

**UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**



**“Conocimiento y Uso de Métodos  
Anticonceptivos en adolescentes de 4to. -  
5to. De secundaria del Colegio Andrés A.  
Cáceres. Setiembre a Noviembre - 2015”**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE MÉDICO  
CIRUJANO**

**Katia Giuliana Mallma Yactayo**

**DIRECTOR DE TESIS: Dr. Manuel Huamán Guerrero**

**ASESOR DE TESIS: PhD. Dr. Jhony De La Cruz Vargas**

**LIMA – PERÚ**

**- 2017 -**

## **DATOS GENERALES**

### ***Título del Proyecto***

“Conocimiento y Uso de Métodos Anticonceptivos en adolescentes de 4to.-5to. De secundaria del Colegio Andrés A. Cáceres. Setiembre a Noviembre - 2015”

### ***Autor***

Mallma Yactayo Katia Giuliana

### ***Director de Tesis***

Dr. Manuel Huamán Guerrero

### ***Asesor***

PhD. Dr. Jhony De La Cruz Vargas

### ***Jurado de Tesis***

Mag. Lucy Correa López  
Dra. María Alba Rodríguez  
Dr. Alejandro Machado Núñez

### ***Diseño General del estudio***

Estudio Observacional Transversal descriptivo

### ***Departamento y Sección Académica***

Facultad de Medicina Humana, Universidad Ricardo Palma

### ***Lugar de Ejecución***

Colegio “Andrés A. Cáceres”, Delicias de Villa, Chorrillos

### ***Duración***

3 meses

Agradecimientos:

Expreso mi más grande agradecimiento a mis padres por su incondicional apoyo en todo momento, por enseñarme a ser perseverante, a no dejarme vencer ante las adversidades, a ser responsable, y por ser el principal motivo de todo mi esfuerzo.

Al Dr. Jhony De La Cruz por sus enseñanzas, y consejos, ya que he sentido su apoyo constante en las diferentes sesiones de revisión de esta tesis.

Al Dr. Kamiyama, la Dra. Ramírez por el respaldo brindado hacia mi persona en la ejecución de este trabajo de investigación.

Un especial agradecimiento al Colegio “Andrés A. Cáceres” de Chorrillos por permitirme ingresar a sus aulas y así poder realizar este estudio.

Y a todos mis docentes de esta prestigiosa Universidad, por todas sus enseñanzas brindadas.

Dedicatoria:

A Dios por ser mi luz, por enseñarme a levantar de las caídas y a seguir siempre adelante a pesar de las adversidades y obstáculos que haya en el camino.

A mis padres por todo el esfuerzo realizado para que pueda culminar mis estudios, por haber creído siempre en mí y ser mi ejemplo a seguir.

A mis hermanos porque de ellos aprendí que a base de esfuerzo es posible alcanzar la meta que uno se proponga.

## RESUMEN

**INTRODUCCION:** Según la OMS unos 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos. El embarazo en la adolescencia puede tener repercusiones sociales y económicas negativas para las adolescentes, sus familias y sus comunidades

**OBJETIVO:** Determinar el nivel de Conocimiento y Uso de Métodos Anticonceptivos en adolescentes de 4to y 5to de secundaria del Colegio “Andrés A. Cáceres” durante el periodo de Setiembre a Noviembre 2015.

**MÉTODOS:** Estudio Observacional Transversal descriptivo. El tamaño de la muestra fue de 99 participantes. Se empleó una ficha de recolección de datos con una confiabilidad aceptable para el recojo de las variables planteadas para este estudio. Para el análisis estadístico de la relación de variables dependientes e independientes se utilizó el OR, con su Intervalo de confianza 95% y el Chi cuadrado.

**RESULTADOS:** De la muestra obtenida la mayoría cursaba el cuarto año de secundaria con 51.5%. La edad promedio fue 16 años. Mayor porcentaje sexo masculino con 50.5%. Religión predominante católica con 54.5%. Provenían de una familia nuclear 45.5%, Fuente de información sobre métodos anticonceptivos colegio con 56.6% y un 7.1% referían no haber recibido información. Predominó el nivel de conocimiento No Elevado, ninguno de los encuestados obtuvo nivel de conocimiento bajo. La mayoría de adolescentes no usan métodos anticonceptivos. De los que usan, la mayoría son de sexo masculino. El método anticonceptivo más usado es el condón.

**CONCLUSIONES:** El 63% de los adolescentes evaluados poseen un Nivel de Conocimiento Medio acerca de métodos anticonceptivos. El 20% de los adolescentes evaluados refiere usar métodos anticonceptivos. El ser de sexo masculino es un factor de riesgo para usar algún método anticonceptivo.

**PALABRAS CLAVES:** Conocimiento, Uso, Anticonceptivos, Adolescente.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** According to the WHO, some 16 million adolescents aged 15 to 19 years and approximately 1 million children under 15 give birth each year, the majority in low- and middle-income countries. Pregnancy in adolescence can have negative social and economic repercussions for adolescents, their families and their communities.

**OBJECTIVE:** Determinate the level of knowledge and use of contraceptive methods in adolescents from 4th and 5th years of secondary school "Andrés A. Cáceres" during the period from September to November 2015.

**METHODS:** Descriptive Cross-sectional Observational Study. The sample size was 99 participants. A data collection card was used with an acceptable reliability for the collection of the variables proposed for this study. For the statistical analysis of the relation of dependent and independent variables, the OR was used, with its 95% confidence interval and Chi square.

**RESULTS:** Of the sample obtained the majority attended the fourth year of high school with 51.5%. The average age was 16 years. Highest percentage male sex with 50.5%. Predominant Catholic religion with 54.5%. They came from a nuclear family 45.5% and one-parent 15%. Source of information on contraceptive methods college with 56.6% followed by parents with 19.2% and reported not having received information a 7.1%. Predominated the level of knowledge Not High, none of the respondents obtained low level of knowledge. Most teenagers do not use contraception. Of those who use, most are male. The most used contraceptive method is the condom.

**CONCLUSIONS:** Sixty-three percent of adolescents evaluated have a Non-High Level of Knowledge about contraceptive methods. Twenty percent of adolescents evaluated use contraceptive methods. Being a male is a risk factor for using some form of contraception.

**KEY WORDS:** knowledge, use, contraceptives, adolescent.

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>8</b>
<b>CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTTIGACIÓN.....</b>	<b>10</b>
1.1. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN Y LUGAR DE EJECUCIÓN.....	10
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	14
1.4. JUSTIFICACIÓN.....	14
1.5. OBJETIVOS.....	15
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>17</b>
2.1. ANTECEDENTES.....	17
2.2. BASES TEÓRICAS.....	27
<b>CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES.....</b>	<b>32</b>
3.1. HIPÓTESIS: GENERAL, ESPECÍFICAS.....	32
3.2. VARIABLES.....	33
<b>CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA.....</b>	<b>34</b>
4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	34
4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	34
4.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS.....	36
4.4. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	38
<b>CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....</b>	<b>40</b>
5.1. RESULTADOS.....	40
5.2. DISCUSIÓN.....	73
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>77</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>79</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>80</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>87</b>

## INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa, en la cual el comportamiento sexual y reproductivo se ve influenciado por su entorno sociocultural y su percepción del bienestar psicoafectivo, y se plantea necesidades y cuestionamientos en cuanto a su sexualidad; por ello la forma en que estos cuestionamientos se respondan y se suplan sus necesidades, será lo que determinará su salud sexual y reproductiva. Al ser sexualmente activos enfrentan riesgos para su salud por desconocer o tener conceptos equivocados acerca de la Salud Reproductiva y Planificación Familiar, esta situación se ve agravada por el poco acceso a los servicios que ofrece el Ministerio de Salud debido a factores económico, geográfico, de tiempo, tabúes sociales, temor al rechazo o a la crítica.

Según la OMS, aproximadamente unos 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos. Además las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte en mujeres de 15 a 19 años en todo el mundo. Y cada año, unos 3 millones de mujeres de 15 a 19 años se someten a abortos peligrosos. <sup>1</sup>

Actualmente, el uso de anticonceptivos ha aumentado en muchas partes del mundo, especialmente en Asia y América Latina. A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente desde 1990. <sup>2</sup>

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en 1994 reconoció que brindar información a los adolescentes es el primer paso para disminuir los embarazos en adolescentes y los abortos en condiciones de riesgo.<sup>3</sup> Los padres y profesores temen que la educación sexual fomente que los adolescentes tengan relaciones sexuales. Pero las investigaciones demuestran que la educación sexual no apresura la iniciación de la actividad sexual ni la aumenta.<sup>3</sup>

Los métodos anticonceptivos son importantes ya que estos ayudan a la prevención de un embarazo no deseado, que es frecuente en los adolescentes.

