.44
	15 - 19 años	47	21.86
Ha acudido al programa de Planificación Familiar	Si	19	8.84
	No	196	91.16
Orientación sexual	Heterosexual	210	97.67
	Homosexual	2	0.93

	Bisexual	3	1.40
Método o métodos que usa actualmente	Método del ritmo	0	0
	Método del moco cervical	0	0
	Píldoras	6	2.79
	Inyectables	1	0.47
	T de Cobre	0	0
	Preservativos	28	13.02
	Lactancia Materna	0	0
	Ninguno	180	83.72
Total		215	100.00

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

*No se considera a quienes no han iniciado relaciones sexuales coitales (152 adolescentes).

En la tabla 4 que representa las características sociodemográficas y sexuales de los adolescentes, podemos observar que las edades de la población encuestada oscilan entre los 10 a 19 años, teniendo la edad de 15-19 años con un 79,53%, así mismo el sexo que más predominó fue el femenino con un 52,09%. Según la religión que profesan el 68,37% son católicos. En lo que respecta al estado civil el 100% de los adolescentes son solteros. Con respecto a la ocupación de los adolescentes el 81,39% solo estudian. En relación a la pregunta de que si tienen enamorado(a), el 63,26% respondieron que no. Siguiendo con la pregunta si han iniciado una vida sexual activa, el 70,70% respondieron que no, la edad más prevalente de la primera relación coital sexual fue a los 15-19 años con un 21,86%. Además, el 91,16% de los adolescentes no han acudido al programa de planificación familiar. Según la orientación sexual de los adolescentes, el 97,67% son heterosexuales. Finalmente, con respecto a que método o métodos utilizan actualmente, el 83,72% respondieron que no utilizan ningún método anticonceptivo.

4.2 Análisis de resultados

En los últimos tiempos se asiste a lo que se ha llamado revolución sexual, determinada porque cada vez se inicia más temprano las relaciones sexuales en los jóvenes, debido entre otras cosas a cambios en la actitud social hacia la sexualidad y a una maduración sexual más temprana.

De modo que la adolescencia es un período de incertidumbre, en el que la proyección o entendimiento de lo futuro es aún rudimentario, lo que impide la posibilidad de anticipar consecuencias. El desarrollo emocional es todavía incompleto, y existe un mínimo desarrollo 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. La adolescencia es también una etapa de transición de la dependencia hacia la independencia, y el embarazo puede aparentar ser una manera de alcanzar esta independencia y al no contar con información adecuada sobre sexualidad y los métodos anticonceptivos se ponen en juego la salud reproductiva la cual incluye la capacidad de las personas para tener una vida sexual segura y satisfactoria (27).

En la **tabla 1**, observamos que los adolescentes de la institución educativa, el nivel de conocimiento global regular fue 59,07% de los adolescentes encuestados, el 38,14% tienen un nivel malo y solo un 2,79% obtuvo un nivel bueno. Al contrario de la investigación realizada por Calle C (6), donde obtuvo los siguientes resultados el 66,66% nivel deficiente, 26,67% nivel regular y 6,67% nivel bueno. Sin embargo, se asemeja a la investigación realizada por Jiménez y Vilchis (10) donde obtuvieron los

siguientes resultados el 64,7% nivel medio, el 25,9% nivel bajo y el 9,4% nivel alto en forma global acerca de métodos anticonceptivos.

Según la teoría de Piaget, los adolescentes entran a la etapa de operaciones formales, siendo el más alto nivel del desarrollo cognitivo; aunque es posible que su pensamiento siga siendo inmaduro en algunos sentidos, muchos adolescentes tienen la capacidad de razonamiento abstracto y sofisticados juicios morales; así mismo pueden plantearse metas de manera más realista para su futuro, es por ello que al desarrollarse la capacidad de abstracción (11). El adolescente que reciba información de educación sexual, podrá tener un nivel de conocimiento regular, más no hará uso correcto de algún método anticonceptivos, por lo que se debe fortalecer la responsabilidad de utilizar métodos anticonceptivos.

