

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA
FACULTAD DE ENFERMERIA



**NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES EN EL USO DE
LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS EN ALUMNOS DEL IV
SEMESTRE DE LOS PROGRAMAS PROFESIONALES DE
PUBLICIDAD E INGENIERIA ALIMENTARIA DE LA
U.C.S.M – AREQUIPA 2013**

Tesis Presentada por las Bachilleres:

Támara Patricia Mejía Portilla

Simonet Alejandra Rosas Menchola

Para Optar el Título Profesional de:

Licenciadas en Enfermería

**AREQUIPA –PERU
2014**

DEDICATORIA

*Dedicada al **Divino Niño Jesús** que fue mi guía espiritual, a mi familia que me brindaron siempre su apoyo en especial. A mis padres **Elizabeth** y **Praxedes** que siempre estuvieron allí en mis mejores y peores momentos a mi hermano **Daniel** mi compañero de veladas, mi amigo y mi confidente, así como a mis amigos que siempre estuvieron conmigo en los momentos más importantes.*

Támara

*Dedico esta tesis a Dios quien supo guiarme por el buen camino, dándome fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento. A mis padres **Rilda** y **Alejandro** por su amor, consejos, apoyo, comprensión, ayuda en los momentos difíciles. A mis hermanos, tíos, abuela y amigos por estar siempre presentes acompañándome para poderme realizar.*

Simonet

A nuestra asesora Dra. Teresa Chocano Rosas, por brindarnos su tiempo y paciencia para el desarrollo del trabajo.

Támara y Simonet

INDICE

CARATULA

PRESENTACION

DEDICATORIA

INDICE

RESUMEN 6

ABSTRAC 7

INTRODUCCION 8

CAPITULO I

I. PLANTEAMIENTO TEORICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACION 10

1.1. Enunciado del problema..... 10

1.2. Descripción del problema 10

1.2.1 Campo, Área, Línea..... 10

1.2.2 Análisis u operacionalización de variables 10

1.2.3 Interrogantes de investigación 12

1.2.4 Tipo y Nivel de investigación 12

1.3. Justificación del problema 12

2. OBJETIVOS 14

3. MARCO TEORICO 15

3.1. Conocimiento 15

3.1.1. Tipos. 16

3.2. Actitud... 17

3.2.1. Tipos 18

3.3. Adolescencia 19

3.3.1. Etapas de la Adolescencia 20

3.3.2. Sexualidad en el adolescente..... 22

3.3.3.	Educación sexual en el adolescente	27
3.4.	Métodos Anticonceptivos.....	27
3.4.1.	Definición.....	27
3.4.2.	Tipos	28
3.4.2.1.	Métodos de abstinencia	28
3.4.2.2.	Métodos de barrera	38
3.4.2.3.	Método hormonal	47
3.4.2.4.	Métodos de emergencia	61
3.4.3.	Efectos secundarios	65
3.5.	Rol de la Enfermera en la promoción y prevención de la salud reproductiva en el adolescente	66
3.6.	Teoría de Enfermería	72
3.6.1.	Dorothea Orem (Teoría del Autocuidado)	72
4.	ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	75
5.	HIPÓTESIS.....	76
CAPITULO II		
II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL		
1.	TECNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN. ..	77
2.	CAMPO DE VERIFICACION	77
2.1.	Ubicación espacial	77
2.2.	Ubicación temporal	78
2.3.	Unidades de estudio	80
3.	ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	80
CAPITULO III		
RESULTADOS		80
CONCLUSIONES		95
RECOMENDACIONES		96
BIBLIOGRAFIA		97

HEMEROGRAFIA.....	98
PAGINAS ELECTRONICA	100
ANEXOS.....	101



RESUMEN

La Investigación “Nivel de Conocimientos y Actitudes en el Uso de Métodos Anticonceptivos en alumnos del IV semestre de los Programas Profesionales de Publicidad e Ingeniería Alimentaria de la Universidad Católica Santa María – AREQUIPA 2013”, ubicada en la ciudad de Arequipa teniendo como variable nivel de conocimientos y actitudes, los objetivos son: precisar el nivel de conocimientos, identificar el nivel de actitudes y establecer las semejanzas y diferencias en el uso de métodos anticonceptivos en alumnos del IV semestre de los programas profesionales de publicidad e ingeniería alimentaria de la Universidad Católica de Santa María – AREQUIPA 2013. La metodología es de tipo descriptivo, explicativo y comparativo de corte transversal; se utilizó como instrumento la cédula de preguntas; tomando como universo a toda la población del IV semestre de ambos Programas Profesionales. Se llegó a las conclusiones siguientes: que la mayoría de la población de estudio se encuentra entre las edades de 17 a 18 años predominando ambos sexos, la mayoría convive con ambos padres, profesando la religión católica. El nivel de conocimientos encontrado es regular a malo en ambos programas, las actitudes en la población de estudio fueron de indiferencia y rechazo, en referencia se muestra que en ambos programas presentan niveles de conocimientos de regular a malo con actitudes de indiferencia y rechazo, recomendando promover programas de salud sexual y reproductiva en los jóvenes a lo igual que en las facultades de ciencias de salud se realicen campañas en educación sexual a través de Tutoría Universitaria .

Palabras Claves: nivel de conocimientos, actitudes, métodos anticonceptivos, adolescencia.

ABSTRACT

Research "Level of Knowledge and Attitudes on the Use of Contraceptive Methods in the fourth semester students of Professional Advertising Programs and Food Engineering Catholic University of Santa Maria - Arequipa 2013 ", located in the city of Arequipa as having varying levels of knowledge and attitudes the objectives are: to define the level of knowledge, identify the level of attitudes and establish similarities and differences in the use of contraceptive methods in the fourth semester students of professional advertising programs and food engineering Catholic University of Santa Maria- Arequipa 2013. The methodology is descriptive, explanatory and comparative cross-sectional type, was used as an instrument of the ballot questions, taking as universe the entire population of the fourth semester of both Professional Programs . They reached the following conclusions: that most study population is between the ages of 17 and 18 dominate both sexes, the majority live with both parents, professing the Catholic religion. The level of knowledge found is fair to poor in both programs, attitudes in the study population were of indifference and rejection, referring shown that both programs have levels of knowledge fair to poor attitudes of indifference and rejection, recommending promote sexual and reproductive health to young people as in the science faculties sexual health education campaigns are conducted through Tutoring University.

Key Words: Level of knowledge, attitudes, contraception, teen.

INTRODUCCION

A inicios del siglo XXI los medios de comunicación son masivos y rápidos, al igual ya que la información está a la orden del día lista para ser asimilada, por tal razón los adolescentes son los más vulnerables a ser influenciados positiva o negativamente, dependiendo del tipo de educación recibido en su hogar y en su centro de estudio.

La calidad de vida y la salud de las personas están en gran medida influenciadas por las conductas y comportamientos en la esfera sexual y reproductiva. Por lo tanto la salud sexual y reproductiva constituye un elemento clave en la vida de las personas. En el ciclo de vida del adolescente se producen un conjunto de cambios físicos, psicológicos, cognoscitivos, emocionales y sociales que determinan la transición entre la infancia y la edad adulta, por lo tanto en el marco de la promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva se viene empleando como herramienta fundamental en la Educación Sexual.

Actualmente a pesar de los importantes avances que se han llevado a cabo respecto a la prevención de embarazos no deseados en adolescentes, no cabe duda que el mejor tratamiento de este problema es más información mediante educación sexual de nuestros adolescentes.

Según las estadísticas mostradas por la encuesta Demográfica y salud familiar (ENDES), en el Perú 13 de cada 100 adolescentes mujeres entre 15 y 19 años de edad ya son madres o están embarazadas por primera vez¹. En diez años no se ha movido esta cifra; mientras que en el Instituto Nacional de estadística e Informática (INEI) según sus estudios realizados en el 2010 nos han demostrado que las mujeres en edad fértil sin nivel educativo tienen un uso de los métodos de 65,7% mientras las mujeres con un nivel educativo de primaria tienen un 79,9 % del uso de los

¹ Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES Continua 2011.

mismo, con un nivel educativo de secundaria un 74,9% mientras que las adolescentes con un nivel superior un 76.6%².

Entendemos que la prevención de este problema debe darse dentro del marco de la planificación familiar y el acercamiento general a la utilización de métodos anticonceptivos, teniendo en cuenta la realidad de los adolescentes, sus características evolutivas y otros comportamientos de riesgo.

Por ello, nos planteamos conocer cuál es el nivel de conocimientos en el ámbito de la sexualidad y la anticoncepción enfatizando en el uso de los métodos anticonceptivos que tienen los jóvenes de nuestro entorno así como las actitudes y comportamientos que presentan en este terreno, con el objetivo de desarrollar programas de intervención adecuados a sus necesidades específicas.

La presente investigación consta de tres capítulos: I Capítulo Planteamiento Teórico se describe el problema, la formulación de la misma, se realiza la justificación de la investigación, tiene por objetivos precisar el nivel de conocimientos e identificar que actitudes tiene los alumnos del IV semestre de los programas profesionales Publicidad e Ingeniería Alimentaria de la U.C.S.M así como establecer las semejanzas y diferencias, se desarrolló el marco teórico, se aborda los antecedentes investigativos finalmente surge el planteamiento de la hipótesis donde se quiere probar que tanto los estudiantes del IV semestre de ambos programas profesionales poseen diferentes niveles de conocimientos y actitudes frente al uso de métodos anticonceptivos, II Capítulo Planteamiento Operacional se conoce la metodología empleada es el cuestionario y como instrumento la encuesta para la recolección de datos, se aborda las estrategias de la recolección de datos, III Capítulo se abordan los resultados, conclusiones y finalmente las recomendaciones de esta tesis.

² Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI 2010

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEORICO

1. PROBLEMA DE LA INVESTIGACION:

1.1. Enunciado del Problema:

Nivel de conocimientos y actitudes en el uso de los métodos anticonceptivos en alumnos del IV Semestre de los Programas Profesionales de Publicidad e Ingeniería Alimentaria de la U.C.S.M – AREQUIPA 2013.

1.2. Descripción del Problema:

1.2.1. Ubicación del Problema:

Campo : Ciencias de la Salud
Área : Enfermería.
Línea : Salud de la Mujer

1.2.2. Análisis u Operacionalización de Variables:

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS		
	Edad	• 18 Años • 19 Años • 20 Años • 21 Años
	Sexo	• Femenino • Masculino
	Convivencia Familiar	• Convive con Padres • Convive con uno de los padres • Convive solo • Otros
	Religión	• Católica • Evangélico • Mormón • Otros
VARIABLES	INDICADORES	SUB-INDICADORES
Nivel de Conocimientos	• Definición de Métodos Anticonceptivos	• Nivel de Conocimiento Alto • Nivel de Conocimiento Medio • Nivel de Conocimiento Bajo
	• Tipos de Métodos Anticonceptivos	
	• Frecuencia de Uso de los Métodos Anticonceptivos	
	• Complicaciones de los Métodos Anticonceptivos	
Actitudes	• Actitudes Positivas • Actitudes Negativas • Actitudes de Indiferencia	• Acuerdo • Indeciso • Desacuerdo

1.2.3. Interrogantes Básicas:

- ¿Qué nivel de conocimientos tienen los alumnos del IV semestre de los Programas Profesionales de Publicidad e Ingeniería Alimentaria en el uso de Métodos Anticonceptivos?
- ¿Cuáles son las actitudes que tienen los alumnos del IV semestre de los Programas Profesionales de Publicidad e Ingeniería Alimentaria en el uso de Métodos Anticonceptivos?
- ¿Cuáles son las semejanzas y diferencias en el nivel de conocimientos y actitudes de los alumnos del IV semestre de los Programas Profesionales de Publicidad e Ingeniería Alimentaria en el uso de Métodos Anticonceptivos?

1.2.4. Tipo y Nivel del Problema:

- TIPO: de campo
- NIVEL: Descriptivo, Explicativo y Comparativo de corte transversal

1.3. Justificación del Problema:

En la actualidad los problemas más importantes que afectan a la juventud son el incremento de embarazos no deseados y el contagio de las enfermedades de transmisión sexual. Las causas de este incremento son el poco acceso que tienen los adolescentes a los

programas de planificación familiar en los sistemas sanitarios³. Los adolescentes experimentan una etapa de fuertes cambios tanto orgánica como psicológica con adopción de hábitos propios del adulto además de la adquisición rápida de conocimientos que provocan una liberación de hábitos sexuales, aumentando así la exposición al riesgo biológico, emocional y social y determinando un incremento en la prevalencia de embarazos no deseados en edades muy tempranas con efectos nocivos⁴.

Nuestro tema se enmarca estrictamente dentro de la problemática de sexualidad humana y planificación familiar sobre conocimientos y actitudes en el uso de métodos anticonceptivos.

La falta de información y el desconocimiento de métodos anticonceptivos, la poca accesibilidad a los establecimientos de salud por barreras socioculturales, económicas y comunicación inadecuada entre padres e hijos; contribuyen al inicio temprano de las relaciones sexuales, generando abortos, deserción de estudios, embarazo precoz, enfermedades de transmisión sexual y VIH (SIDA).

Para ello es necesario realizar una serie de estudios para identificar cual es el concepto que los estudiantes del nivel superior tienen hacia el uso de estos métodos y poder emplear una posible solución a dicha problemática para evitar las consecuencias que consigo trae.

Permitiendo que la enfermera pueda dirigir sus acciones a la atención primaria en promoción y prevención para la salud a través del desarrollo de un programa para el mejoramiento de la educación sexual en la etapa de la adolescencia.

³ FORGAR, L. 1999. Anticoncepción en los adolescentes. Pag. 15

⁴ GARCIA F. ALFARO, A. 2000. Sexualidad y anticoncepción en jóvenes universitarias de Albacete. Rev. Ibero. de fertilidad. Pag.35

La motivación propia por la cual se realiza el presente trabajo de investigación se enmarca estrictamente en que habiendo cursado nuestros estudios pre-profesionales hemos podido observar e identificar que el grupo de incidencia de embarazos se presenta en las estudiantes de los primeros años de universidad.

El uso de anticonceptivos ha aumentado en muchas partes del mundo, especialmente en Asia y América Latina, pero sigue siendo bajo en al África subsahariana. A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente, de un 54% en 1990 a un 57% en 2012. A escala regional, la proporción de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que usan algún método anticonceptivo ha aumentado mínimamente o se ha estabilizado entre 2008 y 2012. En África pasó de 23% a 24%; en Asia se mantuvo en 62%, y en América Latina y el Caribe pasó de 64% a 67%; en cada región es notable la variación entre países.

2. OBJETIVOS:

- 2.1** Precisar el nivel de conocimientos que tienen los alumnos del IV semestre de los Programas Profesionales de Publicidad e Ingeniería Alimentaria en el uso de Métodos Anticonceptivos de la Universidad Católica de Santa María.
- 2.2.** Identificar que actitudes tienen los alumnos del IV semestre de los Programas Profesionales de Publicidad e Ingeniería Alimentaria en el uso de Métodos Anticonceptivos de la Universidad Católica de Santa María.
- 2.3.** Establecer las semejanzas y diferencias en el nivel de conocimientos y actitudes de los alumnos del IV semestre de los Programas Profesionales de Publicidad e Ingeniería Alimentaria en el uso de Métodos Anticonceptivos de la Universidad Católica de Santa María.

3. MARCO TEORICO:

3.1 Definición de Conocimiento:

El conocimiento es la capacidad que posee el hombre de aprehender información acerca de su entorno y de sí mismo. En el hombre tiene la propiedad de ser sensitivo y supra sensitivo o intelectual, a diferencia de los animales que sólo abarca el aspecto sensitivo.

El conocimiento humano es sensitivo, ya que son los sentidos los que nos ayudan a obtener experiencias, y supra sensitivo, porque brinda como resultado el razonamiento.

Además, posee dos elementos fundamentales: sujeto y objeto; de los cuales el primero es el encargado de captar al segundo y obtener sus propiedades sensibles.

La humanidad, a lo largo de la historia, ha hecho grandes descubrimientos, sido protagonista de numerosas guerras, ha concebido diferentes ideas políticas, religiosas, filosóficas, etc. Todo el conocimiento acumulado, y que día a día se va desarrollando, forma parte de nuestro conocimiento, gracias al lenguaje y a la escritura del mismo.