En el Perú según el Instituto Nacional de Estadística e Informática, entre los años 1996 y 2012, se incrementó el porcentaje de mujeres cuya primera relación sexual fue antes de cumplir los 15 años de edad, al pasar de 4,6% a 6,0%. <sup>4</sup>

El embarazo en la adolescencia puede tener repercusiones sociales y económicas negativas para las adolescentes, sus familias y sus comunidades. Muchas adolescentes embarazadas se ven obligadas a dejar el colegio. Una adolescente con escasa o ninguna educación tienen menos aptitudes y oportunidades para encontrar un trabajo. Esto puede también tener un costo económico para el país, puesto que se pierden los ingresos anuales que una mujer joven hubiera ganado a lo largo de su vida de no haber tenido un embarazo precoz. <sup>1</sup>

Esta investigación obtuvo estadísticas actuales acerca del nivel de conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en los adolescentes de 4to y 5to de secundaria, ya que ella refleja hasta donde el Ministerio de Salud ha podido brindar a los y las adolescentes, las herramientas necesarias en aspectos de Salud Reproductiva y Planificación Familiar para que puedan manejar y ejercer una sexualidad saludable y segura, y así evitar que se expongan a las consecuencias que el ejercicio de una sexualidad con información incompleta y equívoca les pueda ocasionar.

## **CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN Y LUGAR DE EJECUCIÓN**

Este estudio sigue la línea de investigación de Salud Materna, Perinatal y Neonatal – Planificación Familiar.

El distrito de Chorrillos se encuentra ubicado en el Departamento de Lima, Provincia de Lima, en la Costa Peruana a orillas del Océano Pacífico, a una distancia aproximada de 20 km. del centro de la ciudad de Lima, Capital del Perú, a 43 metros sobre el nivel del mar. Limita por el norte, con el distrito de Barranco; por el noreste, con el distrito de Santiago de Surco; por el este, con el distrito de San Juan de Miraflores; por el sureste, con el distrito de Villa El Salvador; y por el oeste con el Océano Pacífico. La población estimada en Chorrillos al 2014 es de 322066 habitantes, con una relación de 92,6 hombres por cada 100 mujeres. El 10.2% de su población son adolescentes entre 12 y 17 años.

El lugar de ejecución es la Institución Educativa “Andrés A. Cáceres”, está ubicado en Av. 12 de Octubre S/N, Las Delicias de Villa - Chorrillos. Es de gestión pública, de género mixto, comprende los niveles de Inicial, Primaria y Secundaria; su directora en el 2015, año en que se ejecutó esta investigación fue la Lic. María del Pilar Yupanqui Montero. El aula de 4to de Secundaria consta de dos secciones, 4to A con 36 alumnos matriculados y 4to B 31 alumnos. El aula de 5to de Secundaria también

consta de 2 secciones, 5to A con 31 alumnos matriculados y 5to B 26 alumnos; haciendo un total de 124 alumnos.

## **1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Según la OMS unos 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años y aproximadamente 1 millón de menores de 15 años dan a luz cada año, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos. Además las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa de muerte en mujeres de 15 a 19 años en todo el mundo. Cada año, unos 3 millones de mujeres de 15 a 19 años se someten a abortos peligrosos. Los bebés de madres adolescentes se enfrentan a un riesgo considerablemente superior de morir que los nacidos de mujeres de 20 a 24 años. <sup>1</sup>

Actualmente, el uso de anticonceptivos ha aumentado en muchas partes del mundo, especialmente en Asia y América Latina. A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente, de un 54% en 1990 a un 57.4% en 2014. <sup>2</sup>

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en 1994 reconoció que brindar información a los adolescentes es el primer paso para reducir los embarazos en adolescentes y los abortos en condiciones de riesgo, y para facultar a los adolescentes a fin de que tomen decisiones conscientes basadas en información. <sup>3</sup>

Los padres y educadores temen que la educación sexual fomente que los adolescentes tengan relaciones sexuales. Pero las investigaciones demuestran que la educación sexual no apresura la iniciación de la actividad sexual ni la aumenta (UNESCO, 2009). Una revisión de 36 programas de educación sexual en Estados Unidos concluyó que, por ejemplo, cuando se ofrece información sobre abstinencia y métodos

anticonceptivos, los adolescentes no se vuelven más activos sexualmente ni tienen un debut sexual más temprano.<sup>3</sup>

En el Perú según el Instituto Nacional de Estadística e Informática, entre los años 1996 y 2012, se incrementó el porcentaje de mujeres cuya primera relación sexual fue antes de cumplir los 15 años de edad, al pasar de 4,6% a 6,0%.

En el año 1996 el 93,4% de las adolescentes conocían algún método de planificación, en el año 2012 es casi generalizado, alcanzando el 99,8%<sup>4</sup>. Los métodos modernos son los más conocidos en las mujeres en edad fértil, dentro de ellos la inyección y el condón masculino <sup>5</sup>. Cabe aclarar que la palabra "conocer" no significa necesariamente que la adolescente tenga un elevado nivel de información sobre el método, basta con que por lo menos conozca su nombre o tenga una idea de cómo se emplea.

Asimismo, en 1996, el 7,5% de las adolescentes usaba algún método de anticoncepción, incrementándose a 14% en el año 2012. También destaca el incremento al uso de algún método moderno de planificación familiar, de 4,7% a 10,2% entre los años 1996 y 2012. <sup>4</sup>

L. Castro en la investigación "Conocimientos sobre métodos anticonceptivos en adolescentes del 5to año de secundaria de la Institución Educativa Nacional José Cayetano Heredia en Catacaos Piura en el 2014 demostró que el 41.75% no conoce sobre métodos anticonceptivos.<sup>6</sup>

A. Gómez Marín realizó el estudio "Conocimientos, actitudes y prácticas en relación a la sexualidad en adolescentes de una Institución Educativa del distrito de Villa María del Triunfo en el 2011, tuvo como resultado que el 99.6% de los alumnos conoce de la existencia de los métodos anticonceptivos siendo los más conocidos la Píldora, la T de Cobre y el Preservativo. Sin embargo solo el 24.78% sabe que sirven para evitar un embarazo. El 31% de los alumnos ya han tenido actividad sexual. El

56.9% usó algún método anticonceptivo siendo el preservativo el más usado con un 80,5%.<sup>7</sup>

C. Jerónimo y otros investigadores en su estudio “Sexualidad y métodos anticonceptivos en estudiantes de educación secundaria” en Ica en el año 2009. El 90% conoce los métodos anticonceptivos. Y un 76,5% usan condón en sus relaciones sexuales, pero el 47% refiere dificultad en su uso.<sup>8</sup>

El 13,9% de las adolescentes peruanas está embarazada o ya tuvo al menos una hija o hijo. Los mayores porcentajes se presentan en las residentes del área rural (20%), en las que viven en los departamentos de la Selva (24%), en las mujeres con educación primaria (36%) y entre las que se encuentran en el quintil inferior de riqueza (24%).<sup>9</sup>

La primera relación sexual ocurre generalmente -como afirma Rodríguez V. Jorge 2013- sin protección. Cerca de un quinto de adolescentes alguna vez embarazadas (19,0%), usaron el condón masculino en su primera relación sexual, este porcentaje es ligeramente superior en las adolescentes embarazadas por primera vez (20,8%) y menor en las que ya son madres (18,3%).<sup>10</sup>

El Instituto Nacional de Estadística e Informática señala que, en Lima desde el año 2000, los embarazos no deseados en adolescentes aumentaron en 14.6%. Este incremento se debe principalmente a la falta de conocimiento de las diversas opciones anticonceptivas, el poco acceso a la información sexual, la baja oferta de métodos anticonceptivos, el uso inapropiado de los métodos anticonceptivos, entre otros.<sup>11</sup>

En nuestras prácticas en los diferentes Hospitales de Lima, hemos observado a muchas adolescentes embarazadas, que no tienen un elevado nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos. Esto es un problema de salud muy preocupante ya que al tener adolescentes gestando o ya siendo madres de familia, trae consigo el aumento de

complicaciones en el embarazo o en el parto, ocasionando mortalidad materna perinatal. Además al no tener apoyo de sus padres dejan sus estudios, no trabajan por dedicarse al cuidado de sus hijos, ocasionando un problema social y económico al país. Los métodos anticonceptivos ayudan a prevenir los embarazos no deseados en los adolescentes, pero para ello tienen que tener un adecuado nivel de conocimiento sobre la variedad de métodos anticonceptivos que existen y así cuando decidan iniciar su vida sexual tomar la decisión de usarlo basada en conocimientos.