En la **tabla 2** referente a la actitud global sobre los métodos anticonceptivos encontramos que el 97,21% son favorable, mientras que solo el 2,79% son desfavorable. Los resultados de nuestra investigación se corroboran con la investigación realizada por Martínez M, Paitan E, donde sus resultados fueron que el 49.7% de estudiantes mantienen actitudes favorables hacia el uso de métodos anticonceptivos, esto se deriva a que tienen una información adecuada y un comportamiento responsable, estas actitudes le ayudaran a prevenir situaciones de riesgo en su sexualidad. Por otro lado, el 16.5% de estudiantes tienen una actitud desfavorable frente a algunas situaciones, esto podría traerles problemas como inicio de actividad sexual precoz, embarazos no planeado, contagio de ITS, entre otros (7).

Cifras que difieren con el estudio realizado por Sosa R (4), en su estudio obtuvo como resultado: que el 95% presenta actitudes desfavorables hacia la vivencia de una sexualidad responsable y segura.

Basándonos en los componentes de las actitudes, es importante referirnos a la relación entre el componente afectivo y el cognoscitivo de las actitudes que sostiene que para tener una disposición ante una situación es necesario tener algún conocimiento acerca de él, por lo menos una percepción diferenciadora. Un sentimiento de agrado o desagrado hacia una situación puede influir decisivamente en la atención que le prestemos y en las cualidades que le atribuimos (12).

Por ello los adolescentes adoptan una actitud favorable ya que tienen un regular conocimiento sobre métodos anticonceptivos y desean prevenir situaciones de riesgo; como embarazos precoces, aborto, contagiarse de ITS, VIH-SIDA.

En la **tabla 3** referente a las fuentes de información más solicitadas por la muestra de estudio fue la escuela con el 50,70%, mientras que el lugar de adquisición con el 42,33% fue en el establecimiento de salud. Resultados que difiere con el estudio que realizó Huanilo E (8), donde obtuvo que la mayor parte de los conocimientos se debe al internet en el 26.1%; seguido de la escuela en el 23.9% y de la familia en el 19.6% al igual que por los profesionales de la salud. El 50% de las adolescentes preferiría que sea el profesional de la salud quien le brinde información sobre los métodos anticonceptivos; el 17.4%, la familia; el 15.2%, los medios de comunicación; el 13%, la escuela y el 4.3% preferiría que sean los amigos. Además, difiere con los resultados de lugar de adquisición con estudio de Sánchez M, Dávila R y Ponce E, donde obtuvieron como resultado que un 70.8% adquiere los métodos

anticonceptivos en la farmacia, mientras que solo 3.3% optan por adquirirlos a través de sus amigos (9).

Por lo establecido en la Teoría Psicosocial, en que considera que la adolescencia es una etapa crucial, pues en este momento de la vida los individuos se preguntan ¿Quién soy yo? ¿Cómo soy en realidad? ¿Qué quiero ser? es decir, intentan establecer una identidad propia clara, comprender los rasgos que los distinguen y lo que realmente es de importancia para ellos (11). Por todo esto que enfrenta el adolescente y en la necesidad de poder reconocerse e identificarse lo conduce a la búsqueda de información de lo que realmente es conveniente para su futuro, lo que genera que mayormente obtengan información en las escuelas y que acudan a los establecimientos de salud a adquirir métodos anticonceptivos, ya que muchas veces no cuentan con suficiente dinero y aquí se les brinda gratuitamente.

En la **tabla 4** que representa las características sociodemográficas y sexuales podemos observar que las edades de la población encuestada oscilan entre los 10 a 19 años, teniendo la edad de 15-19 años con un 79,53%, así mismo el sexo que más predominó fue el femenino con un 52,09%. La religión que profesan el 68,37% son católicos. Además, el 100% de los adolescentes son solteros. El 81,39% solo estudian. El 63,26% de los adolescentes respondieron que no tienen enamorado(a) y el 70,70% no han iniciado una vida sexual activa, la edad más prevalente de la primera relación coital es la de 15-19 años con un 21,86%. Además, el 91,16% de los adolescentes no han acudido al programa de planificación familiar. Según la orientación sexual de los adolescentes, el 97,67% son heterosexuales. Finalmente, con respecto a que método o métodos utilizan actualmente, el 83,72% respondieron que no utilizan ningún método anticonceptivo.