El conocimiento tiene distintos niveles, de acuerdo a su forma de adquisición: el conocimiento vulgar se alcanza con la experiencia, el conocimiento científico a través de métodos, y el filosófico con la reflexión⁵.

⁵ MARTÍNEZ RUIZ HÉCTOR, GUERREO DÁVILA GUADALUPE .Introducción a las ciencias sociales. Primera Edición .Editorial CengageLearning. México. 2010. Pag.10

3.1.1 Tipos de Conocimiento:

3.1.1.1. Conocimiento Empírico:

Se obtiene mediante el método de la ciencia (observación, hipótesis, experimentación, demostración, conclusiones) y puede someterse a prueba para enriquecerse. Parte del conocimiento común para someterlo a comprobación. Crea conjeturas y teorías que después contrasta con la experiencia para verificar o desmentir por medio de métodos y técnicas especiales. También se le puede llamar declarativo

3.1.1.2. Conocimiento Declarativo o Proporcional:

Consiste en tener un saber sobre un tema o materia al que se llega por medio de la investigación y no por la experiencia personal. Es un saber público, lógico y coherente, verificable mediante reglas de comprobación. Es abstracto, conceptual y es la base de los conocimientos académicos.

3.1.1.3. Conocimiento Demostrativo:

La mente hace conjeturas acerca de algo pero no decide inmediatamente que una idea sea verdadera o falsa, sino mediante el raciocinio en donde acude a otras ideas que ayuden a obtener claridad, es decir, a probarlas.

3.1.1.4. Conocimiento Ordinario:

No es especializado y parte de la experiencia, es intuitiva, consiste en las opiniones generadas por el sentido común. Es una acumulación de información no vinculada entre sí. Es una experiencia privada de la vida cotidiana que genera impresiones humanas y tiene un punto de vista

antropocéntrico (el hombre como centro del universo); su objetividad es limitada por estar relacionada con la percepción y la acción. También se le llama conocimiento natural, vulgar o popular, ya que no se ahonda en las causas de los sucesos observados y suele ser transmitido por padres o abuelos, adquirido por una práctica.

3.1.1.5. Conocimiento Funcional:

Se relaciona con la experiencia y se basa en el declarativo para llevarlo a la práctica, es un tipo de conocimiento procedimental y condicional, es flexible, específico, pragmático y de gran alcance.

3.1.1.6. Conocimiento Condicional:

Contiene al procedimental y al declarativo en un nivel teórico, influye en la toma de decisiones para saber cuándo y porque hacer algo y no hacer lo contrario.

3.1.1.7. Conocimiento de Divulgación:

Se transmite a través de un medio impreso o audiovisual, puede ser original y de primera mano para ser sometido a una crítica racional, calificado según su aporte a la ciencia. O puede ser de divulgación popular cuando ha sido sometido a cambios y posee poco nivel de conocimiento científico.

3.2. Definición de Actitudes:

La actitud es un procedimiento que conduce a un comportamiento en particular. Es la realización de una intención o propósito.

Según la psicología, la actitud es el comportamiento habitual que se produce en diferentes circunstancias. Las actitudes determinan la vida anímica de cada individuo.

Las actitudes están patentadas por las reacciones repetidas de una persona. Este término tiene una aplicación particular en el estudio del carácter, como indicación innata o adquirida, relativamente estable, para sentir y actuar de una manera determinada. Cada actitud está formada, por un conjunto de sentimientos, gustos y desagradados, intenciones conductuales, pensamientos e ideas⁶. En sociología, la actitud consiste en un sistema de valores y creencias, con cierta estabilidad en el tiempo, de un individuo o grupo que se predispone a sentir y reaccionar de una manera determinada ante algunos estímulos. A menudo, la actitud se asocia con un grupo o incluso con un género. Por ejemplo, un comportamiento particular puede ser clasificado como actitud femenina o actitud del hombre.

3.2.1 Tipos de Actitudes:

3.2.1.1. Positiva:

Este tipo de actitud se observa en un individuo motivado en concretar el propósito de alcanzar los objetivos anhelados, tanto en el ámbito laboral, como en relación a sus objetivos personales. Siempre encuentra soluciones a inconvenientes, nada lo frena. Esta motivación lo lleva a tomar iniciativa y realizar acciones sin que nadie se lo tenga que comunicar (ej. un jefe).

⁶ HARO MARCELA, KLAJN DIANA, LÓPEZ GABRIELA, MORANDO ADRIANA .Psicología Social .Quinta Edición .Editorial Medica Panamericana .España 2010.Pag.149

3.2.1.2. Negativa:

Absolutamente todas las actividades o labores que efectúan o plantean, se encuentran (según esta actitud) rociados de desperfectos, que este tipo de personas son expertas en descubrir.

3.2.1.3. Reactiva:

A este tipo de sujetos les encanta seguir reglas predeterminadas, por lo que realizan su trabajo como mejor lo consiguen, pero siempre están a la expectativa de aceptar mandatos con instrucciones explícitas. Tienen muy poca capacidad de seguridad e iniciativa, asumiendo como consumación de sus tareas, la limitación instaurada por él mismo de solo limitarse a desempeñar trabajo para lograr su objetivo y la sensación de sentirse útil como persona.

3.3. Adolescencia:

Según OPS, la adolescencia es una etapa del ciclo vital que se inicia aproximadamente a los 11 años y se prolonga hasta los 21, en la que suceden importantes transformaciones y descubrimientos que permitirán el paso a la edad adulta. Muchos autores "consideran la adolescencia como un periodo de gran turbulencia y estrés, y aunque algunas investigaciones posteriores indican que el grado de conflictividad adolescente y paternal se ha exagerado mucho, subsiste en consenso general en el sentido de que la adolescencia es una época de cambios físicos y psicológicos, una etapa difícil en el camino hacia la madurez.

Los cambios físicos, emocionales y del comportamiento que experimentan los adolescentes tienen un impacto importante en el

grupo familiar y a su vez se ven influidos por él. La relación padre-hijo ejerce gran influencia en el desarrollo de la independencia, especialmente la posición de los padres en una actitud de cariño y atención en vez de hostilidad y rechazo. Algunas investigaciones han demostrado que sin manifestaciones claras de amor paterno, los niños y adolescentes tienen pocas posibilidades de desarrollar la autoestima, las relaciones constructivas y la confianza en su propia identidad.

3.3.1. Etapas de la Adolescencia:

En la etapa de la adolescencia (11-13 años), se inician los cambios físicos y psicológicos que culminarán al final de la adolescencia.

- Aceleración rápida del crecimiento físico
- Cambios en las dimensiones corporales
- Desarrollo sexual
- Mayor crecimiento y desarrollo de la habilidad cognoscitiva

En la segunda etapa de la adolescencia (14-17 años) continúan incrementándose las habilidades para la abstracción y el razonamiento, que se habían iniciado en la primera etapa, desarrollándose un nuevo sentido de la individualidad que se caracteriza por:

- Ampliación del ámbito social y comunicación de los sentimientos.
- Inicio de las relaciones sexuales.
- Aumento de la capacidad intelectual y de la creatividad.

- Reconocimiento de las capacidades y limitaciones, lo que puede disminuir la autoestima del adolescente y conducirlo a la depresión. Sentimientos de omnipotencia e inmortalidad, que facilitan comportamientos arriesgados como el consumo de alcohol y tabaco, inicio en las drogadicciones, conductas sexuales de riesgo, etc., lo que tiene consecuencias nefastas para la salud (enfermedades de transmisión sexual, "embarazos no deseados, accidentes, etc.).

En la última etapa o adolescencia tardía (18-21años) comienza la aceptación de uno mismo y la integración en el mundo, que poco a poco deja de ser percibido como un enemigo, culminando con el paso a la edad adulta; entre las características de esta etapa se incluyen:

- Búsqueda de autosuficiencia económica.
- Deseo de relaciones afectivas estables.
- Independencia emocional y aceptación realista de los padres.
- Establecimiento de la propia identidad, adaptada a las normas sociales.

Los conflictos padres-adolescentes aumentan en el comienzo de la adolescencia (11-13años), se mantienen en la etapa media (14-17 años) y disminuyen en la última etapa (18-21 años). Los conflictos más frecuentes suelen estar relacionados con temas cotidianos, como los quehaceres, horas de llegada a casa y otros indicadores de derechos y responsabilidades. Una cantidad limitada de conflictos suele ser incluso saludable para la madurez personal pues permiten desarrollar la confianza en sí mismo, los propios valores, la autodisciplina, etc.

3.3.2. Sexualidad en el Adolescente:

La educación de adolescentes sobre salud sexual es una de las cuestiones más debatidas y de mayor carga emocional. Las diferencias de opinión son muy grandes cuando se trata de dilucidar hasta qué punto debe ser explícito el material utilizado, la extensión ideal, con qué frecuencia debe hacerse llegar a sus destinatarios y a qué edad debe iniciarse dicha educación.

A nivel mundial, la mayoría de los jóvenes empiezan a tener relaciones sexuales antes de cumplir los 20, y la mitad, al menos, en torno a los 16. La utilización de anticonceptivos y la prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS) varía, de acuerdo con la información disponible, según la edad de la iniciación sexual. La utilización de preservativos y anticonceptivos es más probable cuanto más tardía la iniciación sexual. Se ha constatado que la educación sobre esas cuestiones modifica los comportamientos sexuales y parece ser más eficaz si se imparte antes de la primera relación sexual, es decir, en la adolescencia o pre adolescencia.

La tasa de cambio de pareja sexual es más elevada durante la adolescencia y comienzos de la veintena. Esto no sólo es cierto en el caso de parejas casuales, sino también tratándose de relaciones que se consideran regulares y monógamas. Aunque sucesivos emparejamientos monógamos pueden ser de corta duración, su carácter "estable", desde el punto de vista de muchas y muchos jóvenes que viven esas relaciones, aleja subjetivamente el peligro de contraer ITS. Ello hace que se tengan relaciones sexuales sin protección con parejas

múltiples, lo que significa que el riesgo acumulado resulta invisible debido a la monogamia aparente y al compromiso mutuo en cada relación individualmente considerada. El riesgo queda de manifiesto en las tasas desproporcionadamente elevadas de ITS y de embarazos no deseados. Se ha comprobado que la educación de los adolescentes en materia de anticoncepción, VIH y prevención de ITS es eficaz para reducir esas consecuencias no deseadas.

Desgraciadamente, los padres y las madres, aunque desean ayudar a sus hijos e hijas, siguen sin establecer una comunicación adecuada en cuestiones relativas al sexo. Se sienten incompetentes para esa tarea.

Los hijos e hijas se muestran a menudo remisos o demasiado avergonzados para abordar el tema con sus progenitores y, en consecuencia, se han dirigido, sobre todo en épocas recientes, a fuentes más oficiales de educación en este terreno, como las clases impartidas en centros escolares.

Nos encontramos, por tanto, ante el periodo en el que las y los jóvenes están iniciando su vida sexual y en el que cambian de pareja con razonable frecuencia una vez que la empiezan; existe un riesgo demostrado de consecuencias no deseadas (embarazos y ITS); los padres y las madres se preocupan, pero no están preparados para intervenir; y existen pruebas de que la educación recibida antes del comienzo de las relaciones sexuales es muy eficaz. La necesidad de proporcionar una educación estructurada en materia de salud sexual y de sus posibles consecuencias es a todas luces evidente.

La variedad de conceptos sobre educación institucionalizada para adolescentes sobre salud sexual ha tenido una historia larga y con muchos altibajos, una historia de grandes diferencias a tenor del cambio de gobiernos y de los vaivenes de la opinión pública.

Esos cambios han quedado reflejados en el contenido y en las ideologías que estructuran los planes de estudios sobre salud sexual y la controversia pública que a menudo provocan. Como consecuencia, la educación sexual dista de ser un concepto homogéneo o unitario, dado que abarca, por el contrario, un amplio abanico de planes de estudios que difieren en cuanto a objetivos, amplitud, aplicación y contenido.

La diversidad de enfoques queda de manifiesto en la nomenclatura utilizada para describir lo que en sentido amplio se designa como educación sobre salud sexual.

Así por ejemplo, a los programas se les ha etiquetado en distintas ocasiones como educación para la vida familiar, salud sexual, desarrollo personal, aclaración de valores, "límitate a decir no", respeto al sexo y salud sexual humana. Los intentos por afinar la eficacia de los programas tropiezan inevitablemente con la preocupación moral sobre la legitimación de la actividad sexual en la adolescencia. La aparición de la pandemia de VIH/sida ha acalorado todavía más el debate.

El hecho de abordar en esos programas, de manera inevitablemente explícita, prácticas históricamente consideradas tabúes (sexo anal, por ejemplo, o prácticas homosexuales) ha reavivado los temores acerca de la

respuesta de la población adolescente a la información que se le ofrece.

La educación en materia de salud sexual ha sido objeto de críticas, concretamente, que hablar sobre salud sexual con otra finalidad que la de promover la abstinencia es una incitación y un estímulo para la actividad sexual precoz.

Es evidente que tal crítica ha tenido, y seguirán teniendo, un efecto apreciable sobre la amplitud y naturaleza de la educación en materia de VIH y salud sexual. Por esa razón es esencial realizar un examen a fondo sobre la validez de tal afirmación.

El problema no es si las niñas y los niños deben recibir educación sobre salud sexual, sino cómo y qué clase de educación van a recibir.

Es imposible apartar a la población infantil de las influencias sexuales. Modelos adultos de comportamiento, la televisión y los anuncios comerciales la bombardean constantemente, pero el silencio y las respuestas evasivas suelen ser "profesores" más eficaces.

Dejar de prestar a las y los jóvenes información y servicios apropiados y oportunos por temor a legitimar y alentar la actividad sexual no es una opción viable y resulta contraproducente.

Carece de fundamento la acusación de que la educación sobre salud sexual incita a la actividad sexual, pero, en contraste, se peca de optimismo y de falta de realismo al presentarla como

la panacea frente a las tasas inaceptablemente altas de ITS y embarazos no deseados entre adolescentes.

La educación sobre salud sexual puede lograr que las prácticas sexuales de las y los adolescentes sean más seguras, pero no es, con frecuencia, el elemento más influyente, de manera que el potencial de la educación para el desarrollo de pautas de comportamiento debe evaluarse en el contexto de otras influencias sobre la salud sexual de la población adolescente.

Desgraciadamente, si bien muchos programas educativos son innovadores y encuentran una buena recepción, sus efectos siguen sin medirse.

Es muy poco probable, por consiguiente, que cualquier avance conseguido se incorpore a programas futuros. Las instancias normativas, preocupadas por la reacción de la opinión pública, carecen de datos de evaluación que respalden sus políticas. Si bien el impacto sobre el sistema educativo de una innovación como la educación en materia de VIH puede tardar algunos años en estimarse, las políticas deben contemplar la inclusión de un componente de evaluación en la planificación de los programas a fin de facilitar este proceso.

Es necesario un aumento de la inversión en evaluación, en su sentido más amplio, para dar una sólida orientación a los nuevos planes de estudios y demostrar que los esfuerzos realizados benefician tanto a los participantes como a la sociedad en su conjunto.

3.4. Métodos Anticonceptivos

3.4.1. Definición:

Se trata de métodos o procedimientos que previenen un embarazo en mujeres sexualmente activas, ya sean ellas o sus parejas quienes los usen. En lo posible, los métodos anticonceptivos deben cumplir con algunos requisitos y características que permitan a las personas alcanzar sus metas reproductivas en forma efectiva y segura para su salud y de acuerdo a su situación de vida. Ningún método anticonceptivo induce un aborto, por el contrario previenen los abortos al evitar los embarazos no deseados.

Los métodos pueden estar basados en tecnologías o en conductas como la abstinencia periódica. Los métodos basados en tecnologías pueden ser hormonales cuando contienen hormonas semejantes a las que produce el ovario (derivados de estrógenos y progesterona) o no hormonales cuando consisten en un dispositivo como el condón y el dispositivo intrauterino. Pueden ser transitorios, para usarlos por el tiempo en que se quiere evitar el embarazo, o definitivos como la esterilización femenina o masculina que pueden usar quienes han completado su familia. La mayoría de las formas que se conocen para evitar un embarazo se han hecho para las mujeres, y esta es una de las razones por que se cree que la única que tiene que evitar un embarazo es la mujer, aunque es claro que es responsabilidad de ambos.