Por todo ello, se planteó esta investigación con la finalidad de obtener las características sociodemográficas, el Nivel de Conocimiento y Uso de Métodos Anticonceptivos en adolescentes de 4to - 5to de secundaria del Colegio "Andrés A. Cáceres", durante el periodo de Setiembre a Noviembre del 2015.

### **1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es el Nivel de Conocimiento y Uso de Métodos Anticonceptivos en adolescentes de 4to y 5to de secundaria del Colegio "Andrés A. Cáceres" Setiembre a Noviembre 2015?

### **1.4. JUSTIFICACIÓN**

El motivo de este estudio fue obtener estadísticas actuales acerca del nivel de conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en los adolescentes, ya que es primordial que ellos conozcan los diferentes métodos que existen y así evitar embarazos no deseados, abortos, muertes maternas, y demás problemas sociales que trae consigo.

El embarazo en la adolescencia puede tener repercusiones sociales y económicas negativas para las adolescentes, sus familias y sus comunidades. Muchas adolescentes que se quedan embarazadas se ven obligadas a dejar la escuela. Una adolescente con escasa o ninguna educación tienen menos aptitudes y oportunidades para encontrar un

trabajo. Esto puede también tener un costo económico para el país, puesto que se pierden los ingresos anuales que una mujer joven hubiera ganado a lo largo de su vida de no haber tenido un embarazo precoz. <sup>1</sup>

Según A. Gómez se concluyó que la mayoría de los adolescentes conocen de la existencia de los métodos, pero el dato resaltante fue de que más del 70% no sabían que sirven para evitar un embarazo.<sup>7</sup> En otro estudio C. Jerónimo y otros investigadores obtuvo como resultados que el 90% conoce los métodos anticonceptivos, el 76,5% de los adolescentes usan condón pero el 47% refiere dificultad en su uso. <sup>9</sup> Por ello es importante que los adolescentes tengan un elevado nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos para cuando decidan usarlos poder hacerlo de manera correcta. Si los adolescentes conocieran más acerca de los diferentes métodos anticonceptivos ayudaría a resolver los problemas sociales que atraviesa nuestro país. Ya que la planificación familiar y los anticonceptivos reducen la necesidad de recurrir al aborto, en especial, al aborto peligroso; previenen la muerte de madres y niños, además de un menor crecimiento de la población y los efectos negativos que este acarrea sobre la economía, medio ambiente y los esfuerzos nacionales por alcanzar el desarrollo. <sup>2</sup>

Este estudio nos ayuda a mejorar las charlas educativas en referencia a educación sexual y Métodos Anticonceptivos, dirigidas a los adolescentes, con el fin de obtener información de calidad; además de trabajar en conjunto con el Centro de Salud Delicias de Villa.

## **1.5. OBJETIVOS**

### **GENERAL**

1. Determinar el nivel de Conocimiento y Uso de Métodos Anticonceptivos en adolescentes de 4to y 5to de secundaria del Colegio “Andrés A. Cáceres” durante el periodo de Setiembre a Noviembre 2015.

## **ESPECÍFICOS**

2. Identificar los factores sociodemográficos de los adolescentes 4to y 5to de secundaria del Colegio “Andrés A. Cáceres” durante el periodo de Setiembre a Noviembre 2015.
3. Determinar el nivel de Conocimiento de Métodos Anticonceptivos en adolescentes de 4to y 5to de secundaria del Colegio “Andrés A. Cáceres” durante el periodo de Setiembre a Noviembre 2015.
4. Determinar el Uso de los métodos anticonceptivos en adolescentes de 4to y 5to de secundaria del Colegio “Andrés A. Cáceres” durante el periodo de Setiembre a Noviembre 2015.
5. Determinar el nivel de conocimiento de Métodos Anticonceptivos según los Factores sociodemográficas en adolescentes de 4to y 5to de secundaria del Colegio “Andrés A. Cáceres” durante el periodo de Setiembre a Noviembre 2015.
6. Determinar el Uso de Métodos Anticonceptivos según los Factores Sociodemográficas en adolescentes de 4to y 5to de secundaria del Colegio “Andrés A. Cáceres” durante el periodo de Setiembre a Noviembre 2015.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1.- ANTECEDENTES**

Vázquez Jiménez A y Suárez Lugo N, en Cuba en el año 2015 realizaron un estudio descriptivo transversal que tuvo como objetivo identificar los factores que influyen en el uso de los métodos anticonceptivos, obtuvieron como resultados que en cuanto al nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos el 57.1% de los adolescentes tuvieron nivel alto, 38,1% nivel medio y 4,8% nivel bajo. El 57,1% de los adolescentes no usan anticonceptivos. En relación con el conocimiento en el grupo de los adolescentes, la mayoría refirió conocer al menos un método, pero esto al parecer no influye en su uso, ya que este grupo de edad es el que menos lo emplea. <sup>12</sup>

Sánchez Reyes L, en su investigación realizada en Ecuador en el año 2015 tuvo como objetivo identificar los principales factores que impiden el uso de anticonceptivos para la prevención del embarazo en los adolescentes atendidas en el H. Provincial Docente Ambato. Se obtuvo como resultados que el 87,4%, refieren conocer sobre los métodos anticonceptivos y su utilidad. Además refieren como principales fuentes de información a los establecimientos educativos con el 70,08%, seguido de los establecimientos de salud y el internet. En cuanto a la relación entre la edad y el uso de anticonceptivos, el 100% de las menores de 14 años afirman no haber usado alguno, entre las de 14 y 16 años el 68,75% dicen no haber usado, y finalmente el grupo de mayor edad comprendido por pacientes entre 17 a 19 años muestra una mayor tendencia al uso de anticonceptivos con un 65,79%.; se corroboró que existe una relación

estadísticamente significativa entre la edad y el uso de anticonceptivos, postulando que mientras mayor es la edad hay mayor uso de anticonceptivos y viceversa. Las que no refieren tener fuentes confiables de información, el 86,61% no ha usado algún anticonceptivo, en cambio las que sí han usado el 57,27% manifiesta haber recibido información de fuentes confiables. Las pacientes que refieren conocer sobre anticonceptivos, el 42,34% refiere no haber usado algún anticonceptivo mientras que un 57,66% refiere que sí, además de las pacientes que no conocen los anticonceptivos el 93,75% refiere no haber usado anticonceptivos.<sup>13</sup>

Sánchez-Meneses M., et al. Realizaron un Estudio observacional, descriptivo y transversal; que tuvo como objetivo identificar el nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un Centro de Salud en México en el año 2014. La muestra fue de 120 adolescentes de 15 a 19 años con vida sexual activa que asistieron a un centro de salud. Sus resultados fueron que el 15% de los adolescentes tienen el nivel de conocimiento alto, el 60% medio y un 23% bajo. Al analizar los resultados de conocimiento, no se obtuvo significancia con el sexo, solo se presentó diferencia con los grupos de edad, pues los mayores obtuvieron mejores resultados. El 97.5% había recibido información de cómo utilizar los métodos anticonceptivos y las fuentes de información más frecuentes fueron los maestros (37.5%), seguido del personal de salud (31.7%). En el momento del estudio el 55 % de los adolescentes usaban algún método anticonceptivo; el método más utilizado fue el condón masculino (65.2%), seguido de los hormonales orales (13.6%).<sup>14</sup>

Cotilla Vargas N., et al. En el año 2013 en Cuba, realizó una investigación cuyo objetivo fue evaluar la efectividad de la intervención educativa en los adolescentes para el uso de los métodos anticonceptivos. Se encontró que el 88% de las adolescentes desconocían el uso correcto de los anticonceptivos, el 49% no tenían información sobre planificación familiar. El 75% nunca habían usado anticonceptivos. Las jóvenes poseían fuentes adecuadas de información, pero tenían conocimientos incorrectos, incompletos y sin base científica.<sup>15</sup>