Cifras que difieren con el estudio realizado por Arrieta L (5), la edad predominante de los adolescentes encuestados es de 14 años (33.3%), según el sexo predomina el sexo femenino con 53.3%; en lo concerniente al estado civil es 100% son solteros, además que profesan la religión católica con el 100%, respecto a la ocupación el 100% son estudiantes. Referente a si tienen o no enamorado(a) el 48% respondió que no y el 90% no han tenido relaciones coitales, siendo la edad de inicio más frecuente a los 13 años (3.33%), y finalmente el 85% de adolescentes se consideran heterosexuales.

El inicio de la experiencia sexual en los adolescentes no es previsible, ya que ellos señalan que una de las más importantes razones para no utilizar un método anticonceptivo es porque no esperaban que dicha relación ocurriera, empiezan su vida sexual activa a temprana edad, tienen un regular conocimiento o reciben información errónea sobre el uso de métodos anticonceptivos e infecciones de transmisión sexual (ITS). Por ello subestiman el riesgo, existe desconfianza, disminuye el placer sexual, hay falta de control para la toma de decisiones y rechazo por parte de la sociedad (28).

V. Conclusiones

- ✓ El conocimiento global de los adolescentes de la I. E Jose Abelardo Quiñones Castilla- Piura, durante el periodo 2018; fue que el 59,07% de los adolescentes encuestados tienen un nivel regular, seguido de un 38,14% tienen un nivel malo y solo un 2,79% obtuvo un nivel bueno sobre métodos anticonceptivos.
- ✓ En cuanto a la actitud se obtuvo que el 97,21% de los adolescentes en estudio son favorables, mientras que solo el 2,79% son desfavorables sobre métodos anticonceptivos.
- ✓ Respecto a las fuentes de información y lugar de adquisición se registró que la escuela con el 50,70% es la principal fuente, mientras que el 3,25% obtienen información por sus amigos. El 42,33% adquieren los métodos anticonceptivos en los establecimientos de salud, mientras que el 3,72% lo adquieren a través de sus familiares.
- ✓ De acuerdo a las características sociodemográficas y sexuales los resultados que encontramos que las edades de la población encuestada oscilan entre los 10 a 19 años, teniendo las edades de 15-19 años con un 79,53%, así mismo el sexo que más predominó fue el femenino con un 52,09%. La religión que profesan el 68,37% son católicos. Además, el 100% de los adolescentes son solteros. El 81,39% solo estudian. El 63,26% de los adolescentes respondieron que no tienen enamorado(a) y el 70,70% no han iniciado una vida sexual activa, las edades más prevalentes de la primera relación coital es la de 15-19 años con un 21,86%. Además, el 91,16% de los adolescentes no han acudido al programa de planificación familiar. Según la orientación

sexual de los adolescentes, el 97,67% son heterosexuales. Finalmente, con respecto a que método o métodos utilizan actualmente, el 83,72% respondieron que no utilizan ningún método anticonceptivo.