3.4.2. Tipos:

3.4.2.1. Métodos de Abstinencia:

Según la OPS, son los métodos en que no se utiliza ningún anticonceptivo y están basados en la abstinencia periódica. Se limita a tener relaciones sexuales en los días no peligrosos, los días en que no existe ningún riesgo de embarazarse. Para que este método sea más o menos seguro se deben conocer los días peligrosos para lo cual existen diversas formas. Los métodos se basan en lo siguiente: un ovulo vive durante un lapso de 24-48 horas. Solamente durante este periodo el ovulo puede ser fecundado por los espermatozoides. Los espermatozoides viven un periodo de aproximadamente de 48-72 horas después que han sido liberados en la vagina. Solamente en este periodo los espermatozoides pueden fecundar el ovulo. Es entonces durante 4-5 días de cada ciclo se puede desarrollar una concepción. En la práctica, sin embargo, los días "peligrosos" o fértiles son mayores por la irregularidad del tiempo de ovulación.

Según MINSA, es la abstinencia periódica, consiste en no tener relaciones sexuales los días cercanos a la ovulación en los días fértiles.

Dentro de los cuales tenemos:

3.4.2.1.1. Método del Ritmo:

Método de abstinencia periódica basado en la abstinencia sexual durante la fase fértil del ciclo menstrual para evitar un embarazo.

A) Mecanismo de Acción:

Evitar el coito durante la fase fértil del ciclo menstrual.
Para evitar la concepción.

B) Efectividad:

Falla teórica o de uso perfecto 9 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

Falla de uso o uso típico 25 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

C) Características:

- Incrementa la participación masculina en la planificación familiar.
- Puede ser usado por mujeres de cualquier edad reproductiva, apropiado para parejas que por razones religiosas o filosóficas no deseen usar otros métodos.
- Útil para mujeres con ciclos regulares, entre 27 y 30 días. Requiere una capacitación especial de la pareja para su práctica y un proveedor capacitado para la orientación apropiada.
- Los períodos de abstinencia pueden ser prolongados. Su eficacia puede ser afectada por factores externos, que alteren el ciclo menstrual: (estrés, viaje, enfermedad y otros). No previenen las Infecciones de Transmisión sexual (ITS), VIH SIDA.

- Para mayor protección es recomendable el uso del condón en parejas en riesgo.

D) Precaución:

Mujeres con menstruaciones irregulares en cuanto a duración y características de la menstruación. En personas que no estén en situación de practicar la abstinencia sexual cuando el método lo requiera, como mujeres que sufren violencia y exigencias sexuales de su pareja.

Mujeres con inhabilidad para reconocer las características de su ciclo menstrual, como por ejemplo personas con trastornos psiquiátricos.

E) Forma de Uso:

La mujer debe de registrar la duración de sus ciclos menstruales (historia menstrual) de por lo menos seis meses, idealmente 12 meses.

El ciclo se inicia el primer día del sangrado menstrual y termina el día anterior de la siguiente menstruación.

De la historia menstrual se obtiene el periodo fértil:

Para calcular el primer día del periodo fértil: reste 18 al ciclo más corto.

Para calcular el último día del periodo fértil: reste 11 al ciclo más largo.

De no tener la historia menstrual la usuaria debe abstenerse de tener relaciones sexuales entre el 9^{no} y 19^{vo} día del ciclo menstrual.

3.4.2.1.2. Método de la Temperatura Basal:

El método de la temperatura basal consiste en la identificación de un acontecimiento único: el aumento de la temperatura corporal basal (TB) que se ha producido por la ovulación.

Cuando se produce la ovulación (salida de un ovulo del ovario), la temperatura basal de la mujer puede descender ligeramente. Esto es seguido de un aumento de la temperatura corporal que asciende entre 4 a 6 décimas de grados centígrados durante los siguiente dos o tres días.

El aumento de la temperatura que comienza uno o dos días después de la ovulación se produce como respuesta a los niveles crecientes de la hormona progesterona.

La usuaria debe controlar su temperatura corporal todos los días, inmediatamente después de despertarse (preferible que sea siempre a una misma hora), después de haber dormido al menos cinco horas ininterrumpidas y antes de levantarse.

La temperatura basal es la temperatura corporal en reposo absoluto. Una ligera actividad puede producir un aumento de la misma. Antes de tomar la temperatura, la usuaria no debe comer ni beber nada.

Se puede utilizar un termómetro normal, aunque es preferible usar uno especialmente graduado para estos casos (que solo tiene de 36°C a 38°C).

Las lecturas de la temperatura pueden efectuarse por vía oral (por cinco minutos), vaginas o anal (durante tres minutos) estas últimas temperaturas suelen ser más exactas.

Es necesario recordar que existen numerosos factores que pueden alterar la temperatura corporal:

- Las enfermedades pueden confundir la lectura
- Así como las infecciones bacterianas
- La tensión emocional y la falta de sueño pueden producir incrementos pequeños o moderados de la temperatura corporal.
- Los patrones menstruales irregulares y las situaciones en las que la ovulación se retrasa o es irregular, hacen que el método de la temperatura sea poco fiable o ineficaz.

Recordemos que se pueden tener actividad sexual cuando la temperatura no indique ovulación, es de después de un aproximado de cinco días de haber registrado la ovulación pueden reiniciar el coito.

3.4.2.1.3. Método del Moco Cervical:

Abstinencia de relaciones sexuales en el periodo fértil del ciclo menstrual determinado por la presencia de moco cervical o sensación de humedad en genitales.

A) Mecanismo de Acción:

Evitar el coito durante la fase fértil del ciclo menstrual, para evitar la concepción.

B) Efectividad:

- Falla teórica o de uso perfecto 3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
- Falla de uso o uso típico 25 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

C) Características:

- Incrementa la participación masculina en la planificación familiar.
- Puede ser usado por mujeres de cualquier edad reproductiva, apropiado para parejas que por diferentes razones no deseen usar otros métodos.
- Requiere una capacitación especial de la pareja para su práctica y un proveedor capacitado para la orientación apropiada.
- Su eficacia depende de la pareja y requiere una motivación constante.

- Los períodos de abstinencia son variables, su eficacia no se afecta por factores externos que alteren el ciclo menstrual: (estrés, viaje, enfermedad y otros).
- Permite la percepción y detección precoz de anomalías hormonales, metabólicas, infecciosas, y sus efectos secundarios sobre fertilidad y salud en general.
- No previenen la Infecciones de Transmisión sexual (ITS), VIH - SIDA.
- Para mayor protección es recomendable el uso de condón en parejas de riesgo.

D) Precaución:

Mujeres con flujo vaginal persistente, o que estén dando de amamantar. Debe brindarse orientación sobre las dificultades para predecir el periodo fértil.

E) Forma de Uso:

- Identificar el periodo fértil de acuerdo al método del moco cervical.
- La mujer debe observar diariamente la presencia de la mucosidad en sus genitales externos, siendo lo más importante, el percibir la sensación de humedad o lubricación en dicha zona cuando desarrolla sus actividades cotidianas.
- Secundariamente puede ayudar el uso de papel higiénico antes o después de orinar observando la

presencia de moco cervical allí o en la ropa interior, si se desea puede tomarse de los genitales externos el moco y observar su elasticidad entre los dedos.

- El periodo fértil se inicia con el primer día en que se identifica el moco cervical.
- Hasta tres días después de la brusca desaparición de la sensación de humedad, lubricación o de la observación de mucosidad.
- Para poder determinar, con seguridad razonable, las manifestaciones relativas al ciclo menstrual, deben registrarse: las fechas de inicio y término de la menstruación, los días de sequedad, los de humedad o lubricación (si se desea los de mucosidad pegajosa y turbia y los de moco claro y elástico), de acuerdo con la simbología convencional disponible para el método.
- Si hay dudas, para diferenciar el moco de la secreción vaginal o restos de semen, puede dejar caer la secreción dentro de un vaso de agua fría, si la secreción se disuelve, ésta no era moco cervical.

3.4.2.1.4. Coito Interrumpido:

El Coito Interrumpido llamado también coitus interruptus es el nombre que recibe esta palabra en el antiguo testamento. Modernamente también se conoce como método del retiro, método de retirada, eyacular afuera o marcha atrás.

Esta actividad sexual no resulta tan satisfactoria, ya que justo en momento de mayor excitación sexual del hombre, se tiene que interrumpir el coito con el fin de eyacular fuera de la vagina.

Además, éste no debiera ser propiamente considerado método anticonceptivo, debido a la baja eficacia y el alto riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual. Es una alternativa comúnmente utilizada por las parejas como método anticonceptivo para evitar la fecundación. Una variante de este método es el llamado coitus reservatus o kerreza, que fue descrito por las sociedades antiguas como la China o la India, que además de regular la fertilidad actuaba como beneficio para el cuerpo y el alma. En este método hay introducción del pene, disfrute del acto sexual, pero no hay eyaculación, esto requiere de una enorme disciplina mental y neurológica.

3.4.2.1.5. Lactancia Materna:

Único método natural, basado en la infecundidad temporal de la mujer durante la lactancia.

A) Mecanismo de Acción:

Supresión de la ovulación ocasionada por el incremento de la hormona prolactina como consecuencia de la lactancia exclusiva.

B) Efectividad:

Dos embarazos por 100 mujeres, en los primeros seis meses post parto.

C) Criterios Básicos:

La usuaria de este método 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.
- Que la usuaria se encuentre dentro de los 6 meses post parto.

D) Características:

- Fácil de usar.
- Eficaz si se cumple con los criterios básicos.
- No interfiere con el coito.
- No requiere supervisión por personal de salud.
- No requiere insumos anticonceptivos.
- No tiene efectos secundarios.
- Reduce el sangrado post parto.
- La lactancia materna exclusiva es la mejor fuente de nutrición para el niño en los primeros meses; disminuye la exposición del niño o niña a

microorganismos patógenos presentes en el agua o en utensilios.

- No previene las Infecciones de Transmisión sexual (ITS), ni el VIH - SIDA. HTVL1.
- Para mayor protección es recomendable el uso de condón en parejas de riesgo.

E) Contraindicaciones:

- Mujeres que tengan contraindicaciones para dar de lactar a su hijo.
- Portadoras de VIH - SIDA.

3.4.2.2. Métodos de Barrera:

Según la OMS es el bloqueo físico, que impide que el espermatozoide alcanza el ovulo o que el ovulo se implante con sustancias que contienen espermicidas, son métodos eficaces si se usan correctamente; y tienen pocos efectos negativos (alergia al látex o al lubricante), son de fácil obtención y bajo costo, no requieren examen ni prescripción médica, fomentan la responsabilidad del varón en la anticoncepción, y reducen la transmisión de la ITS y VIH/SIDA, dependen del usuario, requiere una motivación constante, está relacionado con el coito, pueden mejorar la relación sexual cuando su colocación es parte del juego sexual. Los cuales son:

3.4.2.2.1. Condón Masculino:

Es una funda cilíndrica de látex, que esta normalmente lubricada y que se coloca a lo largo del pene ajustándose a él. Suele tener un reservorio para el semen en la parte anterior y en la parte posterior un anillo para ajustarse a la base del pene. Se presentan en cajas con diferentes envases individuales.

Pueden llevar o no espermicidas. Los hay de diferente tamaño, texturas, grosores, colores, olores y sabores⁷.

A) Formas de uso:

- Comprobar la fecha de caducidad.
- Comprarlos en lugares seguros(bien conservados)
- Guardarlos en lugares frescos y secos
- Tener cuidado en la apertura para no romperlo
- El pene tiene que estar erecto
- Retirar el pene tras la eyaculación antes de perder la erección sujetando por la base para evitar que se vierta el semen o que se quede retenido
- Ante otro coito usar otro condón.

⁷ ARENAS BAJO J.M.LLETGET COROLEU. Fundamentos de Reproducción. Editorial Médica Panamericana. España 2010.Pag 360.

B) Ventajas:

- El varón asume responsabilidad anticonceptiva.
- No tiene efectos sistemáticos.
- Se puede usar en todas las edades y en todos los momentos.

3.4.2.2.2. Condón Femenino:

Es una funda de 15cm de largo y 7cm de ancho, que se adapta a las paredes vaginales e impide el contacto del semen con la vagina.

Consta de un vaina pre lubricado con dimeticona y dos anillos, uno interior que permite la colocación dentro de la vagina y otro exterior más fino con un diámetro más grande que impide que el preservativo se introduzca dentro de la vagina.

A) Inconvenientes:

- Es caro
- Es de un solo uso.
- Incomodidades del uso (dificultades de colocación, desplazamiento dentro o fuera de la vagina, ruido, estética, falta de confidencialidad).

3.4.2.2.3. Diafragma:

Es una semiesfera de látex, también los hay de silicona, de borde circular, con o sin aro metálico flexible en su

interior, que se coloca al fondo de la vagina cubriendo el cérvix e impidiendo la entrada del semen en el útero.

Se ajusta entre la cara posterior de la síntesis del pubis y el fondo de saco vaginal posterior cubriendo el cuello uterino⁸.

A) Efectividad:

La efectividad van del 3% en buenas cumplidoras al 20% en población general.

B) Características:

- Autonomía de la mujer.
- No tiene efectos secundarios.
- Usarlo siempre con crema espermicida por los 2 lados y en los bordes.
- Colocar al menos 10 min antes de la eyaculación y si pasan más de 2 horas o si hay un nuevo coito administrar crema espermicida en la vagina sin retirar el diafragma.
- No retirarlo nunca antes de las 6 horas tras el coito.
- No debe permanecer puesto más de 24 horas.
- Se conserva en su caja solo o con harina de maíz en lugar fresco y seco.
- Se debe revisar periódicamente.

⁸ IDEM al interior. Pag.357

C) Contraindicaciones:

- Necesita medición y adiestramiento por personal sanitario cualificado.
- Requiere manipulación de los genitales.
- Irritación local
- Premeditación de la activación sexual
- Pueden interrumpir el momento del coito
- No protege frente a las ETS.

3.4.2.2.4. T de Cobre:

El DIU o dispositivo intrauterino es un pequeño aparato de plástico y metal (de cobre, de plata o de oro), mide aproximadamente 4 cm de largo muy flexible que se coloca en el interior del útero de la mujer, tiene en uno de sus extremos un hilo que sirve para controlar el dispositivo.

El ginecólogo es el que tiene que hacer la inserción del DIU preferentemente cuando la mujer está con la menstruación porque el cuello del útero en ese momento está más abierto, además hay que garantizar que no existe embarazo.

El hilo que tiene uno de los extremos del dispositivo es crucial para luego retirarlo tirando de él, tanto ponerlo como quitarlo es un proceso que realiza el ginecólogo. Para retirarlo la mujer debe estar con la menstruación.

En la actualidad existe lo que conocemos como una nueva generación de DIU, conocido como DIU Mirena, mantiene la base en forma de T que contiene una hormona llamada *levonorgestrel*, ésta es liberada dentro del útero de una forma constante para evitar un posible embarazo, su tamaño no es más largo que el de un cerillo.

La función del DIU es; provocar cambios en el endometrio, bloquear la respiración de los espermatozoides, cambiar el movimiento de las trompas uterinas y provocar una reacción inflamatoria incrementando los glóbulos blancos a nivel del endometrio.

Es importante que la mujer sepa que el DIU no interfiere en la ovulación ni produce ninguna reacción adversa en el moco cervical.

Hay diferentes modelos y tamaños para adaptarlos a todo tipo de mujeres.

Es normal que durante los tres primeros meses se tenga una menstruación más abundante y quizás algo más molesta de lo habitual. Después de transcurrido este tiempo, todo volverá a la normalidad, aunque es posible que tengas alguna pérdida (manchas) entre ciclos menstruales. Esto no tiene mayor importancia.

Antes de la colocación hay que comprobar que no tienes ninguna infección de útero o vagina.

Cuando tienes el DIU puesto debes controlar más que nunca cualquier pequeña infección vaginal, ya que, al haber contacto entre la vagina y el útero a través del hilo del DIU, puede haber complicaciones. Si sientes escozor en la vagina o flujo maloliente, debes ir al médico.

A) Efectividad:

El DIU tiene una eficacia de entre el 98% y el 99%.

B) Ventajas:

- Puede permanecer en el útero de la mujer entre dos y cinco años.
- Es un anticonceptivo eficaz y cómodo.
- No tiene grandes efectos secundarios.
- Las mujeres que están con el periodo de lactancia pueden utilizar el DIU.
- Es un anticonceptivo que no requiere de una rutina diaria.
- La fertilidad retorna de inmediato cuando se retira el DIU.
- No tiene efectos secundarios hormonales.