García Vega E., et al, realizaron un estudio en España en el 2012, cuyo objetivo fue realizar una aproximación a las variables que pueden estar influyendo en el comportamiento sexual de riesgo de los adolescentes y a la posible diferencia de sexos. Los adolescentes encuestados refirieron estar bien o muy bien informados en materia de sexualidad en un 75,9%, encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre el grado de información auto-percibido y la edad, así se observó que el grupo de 15 a 16 años eran los que se consideraba mejor informados, frente a un 17,9% de los de 13 a 14 años. El método elegido para usar en la primera relación sexual fue el preservativo en un 82,8%. Un 10,5% no usó ningún método. El método anticonceptivo usado habitualmente en las relaciones coitales fue el preservativo en un 68,5%, empleando preservativo más anticoncepción hormonal solo un 7,7%. La anticoncepción hormonal solo la empleó un 4%. Un 10% declaró no usar método.<sup>16</sup>

Chelhond-Boustanie E., et al., realizaron un estudio en el año 2012 en Venezuela, el impacto de la educación sexual sobre el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos, el uso de los mismos e inicio de actividad sexual en adolescentes en condición de semilibertad y abandono. En relación al conocimiento sobre anticonceptivos en la primera encuesta, un 61,5% presentaba un nivel regular de conocimiento, un 23,1% buen nivel y 15,4% un nivel deficiente. Los resultados obtenidos en la encuesta posterior a la conferencia, los adolescentes presentaban 53,8% un buen nivel de conocimiento, 30,8% un excelente nivel de conocimiento y solo el 15,4% un nivel de conocimiento regular sobre métodos anticonceptivos. Solo el 44,4% de los adolescentes que han iniciado la práctica sexual han utilizado algún método anticonceptivo.<sup>17</sup>

Rengifo-Reina Herney A., et al. En su investigación realizada en el 2012 el objetivo era Identificar los conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes del municipio de Miranda - Cauca en Colombia. se obtuvo como resultados que el 90,5 % de los adolescentes habían recibido información sobre sexo y embarazo, siendo mayor la proporción en las mujeres 96,1%, hombres 88,5 %. En cuanto a los métodos de planificación familiar 66,5% de los adolescentes expresaron conocerlos. El 76,5% de los adolescentes

consideran importante el uso de métodos de planificación familiar. Las píldoras, las inyecciones anticonceptivas y el condón son los métodos más conocidos. Las mujeres (72,2 %) tienen una mayor información y un mayor conocimiento comparado con los hombres (62,5 %). El 19% de adolescentes usan o han usado algún método de planificación familiar, de estos 69,7% son hombres y el 30,2% son mujeres. Siendo el condón el mecanismo de protección más utilizado. Y el menos usado el método del ritmo. <sup>18</sup>

Carmen Orozco Dávila en su estudio descriptivo correlacional prospectivo, no experimental realizado en el 2011, tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos y su relación con embarazos en adolescentes, encuestó a 120 adolescentes embarazadas o con gestas anteriores atendidas en el SCS Recreo en Ecuador. Tuvo como resultado que el 6 % no tenía conocimiento sobre métodos Anticonceptivo, El 28% ha utilizado anticonceptivos orales, el 24% preservativos, el 21% inyectables, el 19% no ha utilizado ningún método, el 6% Dispositivo intrauterino y el 2% otros como los implantes subdérmicos y Naturales.<sup>19</sup>

Electra González A., et a. realizaron una investigación en Chile en el 2011 cuyo objetivo fue Analizar las características de la educación sexual escolar recibida y su asociación con la edad de inicio sexual y uso de anticonceptivo en adolescentes consultantes en un centro de salud sexual y reproductiva. Se estudiaron a mujeres adolescentes entre 12 y 19 años. Se obtuvo como resultados que el 50,5% reporta haber usado algún tipo de anticoncepción previo ingreso al Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente (CEMERA). El 29,4% conversa temas de sexualidad solo con amigos/as, 34% lo hace con la madre o el padre. El 97% refiere conocer la mayoría de los métodos anticonceptivos y el 84,9% conoce el condón como método más efectivo para la prevención de ITS. En relación a la principal fuente de información sobre métodos anticonceptivos, un 51,6% reporta que fue el colegio y un 18% los padres. <sup>20</sup>

Fernández García B. et al., en Cuba en el 2011 realizaron un estudio cuyo objetivo fue caracterizar la información que tienen sobre anticoncepción y

métodos anticonceptivos un grupo de adolescentes. Se obtuvo como resultados que en la identificación de los métodos anticonceptivos ambos sexos reconocen el condón en un 100%, seguida de las tabletas anticonceptivas y anticonceptivos inyectables en un 97,4 % y 93,5 % respectivamente. Existió un mayor conocimiento por parte del sexo femenino, pero sin diferencias significativas. Las fuentes de información más frecuentes sobre el tema, el 75,6% y 64,1 % de obtuvieron más información sobre métodos anticonceptivos de sus padres y amigos respectivamente. Además el 100 % de los adolescentes conoce la importancia del condón para evitar los embarazos y las ITS. <sup>21</sup>

Moreno Lugo J. y Rangel Bello D. en el 2010 realizaron un estudio descriptivo prospectivo transversal cuyo objetivo fue, determinar el conocimiento sobre métodos anticonceptivos que poseen los estudiantes de 9no de la U.E “Nuestra Señora de Lourdes” en Puerto Ordaz, Estado Bolívar en Venezuela. Los resultados mostraron que el 58,1% de los adolescentes entre 13–14 años, tuvieron un conocimiento excelente, seguido del 39,1% bueno. Mientras en las edades comprendidas entre 15–16 años el 57,6% presentaron un conocimiento bueno, seguido del 42,3% excelente. Además el 54 % del total de los estudiantes tuvieron un conocimiento excelente. Según el sexo se observa que en el sexo femenino el 62,7% tuvieron un conocimiento excelente y el sexo masculino obtuvo un 44,9%. El 51% del sexo masculino obtuvo un conocimiento bueno, mientras que el sexo femenino un 37,3%. En cuanto a la procedencia de información el más predominante es los medios de comunicación tanto para el sexo femenino (45%) como para el masculino (44,8%). Seguido de padres y familiares y la escuela. En el uso de métodos anticonceptivos el 81% de los adolescentes entre 13 – 14 años no utilizan métodos anticonceptivos, el 53,8% de los de 15 – 16 años sí utilizan. Y según el sexo existe un predominio en el sexo femenino que no utilizan métodos anticonceptivos con el 90,2%, seguido del 53,0% del sexo masculino que no utilizan algún método. <sup>22</sup>

Macías Febles M, et al., realizaron un estudio en Cuba en el 2010, cuyo objetivo fue identificar el nivel de conocimiento que estos poseían sobre los métodos anticonceptivos. Sus resultados fueron que en cuanto al nivel de conocimiento, el 47,35% poseían un regular nivel de conocimiento y el 27,43% nivel malo, el

23,47% buen nivel y solo el 1,55% nivel excelente. Los métodos anticonceptivos más conocidos fueron el condón con el 74,14%, seguida de anticonceptivos orales (ACO) con el 48,28 %. El 29,91% de los encuestados plantearon que el condón era el mejor método o el de más eficacia. Los ACO fueron considerados como el segundo método más eficaz con el 22,11%, sobre todo por las mujeres. La vía que aportó más información a los adolescentes sobre los métodos anticonceptivos fue a través de los padres, estuvo presente la madre en el 41,57% de las adolescentes y el padre en el 35,87% en los adolescentes, le siguió los amigos y los profesores. <sup>23</sup>

Gil Hernández A., et al., en su estudio realizado en Cuba en el 2008, tuvo como objetivo elevar el nivel de conocimientos sobre los métodos anticonceptivos en un grupo de adolescentes a través de una intervención educativa. Sus resultados fueron que las fuentes de información de los adolescentes por medio de los profesores fue de 51.2 %, a través de los medios de difusión masiva 22.2 % y por el personal de salud 16.2 %, finalmente el 10% refirieron conocer sobre los métodos anticonceptivos a través de sus padres. En relación al nivel de conocimiento que tenían los adolescentes sobre la finalidad del empleo de los métodos anticonceptivos; antes de la intervención el 21,3 % poseía un conocimiento adecuado y el 78.7 % inadecuado. Luego de la intervención el 95% tenía un nivel de conocimiento adecuado. <sup>24</sup>