Referencias Bibliográficas

- 1.- UNFPA * [Página en internet] *. New York. Planificación Familiar: Clave para el Desarrollo Sostenible. 2017 * [Actualizado 10 Feb 2017; citado 29 Set 2018] *. Disponible en: <https://lac.unfpa.org/es/news/planificaci%C3%B3n-familiar-clave-para-el-desarrollo-sostenible-1>
2. ENDES Perú. * [Página de internet] * Lima: Instituto Nacional De Estadística e Informática. c2017* [Actualizado 2 Ene 2017; citado 29 de Set 2018] *. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1525/index.html
3. ENDES Perú. * [Página de internet] * Piura. Instituto Nacional De Estadística e Informática. c2014* [Actualizado 2014; citado 29 de Set 2018] *. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1329/index.html
- 4.- Sosa R. Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de 14-19 años del AA.HH. Chiclayito – Castilla, durante el periodo 2015-2016. [Tesis para optar el título de Licenciada en Obstetricia]. Piura: Universidad Católica Los ángeles de Chimbote; 2016
- 5.- Arrieta L. Conocimientos sobre métodos anticonceptivos en adolescentes de primer y segundo año de secundaria de la Institución Educativa 14038 del sector Villa La Legua- Piura año 2016. [Tesis para optar el título de Licenciada en Obstetricia]. Piura: Universidad Católica Los ángeles de Chimbote; 2017.
- 6.- Calle C. Nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos en adolescentes de cuarto y quinto de secundaria de la Institución Educativa Eriberto Arroyo Mío del

caserío de Chililique Alto- Chulucanas, Piura, mayo 2018. [Tesis para optar el título de Licenciada en Obstetricia]. Piura: Universidad Católica Los ángeles de Chimbote; 2018.

7.- Martínez M, Paitan E. La actitud de los estudiantes del 5 to de secundaria hacia el uso de métodos anticonceptivos en la I.E Héroes del Cenepa de Saños Grande - Huancayo periodo mayo 2017. [Tesis para optar el título de Licenciada en Obstetricia]. Huancayo: Universidad Privada de Huancayo Franklin Roosevelt; 2017.

8.- Huanilo E. Fuentes de información y nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en adolescentes. Hospital Santa Rosa- Octubre 2017. [Tesis para optar el título de Licenciada en Obstetricia] Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017.

9.- Sánchez M, Dávila R, Ponce E. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud de México en los meses de septiembre -octubre 2014. Aten Fam [Revista en Internet]. 2015 [citado 12 Oct 2018]; 22 (2). Disponible en:

http://www.journals.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/download/47989/43109.

10.- Jiménez D, Vilchis E. Nivel de conocimientos acerca de métodos anticonceptivos que tienen los alumnos de una secundaria Mexiquense. [Tesis para obtener el grado de Licenciado en Enfermería]. Toluca- México. Universidad Autónoma del Estado de México; 2016.

11.- Chiroque E. Conocimientos sobre métodos anticonceptivos en adolescentes de 14-17 años de la Institución Educativa Nuestra Señora de Fátima – Piura año 2013.

[Tesis para optar el título de Licenciada en Obstetricia]. Perú: Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, 2015.

12.- Antezana S, Pérez J, Villacorta K. Nivel de conocimientos y actitudes sobre métodos anticonceptivos en adolescentes de Instituciones Educativas secundarias estatales mixtas, Distrito Iquitos 2013. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Perú: Universidad Nacional del Altiplano, 2013

13.- Catholic.net. [Página en internet]. España: Conocimiento Humano; 2017 [Actualizado 20 May 2017, citado 15 Oct 2018]. Disponible en: <http://es.catholic.net/op/articulos/14317/conocimientohumano.html>

14.- Di Marco R. En busca del origen del conocimiento: El dilema de la realidad. Praxis *[Página de internet] 2015 Dic * [Citado 28 Oct 2018]; 11 (1):150-162. Disponible en: <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/praxis/article/view/1561/999>

15.- MINSA: Ministerio de Salud. Perú: Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar; c2017 [citado 29 Oct 2018]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4191.pdf>

16.- Pineda S, Aliño M. * [Artículo en internet] * El concepto de Adolescencia. C2014. * [Citado 2 Oct 2018] *. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/capitulo_i_el_concepto_de_adolescencia.pdf

17.- UNICEF. * [Página en internet] ** New York. La adolescencia temprana y tardía. c2011. * [Citado 29 Oct 2018] *. Disponible en: <https://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/La-adolescencia-temprana-y-tardia.pdf>

18. - UNFPA * [Página en internet] *. New York. Educación sexual integral. 2014

*[Actualizado 18 de noviembre 2014; Citado 2 Nov 2018] *. Disponible en:

<https://www.unfpa.org/es/educaci%C3%B3n-sexual-integral>

19.- Motta A, Keogh S, Prada E. En el Perú la educación sexual en las escuelas debe fortalecerse. * [Página en Internet] *. May 30, 2017. * [Citado 2 Nov 2018] *.