C) Desventajas:

- No protege frente a enfermedades de transmisión sexual y puede ser utilizado como vehículo que aprovechan los gérmenes para

llegar con más rapidez al útero y de ésta manera hacer más grave la infección.

- No es muy recomendable para mujeres que nunca han tenido un embarazo.
- No es conveniente usar tampones durante la menstruación, pues podrían enrollarse en el hilo. Después de cada menstruación puedes comprobar, introduciendo tus dedos en la vagina, que el hilo permanece en su sitio, y, por tanto, también el DIU.
- Tanto colocar como retirar el DIU puede provocar algunas molestias.
- Puede provocar alteraciones en el sangrado menstrual.
- Para colocarlo se tiene que estar segura de no estar embarazada porque la inserción del mismo puede provocar un aborto.
- Existen signos que pueden alarmar a la mujer de posibles complicaciones como:
 - Escalofríos o fiebre alta
 - Falta de menstruación
 - Flujo vaginal anormal
 - Dolor de manera constante y fuerte en el abdomen

- Si te encuentras en cualquiera de estos casos acude a tu proveedor de salud, porque probablemente exista algún problema con el DIU.

3.4.2.2.5. Espermicidas:

Son sustancias químicas que se colocan en la vagina antes de iniciar cada relación sexual. Se encuentran en tres presentaciones:

- Óvulos (también llamados tabletas o supositorios vaginales)
- Cremas o jaleas
- Espumas

A) Efectividad:

Su efectividad oscila entre 75% a 90%, pero su uso inadecuado disminuye su efectividad, aunque ésta puede aumentar si se combina con otros métodos de barrera, como el condón.

B) Forma de Uso:

- Pueden usarse solos o con el condón u otros métodos para prevenir embarazos.
- Los óvulos se colocan antes de tener la relación coital pero la protección no es inmediata; después de su aplicación la pareja deberá esperar 10 minutos antes de cada relación sexual, según la recomendación del fabricante.

- Deben colocarse en el fondo de la vagina, lo más profundo posible.
- La protección dura aproximadamente una hora después de cada aplicación.
- Debe aplicarse uno para cada relación coital y respetar el tiempo de espera especificado, a fin de evitar un embarazo.
- No efectuar lavado vaginal hasta haber transcurrido 6 horas después de la relación sexual. Es normal que después de tener relaciones coitales usando óvulos, salga un flujo de la vagina.

3.4.2.3. Métodos Hormonales:

Según la OPS, los anticonceptivos hormonales contienen un estrógeno combinado con diferentes géstatenos y su principal acción anticonceptiva es que inhiben la ovulación. Se pueden administrar de píldora, pero también mediante un anillo vaginal o un parche que se coloca sobre la piel.

Según el MINSA, son sustancias químicas que alteran la función hormonal normal de la mujer para que no produzca ovulación y modifica el moco cervical.

Estos anticonceptivos pueden ser administrados en forma oral como es la píldora, una mezcla hormonal de estrógenos y progesterona⁹, inyectables; cuando se utilizan adecuadamente los métodos hormonales son efectivos pero

⁹ D.KHAIL AHMAD SAMHAN. Diccionario Medico de Términos Urogenitales. Primera Edición. Publishing Author House .UK.2010

no ofrecen protección frente enfermedades de transmisión sexual tales como el sida. Encontrándose:

3.4.2.3.1. Pastillas:

La pastilla anticonceptiva es un hormonal oral. Actualmente hay dos tipos de pastillas (anticonceptivos orales), la pastilla anticonceptiva combinada que contiene estrógeno y progestina, y la mini píldora que contiene sólo progestina. Estas sustancias se expanden a través de la sangre por todo el cuerpo, impidiendo que los ovarios produzcan un óvulo y por tanto, no puede haber fecundación.

La pastilla produce cambios en el moco cervical que dificulta el movimiento natural de los espermatozoides, esto sirve también para cerrar el paso a las bacterias que pueden producir infecciones.

La pastilla anticonceptiva se suele presentar en estuches de 21 o 28 pastillas o tabletas. El estuche con 28 pastillas normalmente incluye las 21 pastillas que contienen hormonas y 7 que no contienen nada (placebo). Estas tabletas sirven para habitar a la mujer a que tome su píldora todos los días. La primera píldora se toma el primer día de regla, o entre el segundo y quinto día, en este caso último se recomienda el uso de condón durante la primera semana para una mayor protección, las siguientes una cada día respetando la misma hora, para crear de esta manera un hábito, y así que no se produzca ningún olvido. En ambos casos, la pastilla anticonceptiva funciona de manera correcta si la mujer no olvida tomar ninguna toma.

Es un método que tiene que ser recetado por un médico porque hay que tomarlo siempre bajo estricto control médico.

Hay mujeres que no pueden o deben tomar la pastilla anticonceptiva, como son aquellas que tienen una presión arterial alta, aquellas que están dando el pecho a su bebe, las que tienen sangrados vaginales fuera de la menstruación, aquellas que ya han cumplido los 40 años, etc.

La posibilidad de embarazo es inmediata si se suspende la ingesta de la pastilla.

A) Efectividad:

La pastilla anticonceptiva es el anticonceptivo más eficaz para prevenir el embarazo y se acerca al 97% y casi al 100% si se combina con otros anticonceptivos. La proporción de fallos de la píldora es de menos de 0.5 embarazos por cada 100 mujeres que la emplean anualmente.

B) Ventajas:

- Es muy eficaz en comparación con otros métodos anticonceptivos, ya que si se toma de manera correcta brinda una alta protección para no embarazarse.
- Los ciclos de la menstruación serán regulares, menos abundantes y en consecuencia menos dolorosos.

- Reduce los dolores pre-menstruales, como pueden ser inflamación de la tripa o abdomen y dolor en las mamas.
- Previene la anemia por deficiencia de hierro.
- Puede reducir el riesgo de cáncer del útero y de ovario, el riesgo de quistes en los ovarios, miomas, endometriosis, enfermedad pélvica inflamatoria, etc.
- Tiene efectos positivos en la piel (menos acné).
- Puede ser usada por mujeres con hijos o sin hijos.
- No interfiere en las relaciones sexuales.
- No requiere prescripción médica.
- Permite el retorno de la fertilidad, tan pronto como interrumpimos su uso.

C) Desventajas:

- Requiere un control médico periódico.
- Puede ocasionar dolores de cabeza, cambios de temperamento, un menor deseo sexual y depresión.
- Se puede sentir una sensibilidad anormal en el pecho.

- No se recomienda a mujeres que están amamantando a sus bebés porque puede afectar a la cantidad y calidad de la leche.
- Puede producir cambios de peso.
- Puede producir sangrado en goteo o sangrado entre períodos menstruales, especialmente si se olvida tomar las pastillas o si se demora en tomarlas (muy común en los primeros tres meses).
- Hay que acordarse de tomar la pastilla anticonceptiva a la misma hora todos los días así se corre menos riesgo de olvidarse de la ingesta de esta.
- No protege frente a enfermedades de transmisión sexual, por eso no es conveniente usarla si no tienes una pareja estable.

3.4.2.3.2. Inyectables:

Las Inyecciones anticonceptivas también son llamadas anticonceptivos inyectables. Las inyecciones anticonceptivas son un anticonceptivo en forma de inyección intramuscular que contiene hormonas como son los estrógenos y progestágenos¹⁰. Su aplicación es entre el primer y el quinto día de la menstruación. Siempre es el ginecólogo el que inyecta el anticonceptivo. Las inyecciones anticonceptivas se

¹⁰ IDEM. Al interior .Pag.42

pueden administrar mensualmente, bimestralmente o trimestralmente.

Los hormonales inyectables tienen tres mecanismos de acción; evitar la ovulación, generar cambios en el endometrio y dificultar el paso de los espermatozoides.

Cuando las inyecciones anticonceptivas se inyectan de manera mensual contiene las dos hormonas, es decir, estrógeno y progestina, es conocida como inyección combinada.

Cuando las inyecciones anticonceptivas se inyectan de manera bimestral o trimestral ésta sólo contiene la hormona de progestina.

No todas las mujeres pueden utilizar las inyecciones anticonceptivas, como es el caso de:

- Mujeres con enfermedades del hígado, cardiovasculares, etc.
- Mujeres que padezcan diabetes, migrañas, depresión, etc.
- Aquellas mujeres que tengan 35 años o más.

Una vez que el anticonceptivo es inyectado, actúa través de tres mecanismos de acción:

- Actúa adelgazando o atrofiando el endometrio.
- Engrosa el moco del cuello del útero.
- Actúa inhibiendo la ovulación

A) Efectividad:

Las inyecciones anticonceptivas tienen una efectividad del 99.7% con el uso correcto.

B) Ventajas:

- Reduce el riesgo de la formación de quistes en los ovarios.
- Puede darle protección frente a la enfermedad pélvica inflamatoria.
- Protegen del embarazo en tan solo 24 horas.
- Disminuye el sangrado de la menstruación.
- Es un anticonceptivo que no requiere de una rutina diaria.
- Puede reducir los cólicos menstruales.
- Te permite espontaneidad en las relaciones sexuales, porque no interfiere en la misma.

C) Desventajas:

- Pueden incrementar, hacer que disminuya o incluso que desaparezca la menstruación.
- Puede aumentar el peso.
- No protege frente a las enfermedades de transmisión sexual.

- No se puede retrasar más de tres días la próxima inyección.
- Una vez interrumpida su aplicación se deben esperar unos meses para quedarte embarazada. La fertilidad de la mujer no es inmediata.
- Los hormonales inyectables no pueden ser utilizados por mujeres que están embarazadas o que sospechan estarlo.
- No es un anticonceptivo recomendado para aquellas mujeres que tienen enfermedades de la sangre y varices, etc.
- Pueden producir dolor de cabeza, vómitos, pérdida de sangrado menstrual, depresión leve, etc.

3.4.2.3.3. Parche:

El parche anticonceptivo también es llamado parche transdérmico.

El parche anticonceptivo es una pequeña banda adhesiva que se aplica de forma directa sobre la piel limpia, seca, sin vello y sin crema. Debes oprimir el parche con la palma de la mano durante unos 10 segundos y asegurarte que las orillas de la banda están bien pegadas.

Se recomienda no pegarlo en zonas donde existan tatuajes, pliegues en la piel, etc. Tiene tres mecanismos

de acción; evitar la ovulación, generar cambios en el endometrio y dificultar el paso de los espermatozoides.

El parche combina diferentes hormonas que se liberan en el cuerpo de la mujer de una manera paulatina hasta introducirse en el torrente sanguíneo durante su utilización.

El parche anticonceptivo es de duración semanal, se ha de cambiar una vez a la semana y siempre se recomienda que sea el mismo día. Se hace durante tres semanas, en la cuarta semana no se aplica porque es cuando aparece la menstruación.

La forma de ponerse el parche anticonceptivo es sencilla porque solo hay que presionar en los bordes hasta que se pegue bien, recomendamos que se compruebe de manera diaria si el parche está pegado de manera correcta para garantizar la efectividad del mismo.

El parche está preparado para que no se despegue aunque esté en un clima húmedo o cálido, la mujer puede hacer ejercicio o darse un baño sin miedo.

El parche anticonceptivo puede pegarse en cuatro zonas del cuerpo como son: abdomen, glúteos, parte superior del tronco y parte superior y exterior de los brazos, siempre buscando una zona que no roce con la ropa.

Es conveniente que se alternen las distintas zonas donde puede ser aplicado el parche. Debe estar bien adherido a la piel para liberar las sustancias activas

A) Efectividad:

El parche anticonceptivo tiene una eficacia del 99%. La falta de efectividad del parche se puede producir porque hubo un desprendimiento del mismo por más de 24 horas y la mujer no se ha dado cuenta.

B) Ventajas:

- Es un anticonceptivo semanal.
- Es un método anticonceptivo de fácil aplicación, cómodo y flexible.
- El parche anticonceptivo no tiene efecto sobre el peso.
- Su uso va a ser controlado por la propia mujer, de ahí su comodidad.
- Puede proporcionar regularidad a la menstruación.
- Cuando se deja de utilizar se retoma de manera inmediata la fertilidad de la mujer.
- No tiene un costo elevado, cuesta entre \$180 y \$200 pesos y la caja contiene tres parches anticonceptivos.
- Es un anticonceptivo que no requiere de receta médica y puede encontrarse con facilidad en cualquier farmacia.
- Al dejar los ovarios en reposo disminuye la posibilidad de que se produzcan quistes.

- Al ser un anticonceptivo efectivo se producen menos embarazos no deseados y por lo tanto un ahorro en el gasto del Sector salud como concepto de gastos de embarazos.
- La efectividad del mismo no se reduce en caso de diarreas y vómitos.

C) Desventajas:

- El parche no protege frente a las enfermedades de transmisión sexual.
- Durante la primera semana que se utiliza el parche anticonceptivo se tiene que usar otro anticonceptivo de barrera.
- Puede producir sarpullidos en la zona donde se aplica el parche anticonceptivo.
- Puede causar dolor de cabeza, dolor abdominal, retención de líquidos, etc.
- Hay que tener cuidado por si se desprende o despegas el parche anticonceptivo.
- No es proporcionado por el sector salud.
- El parche anticonceptivo no puede ser utilizado por aquellas mujeres que:
 - Están proporcionando la leche materna a sus bebés.
 - Si se tiene alguna enfermedad hepática.
 - Mujeres con sobrepeso u obesas.

3.4.2.3.4. Implantes:

El Implante anticonceptivo también es llamado implante subcutáneo, implante hormonal o implante subdérmico.

El implante anticonceptivo es un anticonceptivo utilizado por la mujer que no busca un embarazo por un periodo prolongado.

Consiste en una cánula o varilla de tamaño pequeño que se inserta por el médico debajo de la piel de la mujer. Esta cánula lo que hace es liberar de manera continua al torrente sanguíneo un componente hormonal para impedir la ovulación.

La inserción del implante anticonceptivo se realiza durante los primeros días de la menstruación, protegiéndote frente al embarazo. Lo realiza el médico dentro de su consultorio utilizando anestesia local.

Se introduce dentro de la piel pero sin llegar al músculo. No es un proceso doloroso.

La función principal del implante anticonceptivo es evitar la ovulación, cambiar el moco uterino volviéndolo más espeso y modificar la capacidad que tiene el útero para hospedar al embrión.

A) EFECTIVIDAD:

La efectividad del implante anticonceptivo es de un 99%, éste disminuye si se excede el tiempo de vida o aumenta el peso corporal de la mujer.

La efectividad del implante no disminuye en caso de vómitos o diarreas, como si ocurre con otros medicamentos, como es el caso de la pastilla anticonceptiva.

B) VENTAJAS:

- Es un anticonceptivo a largo plazo, tiene una duración de 3 a 5 años. Aunque si se desea puede ser extraído por el médico antes de finalizado su tiempo.
- Es cómodo y discreto de usar, que puede ser utilizado incluso durante la lactancia materna, ya que no afecta ni a la cantidad ni a la calidad de la leche materna.
- Al retirar el implante el retorno de la fertilidad se hace de una manera más veloz.
- Es un anticonceptivo que puede ser utilizado por mujeres que no toleran los estrógenos ya que solo contiene progestágenos.
- Pueden utilizarlo todas aquellas mujeres en su etapa reproductiva independientemente de su edad y del número de embarazos que haya tenido.

C) DESVENTAJAS:

- Irregularidad en las menstruaciones ya que solo contiene una hormona, por lo tanto, las reglas suelen ser más abundantes e irregulares, y como

consecuencia no se puede prever el día de comienzo del manchado como si ocurre con otros anticonceptivos como la píldora anticonceptiva.

- No protege frente a las enfermedades de transmisión sexual.
- Suele producir un leve aumento de peso, que salga acné o se retengan líquidos.
- Puede producir complicaciones locales en el lugar donde se insertó el implante.
- Puede producir quistes ováricos.
- Puede provocar dolores de cabeza o migrañas.
- No está recomendado para mujeres que tienen problemas en su circulación sanguínea, problemas cardiacos, las que creen que están embarazadas, las que tienen cáncer de mama, etc.
- Debes acudir a tu médico si se ha producido una infección en la zona donde se ha insertado el implante, si se ha producido una expulsión del implante, si tienes dolores muy grandes en el abdomen, etc.
- Su efectividad es a partir del séptimo día de su inserción, por lo que se tiene que utilizar otro método anticonceptivo complementario durante los 7 primeros días.
- Puede producir depresión, es algo muy raro pero puede pasar.