Fernández-Honorio I., en su investigación realizada en Perú en el 2015, cuyo objetivo fue Determinar la relación del nivel de conocimiento, el uso de los métodos anticonceptivos (MAC) y el anticonceptivo oral de emergencia en adolescentes del distrito de San Juan de Lurigancho. Sus resultados fueron que el 92.7 %, no conocen los métodos anticonceptivo. En relación al uso de los métodos anticonceptivos en la primera relación sexual, si usaron en un 50 %, y en la última relación sexual usaron el 64%. El 58 % usa algún método de vez en cuando, seguido del 26 % que lo usa siempre y el 16 % nunca lo usa. El conocimiento en relación al uso de los métodos, los que tienen nivel medio usan en un 65,6%, seguido del nivel bajo con el 18,4 % y el nivel alto el 16,0 %. La mayoría del sexo femenino se encontró que tienen un conocimiento medio con un 35%, y En el sexo masculino la mayoría tienen un conocimiento medio con el

30%. El nivel de conocimiento según edad se encontró que de los estudiantes de 14 a 16 años, el 50,8 % tiene un nivel de conocimiento medio, y el 13,7 % tiene un conocimiento bajo, y 8,1 un conocimiento alto. Y entre los 17 a 18 años, de ello el 13,7 % tiene un nivel de conocimiento medio, el 8,1 % un conocimiento alto, y el 4,8 % un conocimiento bajo. Finalmente, el 0,8 % se ubica en más de 19 años, con un nivel de conocimiento medio.<sup>25</sup>

Moras Rosado M., realizó una investigación en Perú, cuyo objetivo fue Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos en las pacientes de puerperio del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en enero del 2015. Sus resultados fueron que el nivel de conocimiento en las adolescentes fue de 21.8% deficiente, seguido de 6.4% regular y 1.3% bueno. En cuanto a la relación entre el conocimiento acerca de los métodos anticonceptivos y la elección y consiguiente uso de uno, se observó, mediante el uso de la prueba estadística chi cuadrado, que no hay una relación directa entre ambas variables, ya que de toda la población encuestada, la mayoría presentaba un nivel de conocimiento "Deficiente", a pesar de esto la mayoría de estas pacientes se decidieron por un método anticonceptivo, lo que suena contradictorio ya que los conocimientos son los que ayudan a tomar decisiones y a realizar elecciones.<sup>26</sup>

Díaz Delgado E. en su estudio realizado en Perú de tipo descriptivo de corte transversal, tuvo como objetivo determinar el grado de asociación entre el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos con los factores sociodemográficos en estudiantes adolescentes del 5to año de secundaria de la Institución Educativa Nacional Nicolás La Torre en 2014. Se obtuvo como resultados que del total de estudiantes el 58.4% tuvieron nivel de conocimiento elevado, el 32% nivel medio, y el 9.6% tuvo nivel bajo. En cuanto a la relación de nivel de conocimiento y sexo, en el nivel elevado predominó el sexo femenino, y en el nivel bajo el sexo masculino. Según la religión, en el nivel elevado la mayoría era católico y en el nivel bajo predominó los de otras religiones. Además en el nivel elevado predominó la familia de tipo nuclear. Con respecto a la fuente de información predominaron el colegio y amigo (a).<sup>27</sup>

Castro Ñopo L. realizó en el 2014 una investigación de tipo descriptiva que tuvo como objetivo general Determinar el nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos en los adolescentes del 5to año de sec. De la I.E José Cayetano Heredia, Catacaos – Piura. Se encuestaron a adolescentes de 15 a 18 años. Obteniéndose como resultados que la mayoría era de 16 años (51.46%), siendo la mayoría varones (76.70%), solteros (100%), católicos (83.50%). Además el 41.75% de los encuestados tiene un nivel de conocimientos deficiente y solo el 15.53% tiene un nivel de conocimiento bueno. Respecto a las características sexuales refirió tener enamorado/a el 43.69%, y solo el 12.62% manifestó haber iniciado las relaciones coitales. En cuanto a las fuentes de información de los métodos anticonceptivos predominó el 50.49% Profesional de Salud como mejor fuente de información. <sup>6</sup>

Rojas Carranza H., et al. Realizaron un estudio en Perú que tuvo como objetivo Establecer la relación existente entre el conocimiento y las actitudes respecto a la sexualidad en los estudiantes de la Facultad de Ciencias Sociales, en Huacho 2014. Se trabajó con estudiantes de 16 a 18 años de edad, Se obtuvo como resultados que el nivel de conocimiento de los estudiantes respecto a la sexualidad por dimensiones; anatomía y fisiología, ciclo de respuesta sexual, prevención de ITS, VIH/SIDA y métodos anticonceptivos en su mayoría es alto, 96%, el 4% medio y ninguno bajo. Las actitudes respecto a la sexualidad en su mayoría es favorable, 94%, el 6% indiferentes y ninguno desfavorable. Al relacionar el nivel de conocimientos y las actitudes respecto a la sexualidad se concluyó que hay evidencias suficientes para afirmar que el nivel de conocimiento se relaciona significativamente con las actitudes respecto a la sexualidad en los estudiantes. <sup>28</sup>

Navarro Álvarez M. y López Vásquez A. realizaron una investigación descriptiva de cohorte transversal cuyo objetivo fue Determinar el nivel de conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de la Urbanización “Las Palmeras” del distrito de Morales Periodo Junio-setiembre 2012 en Tarapoto. Se realizó en adolescentes de 14 a 19 años. Los resultados abordados fueron el 54.7% inició sus actividades sexuales entre las edades de 12 – 15 años. Asimismo, el 70.9% tienen un alto nivel de conocimiento sobre sexualidad (Anatomía y Fisiología

Sexual y Reproductiva, ciclo de Respuesta Sexual Humana, mencionan las medidas correctas de prevención de ITS/VIH/SIDA; Metodología Anticonceptiva), y 22.8% con nivel de conocimiento medio. Sobre los métodos anticonceptivos, el 56.6% tiene nivel de conocimientos alto, el 26.6% nivel medio, y 22.8% tienen nivel bajo.<sup>29</sup>

Castillo Jiménez, J.; Solís Villanueva, N Realizaron una investigación en Perú cuyo objetivo era describir los conocimientos y actitudes sexuales en los adolescentes de 14 a 19 años del A.H 9 de Octubre, sector VI del distrito de Pariñas provincia de Talara. Tuvo como resultados que el 79% de la muestra no conoce los métodos anticonceptivos. Además existe un 41,18 % de los adolescentes que desconoce que el preservativo es un método de planificación familiar; asimismo, el 35,29% no sabe que el método de abstinencia sexual consiste en no tener relaciones coitales durante los días fértiles de la mujer. Por otro lado, el 34.12% desconoce que el preservativo, el diafragma, las píldoras, los inyectables y el DIU son anticonceptivos para regular la fecundidad; además, el 32.94% no sabe que los preservativos, diafragmas y espermicidas forman parte de los métodos de barrera.<sup>30</sup>

Del Rosario Moscol, M., et al. Realizaron un estudio en Perú cuyo objetivo fue describir los conocimientos y actitudes de los adolescentes entre los 14 y19 años de edad del Caserío el Papayo- Sector Alto-Castilla, durante el año 2012. Se obtuvo como resultados que el grupo etéreo que predominó fue 14 a 16 años (58,7%), 51,3% es de género femenino; el 96.0% de adolescentes son solteros; el 91.3% profesan la religión católica, y el 68.7% son estudiantes. Además el 93.3% desconoce a los métodos anticonceptivos como prevención del embarazo.<sup>31</sup>

Maguiña Reyes Y. y Solís Villanueva N., realizaron un estudio en Perú, que tuvo como objetivo describir los conocimientos y actitudes frente a la sexualidad en los adolescentes de la urbanización Buenos Aires del distrito de Nuevo Chimbote en el 2012. Sus resultados fueron que los adolescentes conocen en un 58.7% a los métodos anticonceptivos como prevención del embarazo. Los métodos anticonceptivos más importante (93 %) para los participantes son el preservativo,

la píldora, los inyectables y el DIU, un 86.3 % conoce los métodos anticonceptivos hormonales como la píldora, los inyectables y el implante subdérmico, seguido de un 80 % que conoce los métodos anticonceptivos de barrera como el preservativo, los diafragmas y los espermicidas; además, un 87.5 % reconoce la píldora, los inyectables y el DIU como métodos anticonceptivos. Sin embargo, aún existe un amplio desconocimiento (36.3 %) en la dimensión del método del calendario, seguida de (30 %) que no saben que existen métodos anticonceptivos naturales y artificiales.<sup>32</sup>