Disponible en: <https://www.gutmacher.org/es/news-release/2017/en-el-peru-la-educacion-sexual-en-las-escuelas-debe-fortalecerse>

20. - Juárez E. Documento elaborado en base a la publicación: Los y las jóvenes de Loreto somos presente y futuro. Guía de trabajo para una vida sin violencia, sin riesgo de embarazo no deseado y VIH. Primera edición. Lima, Perú. Promsex. 2015

Disponible en: <http://promsex.org/wp-content/uploads/2015/04/GuiaPiuraSaludRVIH.pdf>

21.- Flores M, López L y Torres M. 2011. Conocimiento de la sexualidad en adolescentes de la escuela secundaria. * [Página en Internet]. 2011 * [Citado 3 Nov 2018]; 7 (1). Disponible en:

<http://64.233.169.104/search?q=cache:oEa7M4OOBvcJ:www.respyn.uanl.mx/especiales/imss...>

22.- Padilla de Gil M. 2011 Salud Sexual de los y las adolescentes en el Salvador. Rev Sogía * [Página en Internet] * 2011 * [Citado 3 Nov 2018] *; 8(3):85-94.

Disponible en: <http://www.bvs.edu.sv/adolesc/tc/sexualidadadole21.pdf>

23.- Domínguez J. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Manual de Metodología de la Investigación Científica. Perú: Chimbote: ULADECH-Católica; 2015.

24.-. Diccionario de la Real Academia Española. 23 ed. Madrid: Espasa Libros, S.L.U; 2014

25.- Bravo P, Calle M, Lázaro L. Conocimiento sobre transmisión de VIH/SIDA y actitudes sobre prácticas sexuales riesgosas en varones de la I.E “Simón Rodríguez” de Nazca, 2017. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Lima: Universidad Privada Cayetano Heredia; 2018.

26.-López M, Tenorio V. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre los métodos anticonceptivos en adolescentes de 14 a 19 años atendidas en Morrito - Rio San Juan, en junio 2015. Conocimiento sobre transmisión de VIH/SIDA y actitudes sobre prácticas sexuales riesgosas en varones de la I.E “Simón Rodríguez” de Nazca, 2017. [Tesis para optar el título de médico y Cirujano General]. Managua: Universidad Autónoma de Nicaragua, Managua; 2015.

27.- Cáceres M, Huaynillo M. Conocimiento y Actitudes hacia los métodos anticonceptivos en adolescentes. [Tesis para optar el título de Licenciada en Obstetricia]. Arequipa. Universidad Nacional de San Agustín; 2016.

28.- Domínguez M. Nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos en adolescentes de cuarto y quinto año de secundaria del colegio Instituto nacional Agropecuario N° 54 Tambogrande – Piura, mayo 2018. [Tesis para optar el título de Licenciada en Obstetricia]. Piura: Universidad Católica Lo Ángeles de Chimbote; 2018.

ANEXOS

ANEXO 1
INSTRUMENTO

**NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES DE LA I.E JOSE ABELARDO
QUIÑONES CASTILLA-PIURA, 2018.**

Autora: Obst. Flor de María Vásquez Saldarriaga



Estimados (as) jóvenes:

Esta encuesta tiene como propósito determinar el **NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES DE CUARTO Y QUINTO AÑO DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA JOSE ABELARDO QUIÑONES CASTILLA-PIURA, 2018**. No se les pregunta el nombre, ni su dirección para que usted este seguro que esta información no será divulgada, y pueda responder con plena sinceridad y confianza a las preguntas que se le presentan.

Agradecemos de antemano su valiosa cooperación.

Orientaciones Generales

En el caso de los ítems que presentan opciones múltiples, encierre en un círculo el número correspondiente a la respuesta. Para aquellos ítems presentados en forma de tabla, señale con una X la casilla correspondiente a su respuesta. En el resto de los ítems, escribir la información solicitada.