- Tiene un costo elevado inicial.
- En el caso de que la mujer se quedara embarazada, es algo muy raro, utilizando el implante anticonceptivo, hay que retirarlo de manera inmediata porque puede producir un embarazo extrauterino o ectópico.
- Si no se tiene una única pareja y estas utilizando el implante, te recomendamos utilices el condón para evitar el contagio de cualquier enfermedad de transmisión sexual.
- Hay medicamentos que pueden afectar a su eficacia, consúltalo con tu médico.
- En mujeres con sobrepeso o mujeres obesas la eficacia del implante anticonceptivo disminuye.

3.4.2.4. Métodos de Emergencia:

Los anticonceptivos de emergencia constituyen una forma de evitar el embarazo después de mantener relaciones sexuales sin protección. La mayoría de los estados exigen que los anticonceptivos de emergencia sean recetados por un médico; sin embargo, algunos estados han autorizado la entrega de anticonceptivos de emergencia por personal no médico. En cualquier caso, es importante buscar asistencia y orientación médica.

Los anticonceptivos de emergencia son más efectivos si se los toma cuanto antes después de la relación sexual. Pero algunos estudios han demostrado que incluso pueden

funcionar hasta dentro de las 120 horas posteriores a la relación sexual.

En algunos casos, puede utilizarse el dispositivo intrauterino como método anticonceptivo de emergencia. Sin embargo, esto no se indica frecuentemente a las adolescentes.

3.4.2.4.1. Píldora del Día Siguiente:

La **pastilla del día después** también llamada píldora del día siguiente, pastilla del día siguiente, píldora postcoital o pastilla postcoital.

La pastilla del día después es un combinado de hormonas que tiene como función alterar el ciclo reproductor de la mujer, inhibiendo la ovulación e impidiendo la fertilización.

La pastilla del día después debe administrarse en las 72 horas desde el momento del coito de riesgo (es decir, sin ningún tipo de protección), cuando sí ha existido anticonceptivo pero ha existido un fallo en el mismo, como por ejemplo, rotura de condón, desprendimiento del preservativo, cuando la mujer no se ha tomado con regularidad la pastilla anticonceptiva, etc. Posteriormente a esta primera dosis, se administra otra a las 12 horas.

Es un mal llamado anticonceptivo, sería más correcto denominarle anticonceptivo de emergencia y por lo tanto, utilizarlo como tal, es decir, nunca debe sustituir a los métodos anticonceptivos habituales.

Es fundamental saber que la pastilla del día después tampoco es una pastilla abortiva.

A) EFECTIVIDAD:

La eficacia en la reducción del riesgo de un embarazo de las píldoras anticonceptivas de emergencia es, según la OMS, del 52 al 94 %.

Las pastillas del día siguiente reducen a la mitad las probabilidades de quedar embarazada cuando es tomada en los primeros 3 días después de la relación. Continúa evitando el embarazo al tomarlas hasta 5 días después del coito sin protección, aunque menos efectivamente.

Las Pastillas del día siguiente no protegen contra las enfermedades de transmisión sexual.

B) VENTAJAS:

- Se vende en las farmacias sin necesidad de receta médica.
- No afecta a la fertilidad a largo plazo.
- No imposibilita la continuidad del uso diario de la pastilla anticonceptiva.
- En el caso de estar ya embarazada y no saberlo, si se toma la pastilla del día después no van a aumentar los riesgos de que el feto tenga defectos de nacimiento, tampoco en el caso de no estarlo y quedar embarazada aun tomando la píldora del día después.

C) DESVENTAJAS:

- Tras la toma se pueden sentir náuseas, dolor de cabeza.
- Sangrado irregular similar a la menstruación.
- Retención de líquidos.
- Puede que la menstruación siguiente llegue normalmente o se adelante algunos días. Sin embargo, si se retrasa algo hay que realizar un análisis de embarazo, pues es posible que se haya producido éste.
- No protege frente a enfermedades de transmisión sexual.

3.4.2.4.2. Yuspe (Anticonceptivos Orales Combinados):

Los anticonceptivos orales combinados (AOC) son píldoras que se toman una vez al día para prevenir el embarazo. Inhibiendo la ovulación y haciendo espesar el moco cervical (dificultan la penetración de los espermatozoides)

Contienen las hormonas estrógeno y progestina.

A) EFICACIA:

Seguros y 99% eficaces si se usan sistemática y correctamente.

B) VENTAJAS:

- Reversibles (La fertilidad regresa rápidamente.)
- Su uso se puede discontinuar fácilmente.
- Las píldoras no interfieren con el acto sexual.
- Tienen efectos beneficiosos que no se relacionan con la anticoncepción (Mejoran la menstruación, protegen contra el cáncer del ovario y del endometrio y contra la EPI sintomática.)

C) DESVENTAJAS:

- Requieren uso diario
- Es común el uso incorrecto (Es fácil olvidar tomárselas.)
- No protegen contra las ETS/VIH.

3.4.3 Efectos Secundarios:

Hablar de riesgo es hablar de seguridad, de la capacidad del método para alterar positiva o negativamente el estado de salud la persona que la utiliza.

Los métodos anticonceptivos hormonales en general, favorecen la salud de las mujeres. Pero si hablamos de riesgo en mujeres sanas, esto se convierte en un aspecto controvertido de los mismos. Los métodos anticonceptivos hormonales, como todo medicamento, produce cambios en el organismo que dan lugar a los Efectos Secundarios y estos pueden ser¹¹:

- Enfermedades Cardiovasculares
- Enfermedades Trombo-embólicas

¹¹ IDEM. al anterior. Pag.367

- Hipertensión Arterial
- Infecciones
- Cefaleas
- Edemas
- Sangrado intermensual
- Baja de peso

3.5. Rol de la Enfermera en la promoción y prevención de la salud reproductiva en el adolescente:

El rol de la enfermera cumple un rol importantísimo en el quehacer sanitario, donde tiene o debería propugnar una atención a la población en su aspecto físico y mental con un fuerte componente de prevención y promoción de la salud, abarcando todo el ciclo de vida de las personas: desde la vida intrauterina, infancia, adolescencia hasta la edad del adulto y está en estrecha relación con su entorno familiar, social y su medio ambiente, para alcanzarla y conservarla se requiere de acciones de atención integral específicas y diferenciadas tanto de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, en cada una de las etapas, debido a que las necesidades en el área sexual y reproductiva son cambiantes según las etapas del ciclo de vida.

La atención integral de salud del adolescente se inicia, en el primer contacto con el adolescente; ésta puede ser dentro del establecimiento de salud cuando acude por algún motivo de consulta (demanda espontánea o referencia), o cuando es captado, ya sea dentro del establecimiento de salud o fuera de él; en el primer caso, el adolescente puede ser acompañante de otro usuario o haber concurrido al establecimiento por otro motivo; en el segundo caso el adolescente puede ser captado en espacios donde

ellos y ellas permanecen habitualmente (centro educativo, club, barrio, comunidad, etc.)¹².

La atención integral comprende:

3.5.1. Atención del motivo de consulta:

- **La entrevista con la/el adolescente:**

Cuando la/el adolescente viene sola(o) a la consulta es necesario respetar su derecho a ser escuchada(o). Si se requiere de la presencia del padre, madre o persona adulta, será necesario hacérselo saber.

Si viene acompañado de su padre, madre o persona adulta, es recomendable en algún momento hacer la entrevista a solas. Esto permite que la/el adolescente aprecie el interés del personal de salud hacia ella/el, demostrando que es merecedor de credibilidad en su relato y consideración como un ser diferente de sus padres.

Se debe explicar al adolescente, que es norma del establecimiento, que alguno de sus padres o tutor esté presente en el examen físico.

- **La entrevista con sus padres:**

El aporte de antecedentes personales y familiares y la historia psicosocial del adolescente que traen los padres, facilita el enfoque evolutivo y la visión de los entornos.

¹² MINSA. Orientaciones para la atención integral de salud del adolescente en el primer nivel de atención. 2007

Si el padre y/o la madre concurrieron a la consulta, es importante incluirlos en la segunda parte de la consulta, ya con la autorización de la/el adolescente.

- **La entrevista conjunta:**

La interacción adolescente-padre/madre o adulto acompañante, es un importante aporte diagnóstico y pronóstico.

La devolución de la información y resultados de los exámenes practicados, debe estimular los aspectos positivos que se han percibido en la consulta.

Involucrar al adolescente en la sospecha o certeza diagnóstica y entregar las recomendaciones y medidas necesarias para resolver los aspectos que interfieren con el desarrollo y que han sido identificados.

3.5.2 Evaluación Integral:

La evaluación integral del adolescente comprende el Control de Crecimiento y Desarrollo, a través del cual se obtiene información referida a la salud del adolescente, el mismo que será complementado con la información recogida durante la atención del motivo de consulta; esta información servirá para la elaboración del plan de atención individualizado. El proceso requerirá de más de una sesión, para ser completada ya que incluye:

- Evaluación del crecimiento físico y estado nutricional.
- Evaluación del desarrollo sexual.
- Evaluación de la agudeza visual.

- Evaluación de la agudeza auditiva.
 - Evaluación físico postural.
 - Evaluación del desarrollo psicosocial.
 - Tamizaje de violencia.
 - Identificación de factores protectores y de riesgo psicosocial.
- además del recojo de datos referidos al motivo de consulta, la obtención y análisis de los antecedentes personales y familiares, riesgos de carácter físico, psicosocial y ambiental. Esta información puede ser obtenida a través de la anamnesis de tres fuentes principales: relato del adolescente, relato de su padre/madre o adulto acompañante y la interacción entre el adolescente y sus padres o adulto que lo acompaña.

3.5.3 Elaboración del plan de atención integral individualizado:

La elaboración del Plan de Atención se inicia en el primer contacto con el adolescente, en algunos casos en el establecimiento de salud cuando ellos acuden por un motivo de consulta o como acompañantes; y otros, cuando son captados en espacios donde habitualmente se encuentran los adolescentes (centro educativo, club, barrio, comunidad, etc.). La elaboración del Plan se concluirá en la medida que se culmine con la evaluación integral, sin embargo esto no impide que pueda sufrir modificaciones en el período que dure el proceso de atención.

Las primeras actividades a programar en el plan de atención, generalmente, serán las sesiones para concluir con la evaluación integral, posteriormente y de acuerdo al resultado de la evaluación integral se programará el conjunto de atenciones necesarias para promocionar la salud, prevenir riesgos y daños y recuperar o rehabilitar la salud del adolescente y su familia.

El plan de atención se elaborará para un período determinado (01 año), finalizado este período deberá evaluarse teniendo en cuenta el cumplimiento de las actividades previstas y el impacto en la salud del adolescente y su familia. De acuerdo a este resultado se procederá a formular el Plan de Atención para un nuevo período.

El Plan de Atención así como el registro de las acciones ejecutadas en cumplimiento de este Plan deberá ser registrado en la historia clínica.

3.5.4 Ejecución y seguimiento del plan de atención integral:

La ejecución del Plan de Atención Integral Individualizado implica la provisión continua y con calidad de un conjunto de servicios en un período determinado (01 año), los mismos que han sido definidos inicialmente, en consenso con el prestador, adolescente, sus padres o adultos acompañantes.

Se considerará adolescente atendido integralmente, cuando éste haya recibido el 100% de servicios previstos en su Plan de Atención, cuya composición se ajustará al paquete de atención integral según el Modelo de Atención Integral de Salud y de acuerdo a la capacidad resolutoria del establecimiento y la red de servicios a la que pertenece.

En aquellos adolescentes que presenten daños, trastornos o enfermedades en cualquiera de los aspectos de su salud, el Plan de Atención Integral priorizará su atención recuperativa en el servicio y/o establecimiento que cuente con la capacidad resolutive; la atención de los daños se ajustará a guías clínicas y protocolos vigentes. Mientras eso ocurre, el establecimiento y/o servicio que refiere hará el seguimiento correspondiente mediante visita domiciliaria, comunicación con el servicio al cual se ha hecho la referencia y/o con una cita de control a su servicio. Una vez recuperada/o del daño o enfermedad, la atención continuará en el primer nivel y de acuerdo con lo consignado en el plan de atención integral, priorizando ahora las intervenciones preventivo – promocionales.

• **Intervenciones preventivas promocionales:**

Definidas como el conjunto de acciones que permiten desarrollar y mantener la salud de los/las adolescentes su familia, comunidad y entorno, son las que en su mayoría constituirán el Plan de Atención Integral Individualizado.

- Atención odontológica
- Inmunizaciones
- Consejería integral
- Visita domiciliaria
- Sesión educativa
- Talleres integrales
- Actividades de animación socio-cultural

3.6. Teoría de Enfermería:

3.6.1. Dorothea Orem " Teoría del Autocuidado":

Para Dorothea Orem la función de la enfermera es ayudar a la persona para mantener el autocuidado ya que es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar¹³.

Para ello Orem hace presunciones sobre la naturaleza del hombre¹⁴:

1. Los seres humanos tienen el potencial de desarrollar habilidades intelectuales y prácticas de cuidado, manteniendo la motivación esencial para el autocuidado y el cuidado dependientes de la familia. Ejemplo buscar ayuda en personas cercanas o del ámbito de la salud.
2. Las formas de satisfacer los requisitos de autocuidado, poseen elementos culturales que varían con los individuos y con los grupos sociales, por lo que pueden usarse diferentes enfoques con el fin de satisfacer necesidades similares.
3. La realización del autocuidado requiere de la acción intencionada y calculada, que está condicionada por el

¹³ CUADRADO ALLEND JOSE. Operaciones Administrativas y Documentación Sanitaria. Segunda Edición. Editorial Paraninfo .MADRID .2013.Pag.43

¹⁴ MORALES VALDIVIA ESTELA .RUBIO CONTRERAS ANA. RAMÍREZ DURAN M. DEL VALLE. Metapadigmas y autorización actual e innovadora de las teorías y modelos de enfermería. Revista científica de enfermería .2012. .Pag 28

conocimiento y las habilidades, pero pese a que un individuo pueda saber cuándo tiene una necesidad, hay circunstancias en que no se despierta la conducta de autocuidado (ansiedad, temor, desconocimiento, prioridades, etc.).

Entonces para Dorothea Orem el autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir.