Matienzo Delgado, M. Y Solís Villanueva N., realizaron un estudio en Perú que tuvo como objetivo describir los conocimientos y actitudes sexuales de los adolescentes de 14 a 19 años de las comunidades Luis Felipe de las Casas, California y San Diego del distrito de Nuevo Chimbote durante el 2012. Sus resultados fueron que 72 % desconocen que una mujer puede quedar embarazada a la mitad de su ciclo menstrual; Además un 77% desconocen a los métodos anticonceptivos como prevención del embarazo.<sup>33</sup>

Gómez Marín A. en el 2011 realizó un Estudio descriptivo, observacional, transversal y prospectivo, cuyo objetivo era Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas en relación a la sexualidad que tienen los adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Técnica Perú BIRF “República del Ecuador” del distrito de Villa María del Triunfo. Se obtuvo como resultados que el 99.10% ha recibido algún tipo de información en educación sexual siendo la fuente más mencionada los profesores 81.86%; El 99.6% de los alumnos conoce de la existencia de los métodos anticonceptivos siendo los más conocidos la Píldora 93.81%, la T de Cobre 89.38% y el Preservativo 87.61%. Sin embargo solo el 24.78% sabe que sirven para evitar un embarazo. El 19.5% sabe que el embarazo ocurre durante la mitad del ciclo menstrual femenino. El 56.9% usó algún método anticonceptivo en su primera relación sexual, siendo el preservativo 80,5% el más usado. El 90.9% usan algún método anticonceptivo, siendo el más usado el preservativo 70%.<sup>7</sup>

Albornoz Tafur I., en el 2006 realizó un estudio descriptivo de corte transversal que tuvo como objetivo Determinar los conocimientos sobre métodos

anticonceptivos que tienen los estudiantes de enfermería del primer año de a UNMSM y determinar las actitudes que tienen los estudiantes de enfermería hacia el uso de métodos anticonceptivos. Se llegó a las siguientes conclusiones: el 23.3% tuvieron conocimiento alto sobre los métodos anticonceptivos, el 55% conocimiento medio, y el 21.7% conocimiento bajo, el 43.3% una actitud de aceptación hacia los métodos anticonceptivos, el 25% actitud de rechazo, el 31.7% actitud de indiferencia.<sup>34</sup>

Jerónimo Maturana C. et al. En su investigación realizada en el 2002, tuvo como objetivo Evaluar las características del conocimiento, actitud y práctica sobre sexualidad y métodos anticonceptivos en estudiantes del cuarto y quinto año de educación secundaria del cercado de Ica. El estudio arrojó los siguientes resultados el 47,6% de los estudiantes señaló que la persona con quien habla de sexo eran los padres. 34,6% señaló que la fuente de información primaria sobre sexualidad era la madre y el 28.6% el profesor. El 72,2% perciben que su conocimiento sobre sexualidad es regular; el 90% conoce los métodos anticonceptivos. El 93,5% está predispuesto a usarlos en una relación sexual, siendo el condón el método que más se usaría (62,4%). El 27% refirieron haber tenido relaciones coitales, de ellos un 76,5% usan condón en sus relaciones sexuales, 47% refiere dificultad en su uso.<sup>8</sup>

## **2.2.- BASES TEÓRICAS**

### **2.2.1.- CONOCIMIENTO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS**

El conocimiento es definido como diferentes puntos de vista; en pedagogía el conocimiento es denominado como el tipo de experiencia que contiene una representación de un suceso o hecho ya vivido.

Según Mario Bunge el conocimiento es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vago e inexacto, clasificándolo en:

- a) Conocimiento Científico el cual es racional, analítico, sistemático, verificable a través de la experiencia.
- b) Conocimiento Vulgar es vago, inexacto limitado por la observación.

Según Manuel Kant en su “Teoría de conocimientos”, refiere que el conocimiento está determinada por la intuición sensible y los conceptos distinguiéndose dos tipos de conocimientos:

- c) Conocimiento puro o priori que se desarrolla antes de la experiencia y el
- d) Conocimiento empírico elaborado después de la experiencia.

Por todo aquello se puede considerar que el conocimiento es la adquisición de conceptos, conjunto de ideas, siendo importante considerar que es adquirido por una educación formal e informal es decir todos tenemos conocimientos, el cual puede ser vago o inexacto pero que se vuelve racional o verificable a través de la experiencia, por medio formal o informal mediante el ejercicio intelectual. <sup>34</sup>

En este trabajo de investigación será evaluado mediante la escala de:

Elevado: 13 – 16 puntos

Medio: 6 – 12 puntos

Bajo: 0 – 5 puntos

### **2.2.2.- USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS**

Uso proviene del latín *usus*, hace referencia a la acción y efecto de usar. Al Ejercicio o práctica general de algo, al empleo continuado y habitual de alguien o algo. <sup>35</sup> Por ello uso de métodos anticonceptivos se refiere al empleo de los métodos anticonceptivo.

### **2.2.3.- ADOLESCENTE**

Nos referimos a la etapa de la adolescencia, a la caracterizada por el intenso cambio físico, psicológico y social, inicia con la pubertad, entre los 10 y 12 años, se consolida entre los 13 y 14 años y culmina aproximadamente a los 19 años, con la obtención de las características físicas, biológicas y psicológicas de la juventud y la asunción de deberes y responsabilidades sociales y legales de esta etapa. Durante de estos años cada persona, a partir de sus experiencias en la infancia y el entorno social en que se desarrolla, empieza un proceso de individuación y socialización secundaria, marcado por la transformación de sus cuerpos, la obtención paulatina de su capacidad sexual y reproductiva, la construcción de una identidad es un imperativo para ellos. Por ello invierten su tiempo en la búsqueda intensa de figuras identificatorias fuera del marco del

hogar y las referencias familiares y en elaborar nuevas explicaciones del sentido de la vida.

La exploración del mundo, la centrabilidad del grupo de amigos que construyen y con los cuales comparten estos difíciles procesos, los cambios constantes de humor, sentimientos y percepciones, los cambios en las relaciones con su familia inmediata, el enamoramiento, erotismo, y el descubrimiento de sus capacidades y necesidades sexuales, la necesidad de encontrar su lugar en el mundo, constituyen características importantes en esta etapa. <sup>36</sup>

Según la OMS y el MINSA se considera adolescente desde los 10 a 19 años <sup>37,38</sup>. Es la etapa de transición entre la niñez y la adultez. <sup>39</sup>

La adolescencia constituye uno de los períodos más intensos de cambios físicos, psicológicos y sociales de la vida de una persona. Se inicia con los cambios biológicos y físicos de la pubertad, etapa en la que se modifica de manera especial el sistema reproductor, el sistema de respuesta sexual y la manera en que los jóvenes se perciben a sí mismos y a los demás. El cuerpo crece, aumenta su resistencia y se producen en él cambios que agudizan las diferencias entre los sexos; la capacidad para el pensamiento abstracto y la empatía pasan a primer término; y surgen nuevas relaciones sociales entre los jóvenes, así como entre jóvenes y adultos dentro y fuera de la familia. Esas nuevas posibilidades de desarrollo dan origen a un nuevo comportamiento, que varía no sólo en razón del sexo y el nivel de madurez física, psicológica y social del individuo, sino también del entorno social, cultural, político, físico y psicosocial. Lo que hagan en esa época les afectará durante toda la vida y tendrá consecuencias para sus vástagos.

En términos de grupo etéreo y para efectos de la planificación de acciones, esta etapa se ubica entre los 10 y 19 años, reconociéndose dos subetapas claramente diferenciadas: de 10 a 14 años la adolescencia temprana y de 15 a 19 años la adolescencia propiamente dicha. Estas dos subetapas marcan dinámicas, necesidades y capacidades diferenciadas, frente a las que el Estado debe tener también una oferta diferenciada. <sup>36</sup>

#### **2.2.4.- MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS**

## **A) Definición**

Método proviene Del latín *methōdus*, quiere Modo de decir o hacer con orden, de obrar o proceder, hábito o costumbre que cada uno tiene y observa <sup>42</sup>. Anticonceptivo adj. Dicho de un medio, de una práctica o de un agente: Que evita la preñez. <sup>41</sup>

Un método anticonceptivo es cualquier acto, dispositivo o medicación para impedir una concepción o un embarazo viable <sup>42</sup>. También es llamado anticoncepción o contracepción. Se usa en vistas del control de la natalidad <sup>43</sup>. La planificación, provisión y uso de métodos anticonceptivos es llamado planificación familiar <sup>44</sup>. Los métodos anticonceptivos se han utilizado desde tiempos antiguos, pero aquellos eficaces y seguros no estuvieron disponibles hasta el siglo XX. Algunas culturas restringen o desalientan el acceso al control de la natalidad, ya que consideran que es moral, religiosa o políticamente indeseable.