1.- Características Sociodemográficas y Sexuales:

1.1.- Edad cumplida: años

1.2.- Sexo:

1.- Varón

2.- Mujer

1.3.- Religión:

2.- Conocimientos sobre los métodos anticonceptivos.

Para cada una de las siguientes proposiciones, marque con una "X" la casilla que considera correcta.

PROPOSICIONES	SI	NO	NO SE
2.1. Sabes que son los métodos anticonceptivos			
2.2. Conoce por lo menos un método anticonceptivo			
2.3. La píldora se toma en cualquier día después que paso la regla			
2.4. La píldora protege de las infecciones de transmisión sexual (ITS)			
2.5. Dentro de las reacciones de la píldora se encuentran: mareos, dolor de cabeza, aumento de peso y sangrado			
2.6. La píldora es un método exclusivo de la mujer			
2.7. El DIU está recomendado en las mujeres que no han tenido hijos			
2.8. La píldora debe tomarla tanto el hombre como la mujer, al mismo tiempo para que sea más efectiva.			
2.9. EL condón solo lo usa el hombre			
2.10. El condón protege de infecciones de transmisión sexual (ITS) y del VIH.			
2.11. EL condón se coloca cuando el pene esta erecto (duro) y antes de iniciar la relación sexual.			
2.12. El mismo condón se puede usar varias veces.			
2.13. El condón usado de forma correcta, es un método 100 % eficaz para la prevención del embarazo.			
2.14. El DIU (la T de cobre) es solo para la mujer.			
2.15. Los métodos anticonceptivos deben ser elegidos de pareja.			
2.16. Durante la relación sexual terminar afuera es un método seguro para evitar embarazo.			

2.17. Dar más de 8 veces diario de pecho materno en los primeros 6 meses posparto es un método 100% seguro?			
2.18. Una sola relación sexual es suficiente para que se produzca un embarazo.			
2.19. El método del ritmo es cuando la pareja evita tener relaciones sexuales durante los días fértiles de la mujer.			
2.20. El anticonceptivo de los 3 meses (depoprovera) es un método anticonceptivo que se toma por vía oral.			
2.21. La PDS (pastilla del día siguiente), es un método anticonceptivo que puede usarse a diario.			
2.22. Los inyectables son métodos anticonceptivos mensuales y trimestrales.			
2.23. El anticonceptivo inyectable se aplica el último día de la menstruación.			
2.24. La inyección anticonceptiva para el varón ya está disponible en Perú.			

3.- Actitudes sobre métodos anticonceptivos.

A continuación, encontraras otras proposiciones sobre las que deberá expresar su opinión. Para responder marque con una "X" la casilla correspondiente a su criterio, con base en la siguiente escala.

Proposiciones	TA	A	I	D	TD
3.1. Considera usted que la consejería y orientación sobre los métodos anticonceptivos es muy importante.					
3.2. Tú como adolescente consideras que puedes utilizar métodos anticonceptivos.					
3.3. Consideras que el condón y las píldoras son métodos adecuados para evitar el embarazo en mujeres menores de 20 años.					
3.4. Considera usted que al usar el condón se disfruta menos de la relación sexual.					

3.5. Crees que los adolescentes tienen suficiente y adecuada información sobre los métodos anticonceptivos.					
3.6. Es difícil para usted conseguir métodos anticonceptivos.					
3.7. Conversarías con tu pareja como protegerse de ITS y VIH-SIDA.					
3.8. Si te causara molestias algún método anticonceptivo considerarías que debes usar otro.					
3.9. Utilizarías tú el condón como método anticonceptivo.					
3.10. Aconsejarías a tu pareja de algún método anticonceptivo.					
3.11. Crees que es tu pareja la que debe decidir que métodos debes usar y que no vas a usar.					
3.12. Consideras tú que tener muchos hijos es riesgoso para la mujer.					
3.13. Considera usted que es el hombre quien decide el número de hijos que se puede tener.					
3.14. Consideras el uso de anticonceptivo un pecado.					
3.15. Cree usted que debe utilizarse métodos anticonceptivos en relaciones ocasionales.					
3.16. El uso de condón es una protección contra el SIDA.					