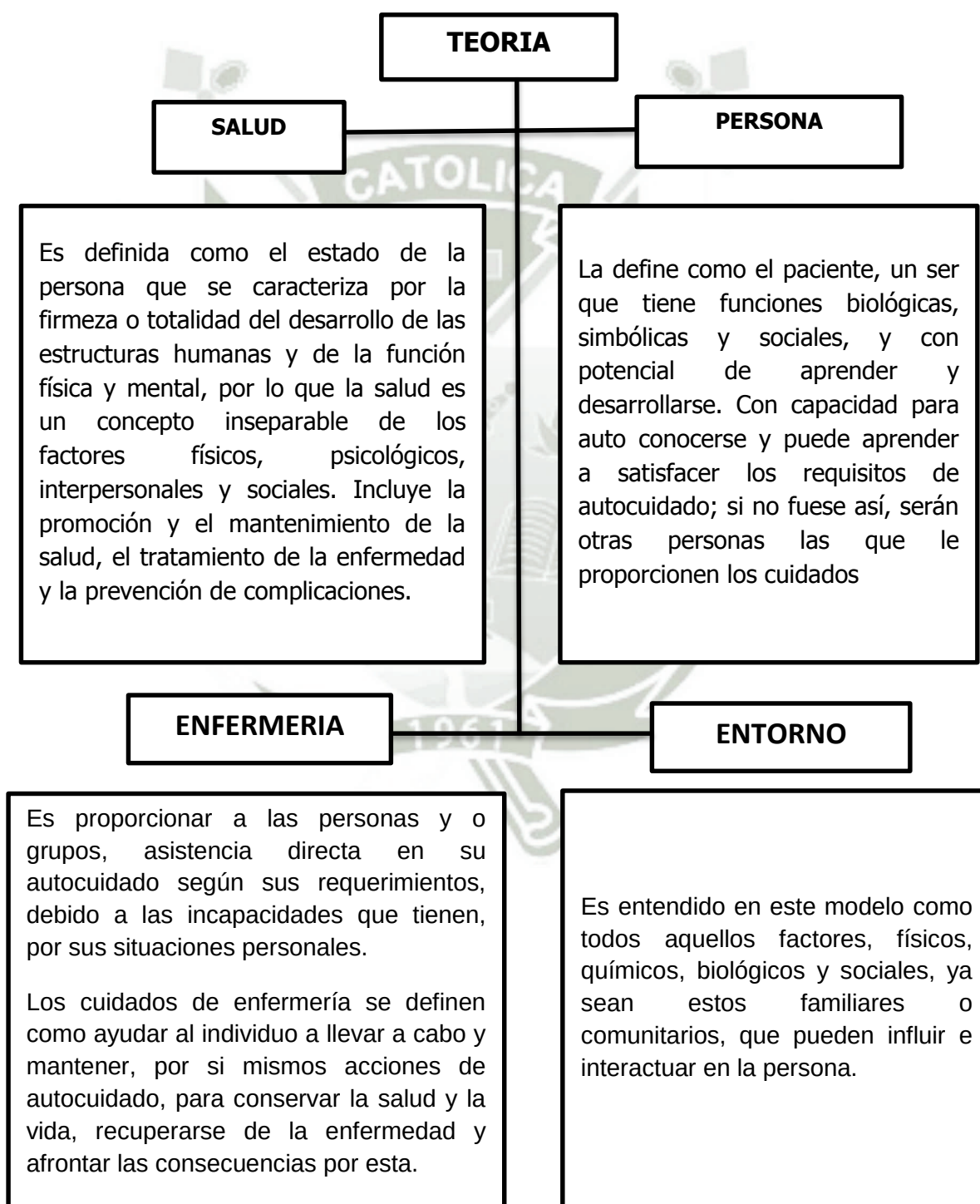
Orem contempla el concepto auto como la totalidad de un individuo (incluyendo necesidades físicas, psicológicas y espirituales), y el concepto cuidado como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él.

El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.

Puede considerarse que un individuo cuida de sí mismo si realiza efectivamente las siguientes actividades:

- Apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal.
- Mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normal
- Prevención o control de los procesos de enfermedad o lesiones.
- Prevención de la incapacidad o su compensación.
- Promoción del bienestar.

- El cuidado se inicia voluntaria e intencionadamente por los individuos.
- El autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado.



4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS:

GARZA FLORES JOSUÉ. 2010, México. **"Anticonceptivos orales combinados y enfermedad cardiovascular. Subdirección de Investigación Biomédica. Instituto Nacional de Perinatología"**. En el presente estudio se concluyó: que el uso de anticonceptivos hormonales continúa siendo una de las opciones más seguras y eficaces de la regulación de la fertilidad para las mujeres.

CARDONA GALVISYINETHZONLANLLY, GÓMEZ LINARES OMAR ARMANDO, SANANO JEREZANGIE PAOLA.2009, Arequipa. **"Investigación Planificación Familiar en Adolescentes Universidad Católica de Santa María"**. Se concluyó: que es importante la educación sexual en la etapa de la adolescencia debido a que se empieza a definir los caracteres sexuales y a incursionarse en una vida sexual activa corriendo con múltiples riesgos de adquirir enfermedades de transmisión sexual o en su respectivo caso puede llegar a presentar el caso de embarazo a temprana edad por consecuencia a la desinformación por parte del adolescente.

ALBOMOZ TAFUR INES.2010, Lima **"Conocimientos y actitudes hacia los métodos anticonceptivos en los estudiantes de Enfermería del 1º Lima -2007 Universidad Nacional de San Marcos"**. Se concluyó: que el propósito debe de estar orientado a generar información y alcanzarla a los niveles pertinentes para la escuela de enfermería, a fin de que se contemple la necesidad de incorporar y fortalecer los conocimientos sobre métodos anticonceptivos en los estudiantes de enfermería tanto para su vida personal, como profesional.

MÉJICOJO YCE. MELGARFRANCISCO. MENDOZAANA. SALINAS WILFREDO. 2009, Arequipa. **"Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos entre estudiantes de Medicina Humana de 1º a 3º año Arequipa -2009 Universidad Católica de Santa María"**. Se concluyó: que el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en estudiantes de medicina sea insuficiente, con respecto a los diversos métodos diferentes al de barrera, como son los anticonceptivos orales, parches sub-dérmicos y el dispositivo intrauterino, sea insuficiente, y a pesar que consideraran tener suficiente conocimiento. Por ello es necesaria la aplicación de programas y cursos referentes a métodos anticonceptivos y planificación familiar por parte de la universidad.

5. HIPOTESIS:

Dado que el conocimiento es la capacidad que posee el hombre de aprender información, y la actitud un procedimiento que conduce a un comportamiento en particular:

Es probable que los alumnos del IV semestre del Programa de publicidad tengan un nivel alto de conocimientos y actitudes positivas sobre los métodos anticonceptivos a diferencia del Programa de Ingeniería Alimentaria.

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA E INSTRUMENTO:

Para la variable del nivel de conocimiento se utilizó el Cuestionario y como instrumento la Cedula de Preguntas; para la variable de actitudes se utilizó la escala de Likert:

- Para la ponderación del Nivel del Conocimiento el puntaje es el siguiente:
 - Bajo < 7 puntos.
 - Medio 7 – 10 puntos.
 - Alto 11 – 14 puntos.
- Para la ponderación de la Escala de Likert de Actitudes es la siguiente:
 - Actitud de rechazo < 28 puntos.
 - Actitud de indiferencia 28 – 34 puntos.
 - Actitud de aceptación 35 – 45 puntos.

Teniendo en cuenta la base teórica.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN:

2.1. Ubicación espacial:

Esta investigación se realizó en la Universidad Católica de Santa María en los Programas Profesionales de Publicidad e Ingeniería Alimentaria que se localiza en el distrito de Yanahuara - Urb. San José s/n.

2.2. Ubicación temporal:

El estudio es coyuntural para el 2014 en los programas profesionales de publicidad e ingeniería alimentaria de la Universidad Católica de Santa María.

2.3. Unidades de estudio

- **Universo:** Las unidades de estudio están conformadas por los alumnos del IV semestre de ambos Programas Profesionales en un numero de 100 por cada uno de ellos.
- **Criterio de inclusión:** estudiantes de ambos sexos, que asistan y acepten participar en el estudio, el día de la recolección de datos.
- **Criterio de exclusión:** estudiantes que no desean participar en el estudio y no asistan en el día de la recolección de datos.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCION DE DATOS:

Para obtener los datos de las investigaciones se siguió los siguientes pasos:

- Se solicitó a la Facultad de Enfermería la dictaminación del proyecto para pedir la carta de presentación, dirigida a los Directores de los Programas Profesionales de Publicidad y la Facultad de Ingeniería Alimentaria.
- Se solicitó a la Facultad de Enfermería la carta de Presentación, para la ejecución del instrumento.

- Se coordinó para obtener la autorización de los Directores de los Programas respectivos a través de la carta de presentación lo siguiente:

- Aplicación del cuestionario en el horario de la mañana.

- Tabulación de los datos e interpretaciones de los cuadros estadísticos:

- Para el análisis de datos de la escala de valoración de actitudes se determinó la siguiente valoración y ponderado: en caso positivo: (A) Acuerdo 3 puntos, (I) Indeciso 2 puntos, (D) Desacuerdo 1 punto, en caso negativo: (A) Acuerdo 1 punto, (I) Indeciso 2 puntos, (D) Desacuerdo 3 puntos.

- Para el análisis de datos del cuestionario del nivel de conocimientos se determinó la siguiente valoración y ponderado 2 puntos a la respuesta correcta, 1 punto a la respuesta incorrecta y 0 puntos a la respuesta en blanco.



CAPITULO III RESULTADOS

TABLA N°1
POBLACION DE ESTUDIOS SEGÚN EDAD EN
ALUMNOS DEL IV SEMESTRE DE LOS
PROGRAMAS PROFESIONALES DE
PUBLICIDAD E INGENIERIA
ALIMENTARIA DE LA U.C.S.M
AREQUIPA
2013

EDAD	PROGRAMA PROFESIONAL DE PUBLICIDAD		PROGRAMA PROFESIONAL DE INGENIERIA ALIMENTARIA		TOTAL	
	FR	%	FR	%	FR	%
17 A 18 AÑOS	24	24	17	17%	41	41%
19 A 20 AÑOS	17	17	21	21%	38	38%
21 A 22 AÑOS	9	9	12	12%	21	21%
TOTAL	50	50%	50	50%	100	100%

• Instrumento aplicado por las investigadoras.

En la tabla observamos que el mayor porcentaje de 24 % corresponde al grupo etario de 17 a 18 años en el programa de publicidad y 21% en el grupo de etario de 19 a 20 años en el programa de Ing. Alimentaria, un menor porcentaje de 9% y 12% en el grupo etario de 21 a 22 años en ambos programas.

De lo que deducimos que casi la 1/4 parte de ambos programas se encuentran en el grupo etario de 17 a 18 años donde se encuentran en la segunda etapa o etapa tardía de la adolescencia sin embargo existe una mínima parte que se encuentra en grupo etario de 19 a 22 años.

TABLA N°2
POBLACION DE ESTUDIOS SEGÚN SEXO EN ALUMNOS
DEL IV SEMESTRE DE LOS PROGRAMAS
PROFESIONALES DE PUBLICIDAD E
INGENIERIA ALIMENTARIA
DE LA U.C.S.M –AREQUIPA
2013

SEXO	PROGRAMA PROFESIONAL DE PUBLICIDAD		PROGRAMA PROFESIONAL DE INGENIERIA ALIMENTARIA		TOTAL	
	FR	%	FR	%	FR	%
FEMENINO	25	25	25	25%	50	50%
MASCULINO	25	25	25	25%	50	50%
TOTAL	50	50%	50	50%	100	100%

- Instrumento aplicado por las investigadoras.

En la tabla observamos que existe una igualdad de 25% en ambos sexos de ambos programas

Lo que deducimos es que la mitad de nuestras unidades de estudio pertenece al programa de publicidad y la otra mitad al programa de Ing. Alimentaria

TABLA N° 3

**POBLACION DE ESTUDIOS SEGÚN CONVIVENCIA FAMILIAR EN
ALUMNOS DEL IV SEMESTRE DE LOS PROGRAMAS
PROFESIONALES DE PUBLICIDAD E INGENIERIA
ALIMENTARIA DE LA U.C.S.M – AREQUIPA 2013**

CONVIVENCIA FAMILIAR	PROGRAMA PROFESIONAL DE PUBLICIDAD		PROGRAMA PROFESIONAL DE INGENIERIA ALIMENTARIA		TOTAL	
	FR	%	FR	%	FR	%
AMBOS PADRES	34	34%	27	27%	61	61%
SOLO CON MADRE	8	8%	16	16%	24	24%
SOLO CON PADRE	1	1%	2	2%	3	3%
SOLO	3	3%	1	1%	4	4%
OTROS	4	4%	4	4%	8	8%
TOTAL	50	50%	50	50%	100	100%

- Instrumento aplicado por las investigadoras.

En la tabla observamos que el mayor porcentaje de 34% corresponde a la convivencia con ambos padres en el programa de publicidad y de 27% en el programa de Ing. Alimentaria y con un menor porcentaje de 1% en la convivencia con un solo padre en el Programa de Publicidad, con el mismo porcentaje en la convivencia con otros familiares en el programa de Ing. Alimentaria

De lo que deducimos que más de $\frac{1}{4}$ parte de la población de estudio conviven con ambos padres en ambos programas así mismo existe una mínima parte que conviven con la madre, con otros familiares, con el padre y solos.

TABLA N° 4

POBLACION DE ESTUDIOS SEGÚN RELIGIÓN EN

ALUMNOS DEL IV SEMESTRE DE LOS PROGRAMAS

PROFESIONALES DE PUBLICIDAD E INGENIERIA ALIMENTARIA

DE LA U.C.S.M – AREQUIPA 2013

RELIGION	PROGRAMA PROFESIONAL DE PUBLICIDAD		PROGRAMA PROFESIONAL DE INGENIERIA ALIMENTARIA		TOTAL	
	FR	%	FR	%	FR	%
CATOLICA	37	37 %	43	43%	80	80%
EVANGELICA	5	5 %	2	2%	7	7%
MORMON	2	2 %	0	0%	2	2%
OTROS	6	6 %	5	5%	11	11%
TOTAL	50	50%	50	50%	100	100%

• Instrumento aplicado por las investigadoras.

En la tabla observamos que el mayor porcentaje es de 37 % corresponde a la religión católica en el programa de publicidad y de 43% en el programa de Ing. Alimentaria, un menor porcentaje de 2% en la religión mormona en el programa de publicidad en el mismo porcentaje se encuentra la religión evangélica en el programa de Ing. Alimentaria.

De lo que deducimos que ambos programas profesan la religión católica predominando en el programa profesional de alimentaria.

TABLA N° 5

**POBLACIÓN DE ESTUDIOS SEGÚN FUENTES DE INFORMACION
NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DE MÉTODOS
ANTICONCEPTIVOS EN LOS ALUMNOS DEL IV SEMESTRE
DE LOS PROGRAMAS PROFESIONALES DE PUBLICIDAD E
INGENIERIA ALIMENTARIA DE LA
U.C.S.M – AREQUIPA 2013**

FUENTES DE INFORMACION	PROGRAMA PROFESIONAL DE PUBLICIDAD		PROGRAMA PROFESIONAL DE INGENIERIA ALIMENTARIA		TOTAL	
	FR	%	FR	%	FR	%
SOLO	7	7 %	2	2%	9	9%
PADRES	8	8 %	12	12%	20	20%
FAMILIA	6	6 %	5	5%	11	11%
COLEGIO	17	17 %	12	12%	29	29%
PAREJA	12	12 %	17	17%	29	29%
OTRAS FUENTES	0	0 %	2	2%	2	2%
TOTAL	50	50%	50	50%	100	100%

- Instrumento aplicado por las investigadoras

En la tabla observamos que el mayor porcentaje de 17% es que la información la recibieron en el colegio del programa de publicidad, el mismo porcentaje obtuvo el programa de Ing. Alimentaria en que la fuente de información lo obtuvo por la pareja. De la misma manera el menor porcentaje de 6% la fuente de información fue por la familia en el programa de publicidad y de 2% por otras fuentes en el programa de Ing. Alimentaria.

De lo que deducimos que más de la $\frac{1}{4}$ parte tuvieron como fuente de información a la pareja y al colegio, existiendo una minoría de la población de estudio que recibió información de otras fuentes.

TABLA N° 6

**POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN EL CONOCIMIENTO SOBRE
METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LOS ALUMNOS DEL IV
SEMESTRE DE LOS PROGRAMAS PROFESIONALES DE
PUBLICIDAD E INGENIERIA ALIMENTARIA DE
LA U.C.S.M – AREQUIPA 2013**

CONOCIMIENTO	PROGRAMA PROFESIONAL DE PUBLICIDAD		PROGRAMA PROFESIONAL DE INGENIERIA ALIMENTARIA		TOTAL	
	FR	%	FR	%	FR	%
Están diseñadas para evitar embarazos y contagios de enfermedades sexuales	34	34 %	18	18%	52	52%
Pueden ser temporales o permanentes, dependiendo del método	7	7 %	21	21%	28	28%
Solo son necesarias durante la primera semana después de la menstruación	9	9 %	10	10%	19	19%
No conoce	0	0 %	1	1%	1	1%
TOTAL	50	50%	50	50%	100	100%

- Instrumento aplicado por las investigadoras

En la tabla se observa que el 34% del programa profesional de Publicidad tienen conocimiento sobre métodos anticonceptivos de igual forma un 18% del Programa de Ingeniería Alimentaria, existe un acumulado del 16% en el Programa de Publicidad no tienen conocimiento así mismo un acumulado de 31% del Programa de Alimentaria tampoco lo tiene.

De lo que deducimos más de la $\frac{1}{4}$ parte del Programa de Publicidad si tienen conocimiento sobre métodos anticonceptivos a diferencia del Programa de Ingeniería Alimentaria que es menos de $\frac{1}{4}$ parte.