El uso de los métodos anticonceptivos es la manera de prevenir embarazos e incluso enfermedades de transmisión sexual en una pareja como es en el caso del preservativo. Dentro de su proceso debe por lo tanto tener un doble componente: el educativo con el fin de llevar a todo nivel, en forma oportuna, la mejor información para que cada quien este en capacidad de tomar una determinación basadas en sus preferencias, necesidades y posibilidades. <sup>34</sup>

La elección de un anticonceptivo depende de muchos factores, entre ellos la edad, la salud, el deseo del compañero o compañera de participar en la planificación familiar, el comportamiento sexual de la pareja y un examen cuidadoso de las ventajas y contraindicaciones que implica usar un método de contracepción.

Por todo ello se debe brindar educación sexual a los jóvenes y adolescentes a fin que ellos y ellas retarden el inicio de la primera relación sexual y cuando se inicien sexualmente lo hagan ejerciendo su sexualidad responsablemente.

## **B) Tipos De Métodos Anticonceptivos**

Para los tipos de métodos anticonceptivos, se usó como referencia la “Norma Técnica de Planificación Familiar” aprobada por *Resolución Ministerial N° 652-*

2016, el 31 de Agosto del 2016, adjuntada en Anexos (Anexo N°3) quien los divide en:

- Abstinencia Periódica: que incluye al Método Del Ritmo, Método Del Moco Cervical, Método De Los Días Fijos O Del Collar.
- Método De Lactancia Materna Y Amenorrea (MELA)
- Métodos De Barrera: El Condón y Espermicidas
- Hormonales: Que se dividen en Combinados (Anticonceptivos Orales Combinados, Inyectable combinado, Parche Hormonal Combinado, Anillo Hormonal Combinado) y Sólo de Progestina (Píldoras sólo de progestágenos, inyectable sólo de progestina, implante sólo progestina).
- Dispositivos Intrauterinos (DIU): Dispositivo Intrauterino Liberador De Cobre y Dispositivo Intrauterino Liberador De Progestágeno.
- Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria: Femenina y Masculina
- Anticoncepción De Emergencia. <sup>45</sup>

## **CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES**

### **3.1. HIPÓTESIS**

#### **GENERAL:**

H<sub>1G</sub>: A elevado nivel de Conocimiento, mayor uso significativo de métodos anticonceptivos en los adolescentes de 4to y 5to de secundaria del Colegio “Andrés A. Cáceres” durante el periodo de Setiembre a Noviembre 2015.

H<sub>0G</sub>: A elevado nivel de Conocimiento, no hay mayor uso significativo de métodos anticonceptivos en los adolescentes de 4to - 5to de secundaria del Colegio “Andrés A. Cáceres” durante el periodo de Setiembre a Noviembre 2015.

#### **ESPECÍFICAS:**

H<sub>1E1</sub>: Existe asociación significativa entre el nivel de Conocimiento de los métodos anticonceptivos y el año de estudios de los adolescentes del Colegio “Andrés A. Cáceres” durante el periodo de Setiembre a Noviembre 2015.

H<sub>1E2</sub>: Existe asociación significativa entre el uso de métodos anticonceptivos y el año de estudios de los adolescentes del Colegio “Andrés A. Cáceres” durante el periodo de Setiembre a Noviembre 2015.

H1<sub>E3</sub>: Existe asociación significativa entre el nivel de Conocimiento de los métodos anticonceptivos y los factores sociodemográficos de los adolescentes del Colegio “Andrés A. Cáceres” durante el periodo de Setiembre a Noviembre 2015.

H1<sub>E4</sub>: Existe asociación significativa entre el uso de métodos anticonceptivos y los factores sociodemográficos de los adolescentes del Colegio “Andrés A. Cáceres” durante el periodo de Setiembre a Noviembre 2015.

### **3.2. VARIABLES**

En este estudio se utilizaron las siguientes variables:

#### VARIABLE INDEPENDIENTE

Año de Estudios: Cualitativa, Dicotómica

Edad: Cuantitativa, Politómica

Sexo: Cualitativa, Dicotómica

Religión: Cualitativa, Politómica

Tipo de Familia: Cualitativa, Politómica

Fuente de Información: Cualitativa, Politómica

Método Anticonceptivo que usa: Cualitativa, Politómica

#### VARIABLE DEPENDIENTE

Nivel de Conocimiento de Métodos Anticonceptivos: Cualitativa, Politómica

Uso de Métodos Anticonceptivos: Cualitativa, Dicotómica

## **CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA**

### **4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN:**

Esta investigación se enmarca dentro del enfoque no experimental u observacional; se considera así por el comportamiento de las variables ya que no hay manipulación de ellas y se recolectaron datos en un solo momento, en un tiempo único. El tipo de investigación es descriptivo, porque se trabaja sobre la realidad de los hechos. Es transversal porque se estudian las variables simultáneamente en un momento determinado.

Es por todo ello que es un Estudio Observacional Transversal descriptivo.

### **4.2. POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población estuvo conformada por todos los alumnos del cuarto y quinto año de secundaria del Colegio “Andrés A. Cáceres”, que equivale a 124 adolescentes.

Para calcular el tamaño de la muestra adecuada y válida en este Estudio se utilizó la fórmula de muestreo:

$$n = \frac{(N) (Z^2) (p) (1-p)}{(N-1)(e^2) + (Z^2) (p) (1-p)}$$

Y se utilizó el Software del IMIM (Calculadora del tamaño Muestral GRANMO), en el cual la estimación poblacional se encuentra que:

Z<sup>2</sup>: El nivel de confianza es de un 95% (0.95)

N: La población de referencia se realiza tomando como base el número de adolescentes de 4to y 5to de secundaria del Colegio “Andrés A. Cáceres” del distrito de Chorrillos – Lima: 124

P: La estimación de la proporción en la población será la prevalencia adolescentes en chorrillos – lima: 10,2% (0.102)

E<sup>2</sup>: La precisión de la estimación para el nivel de confianza seleccionado es de un 5% (0.05).

La proporción estimada de reposiciones necesarias es 0.

Una muestra aleatoria de 64 individuos era suficiente para estimar, con una confianza del 95% y una precisión de +/-5 unidades porcentuales, un porcentaje poblacional que previsiblemente será de alrededor del 10.2%. En porcentaje de reposiciones necesaria se ha previsto que será del 0%.

En esta investigación se utilizó el tipo de muestreo No probabilístico Por conveniencia. Se decidió trabajar con 99 adolescentes, ya que fueron la totalidad de los que contaron con los criterios de inclusión y aceptaron su participación en este trabajo de investigación.

La unidad de análisis es un adolescente de 4to y 5to de secundaria del Colegio “Andrés A. Cáceres” del distrito de Chorrillos – Lima.

#### **Criterios de Inclusión:**

- Adolescentes matriculados en 4to y 5to de secundaria del Colegio “Andrés A. Cáceres” de Delicias de Villa – Chorrillos en el año 2015.
- Adolescentes que aceptaron participar del estudio.
- Adolescentes que asistieron el día de la encuesta a su Centro educativo.

#### **Criterios de Exclusión:**

- Adolescentes que no se encontraban en el aula al momento de la encuesta.

- Adolescentes que no completaron la encuesta.

De los 124 alumnos matriculados el día que se realizó la encuesta, en el aula de 4to A no se encontraban 3 alumnos, 5 no completaron la encuesta; En 4to B 2 no aceptaron participar del estudio, 2 no se encontraban en el aula, y 4 no completaron la encuesta. En 5to A 1 alumno no se encontraba en el aula, 1 no aceptó participar, y 3 no completaron la encuesta; en 5to B no se encontraban 2 alumnos, y 2 no completaron la encuesta. Con lo cual observamos que en todas las aulas siempre hubo ausencia de alumnado, además de la poca colaboración y seriedad que presentaron algunos de los adolescentes en el llenado de la encuesta.

Por todo ello se trabajó en esta investigación con 99 adolescentes que participaron libremente, con mucha seriedad y colaboración.

#### **4.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS**

Antes de la ejecución de este trabajo de investigación, se solicitó la autorización de la Directora del Colegio “Andrés A. Cáceres” la Lic. Maria del Pilar Yupanqui Montero, para poder realizar el estudio en dicha Institución Educativa.