4.- Fuentes de información y lugar de adquisición de los métodos anticonceptivos.

Encierre en un círculo el número de la respuesta correcta.

4.1.- ¿Dónde te has informado sobre los métodos anticonceptivos?

- | | |
|-------------|--|
| 1. Escuela | 2. Amigos |
| 3. Internet | 4. Familia (Padres) 5. Establecimiento de salud |

4.2. ¿Dónde acudes o acudirías para obtener métodos anticonceptivos?

1. Farmacias
2. Centros de salud.
3. Familiares
4. Conocidos
5. Otros
6. Ninguno

¡GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN!

ANEXO 2

Reporte de validación del cuestionario de conocimientos sobre métodos anticonceptivos.

Año	2018
Autora	Obst. Flor de María Vásquez Saldarriaga
Procedencia	Piura-Perú
Administración	Adolescentes de 14 a 19 años
Significancia	Evalúa el conjunto de ideas, conceptos, y enunciados verdaderos o falsos, productos de la observación y experiencia del adolescente, referida a métodos anticonceptivos.
Duración	No tiene límite, como promedio 20 minutos.
Confiabilidad	Instrumentos: Cuestionario Nivel de conocimiento La confiabilidad con el Método de Alfa Cronbach es de 0.828 (Alta confiabilidad). Confiabilidad Test de Likert Alfa de Cronbach, obteniendo como resultado 0.73% de confiabilidad.
Validez	La Escala ha sido sometida a criterio de Jueces expertos para calificar su validez de contenido teniendo resultados favorables.

CONFIABILIDAD

Reporte de confiabilidad de la prueba de conocimientos sobre métodos anticonceptivos. Cronbach's Alpha	N° de Ítems
0,828	24

Reporte de confiabilidad de Test de Likert para Actitudes Cronbach's Alpha	N° de Ítems
0,73	16

ANEXO 3

Consentimiento informado de los padres.

Sr. Padre de familia:

La presente investigación científica de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Vicerrectorado de Investigación Científica (VI), Escuela Profesional de Obstetricia, titulada: *“Nivel de Conocimiento y actitud sobre los métodos anticonceptivos en adolescentes de la I.E. Jose Abelardo Quiñones Castilla – Piura, 2018”*. Para lo cual se aplicará un cuestionario a su menor hija(o) adolescente.

Dicho cuestionario será anónimo para proteger la identidad del participante informante y se desarrollará dentro de un ambiente de respeto mutuo, confidencial y responsabilidad, con el compromiso de no utilizar esta información para otros fines que puedan perjudicar a los sujetos de estudio.

Cordialmente.

Obsta. Flor de María Vásquez S.

Docente tutor investigador

Angie Luz Meza Núñez

Tesista

Cualquier consulta, queja o comentario, sírvase llamar a los siguientes números:

Docente Tutor:

Celular: 999699148

ANEXO 4

Ficha de Consentimiento informado del participante

Yo, como sujeto de investigación, en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, **EXPONGO:** Que he sido debidamente **INFORMADO/A** por los responsables de realizar la presente investigación científica titulada “*Nivel de conocimiento y actitud sobre los métodos anticonceptivos en adolescentes de la I.E Jose Abelardo Quiñones Castilla – Piura, 2018*”; siendo importante mi participación en una encuesta para contribuir a dicho trabajo de investigación.

Que he recibido explicaciones, tanto verbales como escritas, sobre la naturaleza y propósitos de la investigación y también he tenido ocasión de aclarar las dudas que me han surgido.

MANIFIESTO:

Que habiendo comprendido y estando satisfecho/a de todas las explicaciones y aclaraciones recibidas sobre el mencionado trabajo de investigación, **OTORGO MI CONSENIMIENTO** para que me sea realizada la encuesta. Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento.

Y, para que así conste, firmo el presente documento.

Firma del participante

Fecha