TABLA N° 7

**POBLACIÓN DE ESTUDIOS SEGÚN USO DE METODOS
ANTICONCEPTIVO EN LOS ALUMNOS DEL IV
SEMESTRE DE LOS PROGRAMAS
PROFESIONALES DE PUBLICIDAD
E INGENIERIA ALIMENTARIA
DE LA U.C.S.M –
AREQUIPA
2013**

USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS	PROGRAMA PROFESIONAL DE PUBLICIDAD		PROGRAMA PROFESIONAL DE INGENIERIA ALIMENTARIA		TOTAL	
	FR	%	FR	%	FR	%
SI	20	20%	21	21%	41	41%
NO	30	30%	29	29%	59	59%
TOTAL	50	50%	50	50%	100	100%

• Instrumento aplicado por las investigadoras

En la tabla observamos que un 20% de la población de estudio si usa métodos anticonceptivos en programa de publicidad y de 21% en el programa de Ing. Alimentaria, un 30% del programa de publicidad y 29% del programa de Ing. Alimentaria que no usa métodos anticonceptivos

De lo que deducimos que más de la ¼ parte de ambos programas profesionales no usa métodos anticonceptivos.

TABLA N° 8

**POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN EFICACIA DE METODOS
ANTICONCEPTIVOS EN LA PREVENCIÓN DE ETS EN LOS
ALUMNOS DEL IV SEMESTRE DE LOS PROGRAMAS
PROFESIONALES DE PUBLICIDAD E INGENIERIA
ALIMENTARIA DE LA U.C.S.M – AREQUIPA 2013**

METODO EFICAZ PARA LA PREVENCIÓN DE ETS	PROGRAMA PROFESIONAL DE PUBLICIDAD		PROGRAMA PROFESIONAL DE INGENIERIA ALIMENTARIA		TOTAL	
	FR	%	FR	%	FR	%
EL DIU	2	2%	2	2%	4	4%
PILDORA DEL DIA SIGUIENTE	4	4%	10	10%	14	14%
EL CONDON	32	32%	30	30%	62	62%
LA VASECTOMIA	8	8%	3	3%	11	11%
NO CONOCE	4	4%	5	5%	9	9%
TOTAL	50	50%	50	50%	100	100%

- Instrumento aplicado por las investigadoras

En la tabla observamos que el mayor porcentaje de 32% corresponde a que el método más eficaz para la prevención de ETS es el condón del programa de publicidad y 30% en el programa de Ing. Alimentaria siendo la respuesta correcta, así mismo hay un porcentaje mínimo de las otras alternativas marcadas.

De lo que deducimos que más de la $\frac{1}{4}$ parte tiene conocimiento sobre el método que previene la transmisión de ETS, aún se encuentra una mínima parte que toma las otras alternativas como opción.

TABLA N° 9

**POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN TIPOS DE METODOS
ANTICONCEPTIVOS QUE CONOCEN LOS ALUMNOS
DEL IV SEMESTRE DE LOS PROGRAMAS
PROFESIONALES DE PUBLICIDAD E
INGENIERÍAS ALIMENTARIA DE LA
U.C.S.M AREQUIPA 2013**

TIPOS DE METODOS ANTICONCEPTIVOS	PROGRAMA PROFESIONAL DE PUBLICIDAD		PROGRAMA PROFESIONAL DE INGENIERIA ALIMENTARIA		TOTAL	
	FR	%	FR	%	FR	%
T DE COBRE O DIU	5	5%	6	6%	11	11%
PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS	4	4%	6	6%	10	10%
COITO INTERRUPTIDO	5	5%	5	5%	10	10%
INYECCIONES	6	6%	3	3%	9	9%
METODO DEL RITMO	3	3%	2	2%	5	5%
METODO DE BILLINGS	5	5%	4	4%	9	9%
LIGADURA DE TROMPAS	5	5%	3	3%	8	8%
PRESERVATIVO	12	12%	18	18%	30	30%
CREMAS – OVULOS	5	5%	3	3%	8	8%
NO CONOCE	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	50	50%	50	50%	100	100%

- Instrumento aplicado por las investigadoras.

En la tabla observamos que el mayor porcentaje de 12% corresponde al preservativo en el programa de Publicidad y de 18% en el programa de Ing. Alimentaria, con un menor porcentaje de 3% en el método del ritmo en el programa de publicidad en el mismo porcentaje se encuentra el programa de Ing. Alimentaria.

De lo que deducimos que más de $\frac{1}{4}$ parte de la población de estudio si conoce algún método anticonceptivo predominando el del preservativo.

TABLA N°10

**POBLACION DE ESTUDIOS SEGÚN FRECUENCIA DE USO DE
METODOS ANTICONCEPTIVO EN ALUMNOS DEL IV
SEMESTRE DE LOS PROGRAMAS PROFESIONALES DE
PUBLICIDAD E INGENIERIA ALIMENTARIA
DE LA U.C.S.M – AREQUIPA 2013**

FRECUENCIA DE USO	PROGRAMA PROFESIONAL DE PUBLICIDAD		PROGRAMA PROFESIONAL DE INGENIERIA ALIMENTARIA		TOTAL	
	FR	%	FR	%	FR	%
1 A 5 MESES	6	6 %	10	10%	16	16%
6 A 12 MESES	5	5 %	4	4%	9	9%
1 A 5 AÑOS	6	6%	6	6%	12	12%
6 AÑOS A MAS	3	3 %	1	1%	4	4%
NO USA	30	30 %	29	29%	59	59%
TOTAL	50	50%	50	50%	100	100%

• Instrumento aplicado por las investigadoras.

En la tabla observamos el mayor porcentaje de 30% el cual refiere que no usa métodos anticonceptivos en el programa de publicidad y 29% en programa de Ing. Alimentaria, un menor porcentaje de 3% que tiene una frecuencia de uso de 6 años a más en el programa de publicidad y 1% en el programa de Ing. Alimentaria.

De lo que deducimos que más de $\frac{1}{4}$ parte no usa métodos anticonceptivos en ambos programas profesionales, sin embargo existe una mínima parte la cual tiene un promedio de frecuencia de uso de 1 a 5 meses, de 6 a 12 meses, 1 a 5 años y de 6 años a más.

TABLA N°11

**POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN EFECTOS COLATERALES DE
METODOS ANTICONCEPTIVOS EN LOS ALUMNOS DEL IV
SEMESTRE DEL PROGRAMA PROFESIONAL DE
PUBLICIDAD E INGENIERIA ALIMENTARIA
DE LA U.C.S.M AREQUIPA 2013**

EFECTOS COLATERALES	PROGRAMA PROFESIONAL DE PUBLICIDAD		PROGRAMA PROFESIONAL DE INGENIERIA ALIMENTARIA		TOTAL	
	FR	%	FR	%	FR	%
Fiebre y dolor de cabeza	11	11%	7	7%	18	18%
Sangrado intermensual	7	7%	11	11%	18	18%
Disminución de peso	4	4%	4	4%	8	8%
Esterilidad	15	15%	11	11%	26	26%
NO CONOCE	13	13%	17	17%	30	30%
TOTAL	50	50%	50	50%	100	100%

• Instrumento aplicado por las investigadoras.

En la tabla observamos que el mayor porcentaje de 15% del Programa de Publicidad cree que la esterilidad es un efecto colateral del uso de métodos anticonceptivos de igual forma el 11% del Programa de Ingeniería Alimentaria, sin embargo un 13% del Programa de Publicidad no tiene ningún conocimiento y un 17% del Programa de Alimentaria.

De lo que deducimos que más de la $\frac{1}{4}$ parte de ambos programas tienen algún tipo de conocimiento de los efectos colaterales sobre métodos anticonceptivos.

TABLA N° 12
POBLACION DE ESTUDIOS SEGÚN CONDUCTAS DE RIESGO
ANTE ETS EN ALUMNOS DEL IV SEMESTRE DE LOS
PROGRAMAS PROFESIONALES DE PUBLICIDAD
E INGENIERIA ALIMENTARIA
DE LA U.C.S.M–AREQUIPA 2013

CONDUCTAS DE RIESGO	PROGRAMA PROFESIONAL DE PUBLICIDAD		PROGRAMA PROFESIONAL DE INGENIERIA ALIMENTARIA		TOTAL	
	FR	%	FR	%	FR	%
Múltiples parejas sexuales	11	11%	9	9%	20	20%
No emplear de métodos de barrera	8	8%	10	10%	18	18%
Beber alcohol y consumir drogas	3	3%	10	10%	13	13%
Múltiples parejas sexuales y no emplear métodos de barrera	25	25%	12	12%	37	37%
NO CONOCE	3	3%	9	9%	12	12%
TOTAL	50	50%	50	50%	100	100%

• Instrumento aplicado por las investigadoras.

En la tabla observamos que el mayor porcentaje de 25% del programa de Publicidad conoce que las conductas de riesgo son tener múltiples parejas sexuales y no emplear métodos de barrera, un 12% del Programa de Alimentaria sabe que el tener múltiples parejas sexuales y no emplear métodos de barrera aumenta la prevención de ETS.

De lo que deducimos la $\frac{1}{4}$ parte tiene conocimiento de conductas de riesgo en las ETS del programa de publicidad a diferencia que menos de $\frac{1}{4}$ parte del programa de Ing. Alimentaria tiene dicho conocimiento.

TABLA N° 13
POBLACIÓN DE ESTUDIOS SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y
ACTITUDES EN EL USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
EN ALUMNOS DEL IV SEMESTRE DE LOS PROGRAMAS
PROFESIONALES DE PUBLICIDAD E
INGENIERÍA ALIMENTARIA DE LA
U.C.S.M - AREQUIPA 2013

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	PROGRAMA PROFESIONAL DE PUBLICIDAD		PROGRAMA PROFESIONAL DE INGENIERÍA ALIMENTARIA		TOTAL	
	FR	%	FR	%	FR	%
CONOCIMIENTO ALTO (11 – 14 PUNTOS)	22	22%	25	25%	47	47%
CONOCIMIENTO MEDIO (7 – 10 PUNTOS)	20	20%	12	12%	32	32%
CONOCIMIENTO BAJO (<7 PUNTOS)	08	08%	13	13%	21	21%
TOTAL	50	50 %	50	50%	100	100%

- Instrumento aplicado por las investigadoras.

En la tabla se observa un 22% en el programa de publicidad y un 25% en el programa de ingeniería alimentaria tienen conocimiento alto; un 20% y 12% en ambos programas tienen conocimiento medio, un 8% y 13% de ambos programas tienen conocimiento bajo.

De lo que deducimos que la casi la $\frac{1}{4}$ parte del Programa de Publicidad tiene conocimiento alto de igual manera la $\frac{1}{4}$ parte del Programa de Ingeniería Alimentaria, así mismo menos de la $\frac{1}{4}$ parte del programa de Publicidad tienen conocimiento medio, sin embargo en el Programa de Ingeniería Alimentaria menos de la $\frac{1}{4}$ parte se encuentra entre los conocimientos medio a bajo.

TABLA N° 14
POBLACIÓN DE ESTUDIOS SEGÚN ACTITUDES DE METODOS
ANTICONCEPTIVOS NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES
EN EL USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN ALUMNOS
DEL IV SEMESTRE DE LOS PROGRAMAS PROFESIONALES
DE PUBLICIDAD E INGENIERIA ALIMENTARIA DE
LA U.C.S.M-AREQUIPA 2013

NIVEL DE ACTITUDES	PROGRAMA PROFESIONAL DE PUBLICIDAD		PROGRAMA PROFESIONAL DE INGENIERIA ALIMENTARIA		TOTAL	
	FR	%	FR	%	FR	%
ACTITUDES DE ACEPTACION	18	18%	32	32%	50	50%
ACTITUDES DE INDEFERENCIA	24	24%	14	14%	38	38%
ACTITUD DE RECHAZO	08	08%	04	04%	12	12%
TOTAL	50	50 %	50	50%	100	100%

• Instrumento aplicado por las investigadoras.

En la tabla se observa que un 18% del programa de publicidad tienen actitud de aceptación y un 32% en el programa de Ingeniería Alimentaria, un 24% del Programa de Publicidad presenta actitud de indiferencia y un 14% del Programa de Ingeniería Alimentaria así mismo un 8% del Programa de Publicidad tiene actitud de rechazo y un 4% del Programa de Ingeniería Alimentaria.

De lo que deducimos que casi la $\frac{1}{4}$ parte de los alumnos del Programa de Publicidad tiene actitud de aceptación e indiferencia y casi la mitad de los alumnos del Programa de Ingeniería Alimentaria presentan actitud de aceptación e indiferencia.

CONCLUSIONES

Luego de analizarse los resultados estadísticos se obtiene las siguientes conclusiones:

- **PRIMERA:** La mayoría de la población de estudio se encuentra entre las edades de 17 a 18 años predominando ambos sexos, conviviendo la mayoría con sus padres, profesando la religión católica; los resultados muestran que el nivel de conocimientos encontrado es de alto a medio en ambos programas profesionales. Ver tabla N°1; N°2, N° 3, N°4, N°5 Y N°6.
- **SEGUNDA:** Las actitudes encontradas en la población de estudio fueron actitudes de aceptación e indiferencia en ambos programas profesionales. Ver tabla N° 14.
- **TERCERA:** En referencia el Programa de Ingeniería Alimentaria y el Programa de Publicidad presentan actitudes de aceptación e indiferencia sin embargo ambos programas presentan conocimientos de alto a medio en parte de su población de estudio.

RECOMENDACIONES

Considerando los resultados en la presente investigación, es que se recomienda lo siguiente:

1. A los Directores del Programa Profesional Publicidad e Ingeniería Alimentaria coordinar con la Oficina de Tutoría Universitaria para promover programas de salud sexual y reproductiva en los jóvenes universitarios.
2. A la Directora de la Oficina de Extensión Universitaria realice coordinación con las facultades de ciencias de la salud para la realización de campañas en educación de salud reproductiva.



BIBLIOGRAFIA

- ARENAS BAJO J.M.LLETGET COROLEU. Fundamentos de Reproducción. Editorial Médica Panamericana. España 2010. D.KHAIL AHMAD SAMHAN. Diccionario Medico de Términos Urogenitales .Primera Edición .Publishing Author House .UK.2010
- CUADRADO ALLENDE JOSE. Operaciones Administrativas y Documentación Sanitaria .Segunda Edición .Editorial Paraninfo .MADRID .2013
- ENDES. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar –Continua 2011.
- FOLGAR, L. 1999.Anticoncepcion en los adolescentes.
- HARO MARCELA, KLAJN DIANA, LÓPEZ GABRIELA, MORANDO ADRIANA .Psicología Social .Quinta Edición .Editorial Medica Panamericana .España 2010.
- INEI. Instituto Nacional de Estadística e Informática 2010.
- MARTÍNEZ RUIZ HÉCTOR, GUERREO DÁVILA GUADALUPE .Introducción a las ciencias sociales. Primera Edición. Editorial Cengage Learning. México. 2010.
- MINSA. Orientaciones para la atención integral de salud del adolescente en el primer nivel de atención. 2007
- MORALES VALDIVIA ESTELA .RUBIO CONTRERAS ANA. RAMÍREZ DURAN M. DEL VALLE. Metapadigmas y autorización actual e innovadora de las teorías y modelos de enfermería. Revista científica de enfermería .2012.

HEMEROGRAFIA

- ARENAS PAZ, Claudia Cecilia. "nivel de conocimientos y opiniones acerca de los métodos anticonceptivos en alumnas de enfermería técnica en el Instituto Maria Montessori, Arequipa 2008". Tesis para optar el título profesional de Magister. Universidad católica de Santa María, Biblioteca, 2009.
- CASILLAS JARA, Winston Eddy y HUAYLLA QUISPE, Mario. "conocimientos sobre sexualidad y métodos anticonceptivos de los alumnos del quinto grado de educación secundaria del colegio San Juan Bautista de la Salle y del colegio Nacional Nepalí año 1998". Tesis para optar el título profesional de licenciados en enfermería. Universidad Católica de Santa María, Biblioteca.
- CHOCANO POLAR, Luis Ernesto y Almonte ANSMENDI, Nathy Paca. "conocimientos de métodos anticonceptivos en alumnos de quinto de secundaria Hunter año 1991". Tesis para optar el título profesional de obstetricia. Universidad Católica de Santa María, Biblioteca, 2000.
- FLORES CARPIO, Gloria y MARROQUIN LEON, Magdalena. "actitudes y opiniones sobre métodos anticonceptivos y planificación familiar en UCSM año 1991". Tesis para optar el título profesional de obstetricia. Universidad Católica de Santa María, Biblioteca.
- GARCIA F ALFARO, A. 2000. Sexualidad y anticoncepción en jóvenes universitarios de Albacete. Rev. Iberoa. De fertilidad.
- GUTIERRES ACUÑA, Irene Zarela y VELAZQUESSUCARI, Giovanna. "conocimientos del uso de métodos anticonceptivos en los alumnos del centro de capacitación Paucarpata – Progreso Arequipa 1995". Tesis para optar el título profesional de licenciadas en enfermería. Universidad Católica de Santa María, Biblioteca, 1998.
- GUZMAS GUILLEN, Juan Carlos. "conocimientos de métodos anticonceptivos en 400 usuarios de la zona Norte de Alto Cayma

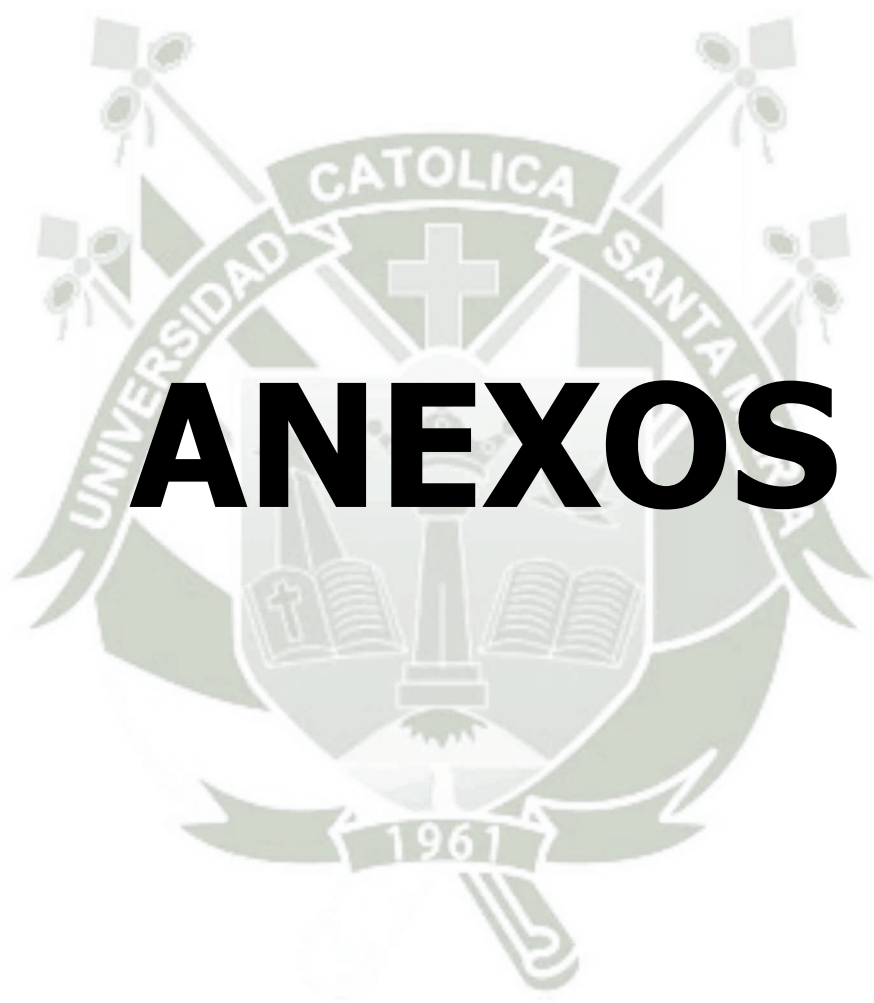
Febrero 2001". Tesis para optar el título profesional de médico. Universidad Católica de Santa María, Biblioteca, 2001

- MONTES CORNEJO, Gabriela Luzmila y SUAREZ LIMA, Claudia Mercedes. "conocimientos, conductas y opiniones sobre los métodos anticonceptivos ben los alumnos de la academia pre-universitaria Bryce de Arequipa año 2005". Tesis para optar el título profesional de obstetricia. Universidad católica de Santa María, Biblioteca, 2006.
- ORTIZ BULGA, Mirian Rosy y BELLO SANCHEZ, Margarita Elizabet. "identificación de los factores determinantes que influyen en el uso de métodos anticonceptivos por los usuarios atendidos en el Centro de Salud de Edificadores Misti año 2009". Tesis para optar el título profesional de obstetricia. Universidad católica de Santa María, Biblioteca, 2010.



PAGINAS ELECTRONICAS

- [http://campus.usal.es/~petra/Profesores/FernandoJimenez/CONGRESOS/Braga,%201999/Primeros%20 analisis%20del%20SAS.,\(1999\).pdf](http://campus.usal.es/~petra/Profesores/FernandoJimenez/CONGRESOS/Braga,%201999/Primeros%20 analisis%20del%20SAS.,(1999).pdf)
- <http://es.scribd.com/doc/39487328/Trabajode-Tesis-Original-Omar>
- <http://es.scribd.com/doc/41069046/Tesis-de-Grado-Original-Zoar>
- <http://es.slideshare.net/guestab953d/proyecto-de-tesis-jackelin>
- <http://link.springer.com/article/10.1007/BF02035630>
- http://med.unne.edu.ar/catedras/sanitarias/guia_anti.pdf
- <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/endes2010/resultados/index.html>
- <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/endes2010/resultados/obj04.htm>
- <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2010/un104d.pdf>
- http://www.profamilia.org.co/index.php?view=items&cid=10%3Ametodos-anticonceptivos-y-planificacion-familiar&id=228%3Ai-que-es-un-metodo-hormonal-&option=com_quickfaq
- http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000900007
- http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372006000200007
- <http://www.tiposde.com/ciencia/conocimiento/tipos-de-conocimiento.html>
- <http://www.tutormedica.com/servicios/anticoncepcion/metodos-hormonales>
- http://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/Metodos/Materiales/Apuntes%20Cuestionario.pdf



ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO _____

declaro voluntariamente mi aceptación para participar en el trabajo investigado con fines científicos titulado “ Nivel de conocimientos y actitudes en el uso de los métodos anticonceptivos en alumnos del IV semestre de los Programas Profesionales de Publicidad e Ingeniería Alimentaria de la U.C.S.M –Arequipa-2013”.

En señal de conformidad firmo el presente consentimiento.

FIRMA

ANEXO 2

CUESTIONARIO

I. INTRODUCCIÓN:

Estimado estudiante te voy a presentar a continuación algunas preguntas que han sido elaborados con la finalidad de determinar los conocimientos que tienen los estudiantes hacia los métodos anticonceptivos. Le pido a Ud. que respondan con toda sinceridad a las preguntas que se les presenta.

Esta encuesta es anónima, es decir no es necesario que anote su nombre. Anticipadamente les agradezco su valiosa colaboración.

II. DATOS GENERALES:

- **Edad:**

- 17 – 18 años ()
- 19 – 20 años ()
- 21 a 22 años ()

- **Sexo:**

- Femenino ()
- Masculino ()

- **Fecha:**

III. INSTRUCTIVO:

A continuación les a presentar una serie de preguntas relacionados con los métodos anticonceptivos, por favor llene con letra legible en los espacios en blanco, y marque con una aspa (**X**) la respuesta que Ud. Crea conveniente.

IV. CONTENIDO:

1. Con quien vive usted:

- a) Ambos padres
- b) Solo con madre
- c) Solo con padre
- d) Solo
- e) Otros

2. ¿Qué religión profesa usted?

- a) Católica
- b) Evangélico
- c) Mormón
- d) Otros

3. La mayor parte de los conocimientos o información que tienes sobre métodos anticonceptivos, lo has adquirido de:

- a) Nadie, yo lo he investigado
- b) Padres
- c) Familia (hermanos, tíos, primos, etc.)
- d) Colegio (profesores, libros)
- e) Pareja
- f) Otras fuentes: _____

CONOCIMIENTOS

4. Los métodos anticonceptivos son:

- a) Pueden ser temporales o permanentes, dependiendo del método.
- b) Solo son necesarios durante la primera semana después de la menstruación
- c) Están diseñadas para evitar embarazos y contagios de enfermedades sexuales
- d) No conoce

5. Utiliza métodos anticonceptivos

- a) Si _____
- b) no _____

6. ¿Cuál es el método anticonceptivo más eficaz para evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual?

- a) El DIU o Dispositivo Intrauterino
- b) La píldora del día siguiente

- c) El condón
d) La vasectomía
- 7.** No conoce Respecto a los métodos anticonceptivos, marque con un aspa los métodos anticonceptivos que conoce:
- a) T de cobre o DIU ☐
b) Pastillas anticonceptivas ☐
c) Coitos interruptus ☐
d) Inyecciones ☐
e) Método del ritmo ☐
f) Método de Billings ☐
g) Ligadura de trompas ☐
h) Preservativo ☐
i) Cremas-óvulos ☐
j) No conoce ☐
- 8.** ¿Cuánto tiempo usa los métodos anticonceptivos?
- a) 1 a 5 meses
b) 6 a 12 meses
c) 1 a 5 años
d) 6 años a mas
- 9.** ¿Cuáles crees que son las consecuencias de utilizar métodos anticonceptivos?
- a) Fiebre, escalofríos, Dolor de cabeza.
b) Sangrado intermensual, Edemas, Amenorrea
c) Disminución de Peso
d) Esterilidad
e) No conoce
- 10.** ¿Cuál de las siguientes conductas aumenta el riesgo de ETS?
- a) Tener múltiples parejas sexuales
b) No emplear métodos de barrera
c) Beber alcohol y tomar drogas
d) Tener múltiples parejas sexuales y no emplear métodos de barrera
e) No conoce

ESCALA DE VALORACIÓN DE ACTITUDES

Coloca una aspa (**X**) debajo de la columna; **A** solo si estás de acuerdo con la frase, **I** solo si estas indeciso y **D** solo si está en desacuerdo.

Nº	PROPOSICIONES	A	I	D
1	Las pastillas anticonceptivas son más eficaces que el método de calendario.			
2	Los métodos anticonceptivos tienen como efecto adverso el aumento de peso.			
3	Usar métodos anticonceptivos da seguridad en las relaciones sexuales en la pareja.			
4	Los métodos anticonceptivos son fáciles para usar.			
5	El uso de métodos anticonceptivos promueve la infidelidad en la pareja.			
6	La pareja debe utilizar el método más conocido.			
7	Todos los métodos anticonceptivos son seguros.			
8	Para tener relaciones sexuales, solo la mujer debe cuidarse para no quedar embarazada.			
9	Utilizaría Ud. Algún método anticonceptivo.			
10	El uso de preservativo es el método anticonceptivo más fácil de conseguir.			
11	El uso de métodos anticonceptivos es ineficaz aun si se cumplen las instrucciones.			
12	Se debe impartir información sobre los métodos anticonceptivos.			
13	Las píldoras son pastillas que se deben tomar todos los días.			
14	El uso de métodos anticonceptivos ayuda a no tener hijos.			
15	El preservativo, cremas y óvulos vaginales hacen que no se sienta placer en el acto sexual.			

CONSECUENCIAS

Bueno una de las consecuencias más conocidas de no usar los métodos anticonceptivos son los embarazos no deseados y como la juventud de hoy en día cree que puede tener relaciones a temprana edad esto ocasiona los clásicos embarazos a temprana edad.

Claro que aun usándolos hay otras consecuencias por ejemplo:

- 1.-Se dice que cuando tomamos la píldora durante un largo tiempo, luego nos cuesta un poco más quedarnos embarazadas, pero claro está eso va en el cuerpo de cada una.
2. los parches provocaron un cambio hormonal.
- 3.- causa un largo periodo sin menstruación.
- 4.-desaparecen del apetito sexual.
- 5.- crecimiento de los senos.
- 6.- dolor en el cuerpo.
- 7.- hinchazón de varias partes del cuerpo.
- 8.- depresión y cambios de humor.
- 9.- alergia a algún medicamento puede ser fatal.



UNIVERSIDAD CATOLICA DE
SANTA MARIA
FACULTAD DE ENFERMERIA

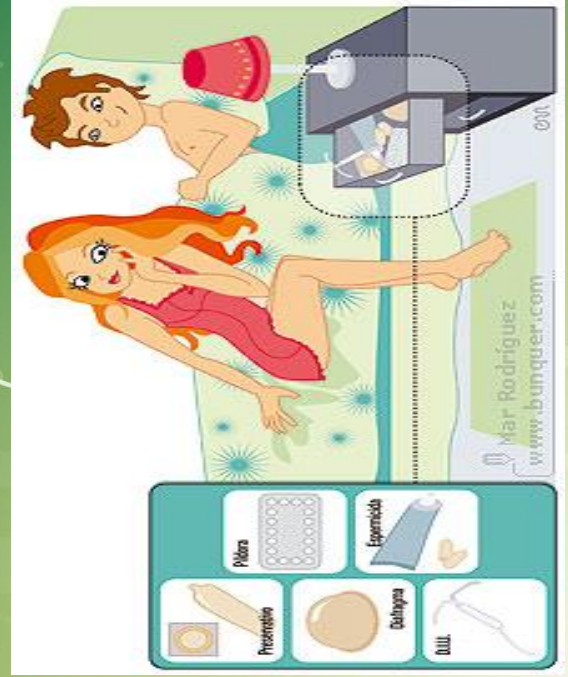
Maneja tu vida de una manera adecuada, si quieres tener relaciones sexuales a tu edad usa protección para prevenir ETS, si no opta por la mejor opción LA ABSTINENCIA hasta que halles una edad adecuada

**TAMARA PATRICIA MEJIA
PORTILLA**

**SIMONET ALEJANDRA ROSAS
MENCHOLA**

¿QUE SON LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS?

Se trata de métodos o procedimientos que previenen un embarazo en mujeres sexualmente activas, ya sean ellas o sus parejas quienes los usen. En lo posible, los métodos anticonceptivos deben cumplir con algunos requisitos y características que permitan a las personas alcanzar sus metas reproductivas en forma efectiva y segura para su salud y de acuerdo a su situación de vida



CONDÓN MASCULINO

Es una funda delgada de látex (goma) que se coloca en el pene antes de una relación sexual vaginal, anal y/u oral.

Te protege x2, ya que evita el embarazo y las infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA

CONDÓN FEMENINO

Es una funda delgada de poliuretano (plástico) que se coloca en la vagina antes de una relación sexual vaginal, anal y/u oral.

Te protege x2, ya que evita el embarazo y las infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA

PÍLDORA ANTICONCEPTIVA DE EMERGENCIA

Son píldoras anticonceptivas que se toman después de una relación sexual sin protección lo antes posible.

Pastillas anticonceptivas

Son píldoras anticonceptivas con 2 tipos de hormonas (estrógenos y progestinas) sintéticas que se toman todos los días.

Injectables mensuales

Son inyecciones anticonceptivas que contienen 2 tipos de hormonas (estrógenos y progestinas) sintéticas y se usan una vez al mes.

ANILLO VAGINAL

Es un método anticonceptivo que consiste en un anillo de silicona que contiene 2 tipos de hormonas (estrógenos y progestinas) sintéticas.

El anillo debe permanecer en la vagina por 3 semanas y luego debe ser retirado por 1 semana.

IMPLANTE

Son unos tubitos de silicona que contienen una sola hormona (progestina) y se colocan debajo de la piel en el brazo.

Duran de 3 a 5 años y actúan espesando el moco cervical e impidiendo la ovulación.

T de cobre 380

Es un dispositivo de plástico con cobre que se coloca dentro del útero evitando la fecundación. Dura 10 años.

PARCHE

Es un parche adhesivo anticonceptivo que contiene 2 tipos de hormonas (estrógenos y progestinas) sintéticas y se usa colocando un parche semanal sobre la piel durante 3 semanas y luego 1 semana sin parche.

Ligadura de trompas

Es un método anticonceptivo permanente en el cual se cortan y ligan las Trompas de Falopio, evitando la fecundación.

Vasectomía

Es un método anticonceptivo permanente en donde se cortan y ligan los conductos deferentes (que llevan el semen), evitando la fecundación.

Métodos de abstinencia periódica (MAP)

Consisten en evitar las relaciones sexuales con penetración vaginal los días fértiles del ciclo de la mujer.