Una vez obtenida la autorización, se acudió a las aulas y a cada adolescente de 4to y 5to de secundaria, se les explicó acerca del tema de investigación, los objetivos de este estudio, la conservación de la confidencialidad de los datos solicitados y lo que se hará con los resultados obtenidos. Luego se les preguntó a cada adolescente sobre su deseo en la participación del estudio, a los que aceptaron se les entregó el cuestionario para que sea auto aplicada, y si tenían alguna duda se les explicó de tal manera que puedan resolver el cuestionario.

Todos los adolescentes del Colegio “Andrés A. Cáceres” que participaron de este estudio lo hicieron de forma voluntaria.

La técnica de recolección de datos de la presente investigación fue la Encuesta y el instrumento que se utilizó para los Factores sociodemográficos

y Uso de los Métodos Anticonceptivos fue la ficha de recolección de datos, para determinar el Nivel de conocimiento, se utilizó el cuestionario elaborado por Díaz Delgado E. <sup>27</sup> en su trabajo de investigación “Nivel De Conocimiento Sobre Métodos Anticonceptivos Y Factores Sociodemográficos en Adolescentes Del Colegio Nacional Nicolás La Torre, 2014”, este fue evaluado por un profesional de la salud quien identificó la correspondencia de los ítems “Factores sociodemográficos” y “Nivel de Conocimiento de Métodos Anticonceptivos”, su confiabilidad fue evaluada mediante el método de Alfa de Cronbach, con un valor de 0.79 con lo que la prueba alcanza una confiabilidad aceptable.

Entonces dicho instrumento, que constaba de 20 preguntas mixtas, sencillas y comprensibles, estuvo dividido en tres partes:

- I.- Factores sociodemográficos, que constan de la pregunta 1 a la 5.
- II.- Nivel de Conocimiento sobre métodos anticonceptivos, de la pregunta 6 a la 18.
- III.- Uso de Métodos Anticonceptivos, las preguntas 19 y 20.

Cabe resaltar que no se dejó en blanco ninguna pregunta.

Si el adolescente obtenía de 0 a 5 puntos se le consideró como Nivel bajo de conocimiento, si tuvo de 6 a 12 puntos de Nivel Medio, y de 13 a 18 puntos de Nivel Elevado.

Dicho cuestionario se aplicó durante 4 días programados en las clases de tutoría de cada aula en el mes de octubre del 2015.

Procedimientos para garantizar aspectos éticos en la investigación:

El estudio no implicó riesgo ni daño para los adolescentes debido a que la investigación tuvo como instrumento de estudio los cuestionarios desarrollados por estos mismos. Estos cuestionarios fueron revisados exclusivamente con fines de investigación y la información obtenida fue de carácter confidencial no revelando la identidad u otra información personal del adolescente.

Según el Principio de autonomía a los participantes que estuvieron incluidos en este estudio fueron previamente informados sobre el estudio, y pudieron decidir de forma voluntaria a participar en el estudio

Y según el Principio de No Maleficencia, Durante el proceso de la investigación no se produjo algún tipo de daño sobre la información recolectada de los participantes, por ello se conservó la confidencialidad de toda la información obtenida, y para mayor seguridad y cumplimiento con este principio cada instrumento fue anónimo.

#### **4.4. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

Para el análisis de datos, se tuvo en cuenta el tipo de variable, unidad de medición dimensión y escala.

La selección de los adolescentes evaluados fue mediante los que los criterios de inclusión. A cada adolescente que aceptó participar del estudio, se le entregó un cuestionario para ser llenado en forma anónima, bajo la supervisión de la investigadora.

En cuanto a la Técnica para el procesamiento de la información Se utilizó el cuestionario aplicado a los adolescentes 4to y 5to de secundaria del Colegio “Andrés A. Cáceres”, de los cuales se recabó la información necesaria para lograr el objetivo de esta investigación. Concluida la recolección de los datos, se elaboró la tabla matriz a fin de tener una vista panorámica de los datos. Para la medición y el análisis de los datos que se obtuvieron, se utilizó el programa estadístico SPSS versión 22 con el cual se realizaron los análisis descriptivos que correspondieron a dicha investigación, realizándose luego un análisis multivariado del estudio en cuestión. Además se utilizará la razón de momios (RM), Razón de oportunidades o razón de probabilidades conocido también como *odds ratio* y así poder valorar la asociación entre las variables dependientes e independientes, con un Intervalo de confianza de 95%. Asimismo, para resolver el principal objetivo de la investigación se utilizó la prueba estadística del Chi cuadrado.

Se realizó la transcripción de datos de los cuestionarios a la hoja de cálculo de Microsoft Excel 2013. Posteriormente los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS 22.

Se obtuvieron las frecuencias de las principales variables determinadas en los participantes encuestados. Las variables “Factores Sociodemográficos”, “Nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos” y “Uso de métodos anticonceptivos” se describieron a través de frecuencias y porcentajes encontrados. Todos los resultados fueron representados mediante tablas y gráficas estadísticas.

## CAPÍTULO V: RESULTADOS

### 5.1. RESULTADOS

En este capítulo se desarrolla los resultados obtenidos en las encuestas realizadas a 99 adolescentes.

Según mi **objetivo 2**: Identificar los Factores Sociodemográficos de Los Adolescentes de 4to y 5to de Secundaria del Colegio “Andrés A. Cáceres” durante el periodo de Setiembre a Noviembre 2015.

Tabla N°1: Factores sociodemográficos de los adolescentes

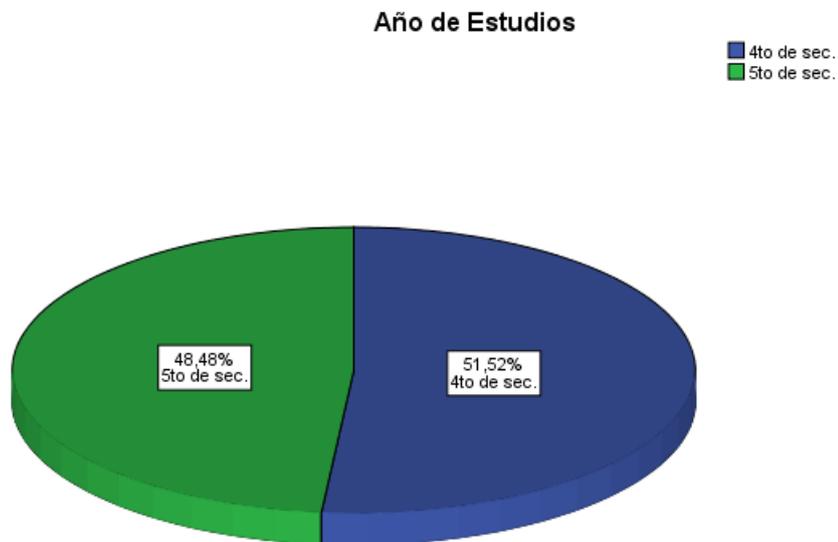
		Frecuencia	%
<b>AÑO DE ESTUDIOS</b>			
	<i>4to de sec.</i>	51	51,5
	<i>5to de sec.</i>	48	48,5
<b>EDAD</b>			
	N	99	
	Media	16.08	
	Mediana	16.00	
	Moda	16	
	Desviación Estándar	0,976	
	Mínimo	14	
	Máximo	19	

	<i>15 años</i>	25	25,3
	<i>16 años</i>	40	40,4
	<i>17 años</i>	24	24,2
	<i>18 años</i>	6	6,1
	<i>otros</i>	4	4,0
<b>SEXO</b>			
	<i>Femenino</i>	49	49,5
	<i>Masculino</i>	50	50,5
<b>RELIGIÓN</b>			
	<i>Católica</i>	54	54,5
	<i>Evangélica</i>	12	12,1
	<i>Otra</i>	33	33,3
<b>TIPO DE FAMILIA</b>			
	<i>Familia Nuclear</i>	45	45,5
	<i>Familia Monoparental</i>	15	15,2
	<i>Familia Extendida</i>	39	39,4
<b>FUENTE DE INFORMACIÓN</b>			
	<i>Padres</i>	19	19,2
	<i>Colegio</i>	56	56,6
	<i>Internet</i>	7	7,1
	<i>Amigo (a)</i>	1	1,0
	<i>Médico</i>	7	7,1
	<i>Otros</i>	2	2,0
	<i>No ha recibido</i>	7	7,1

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

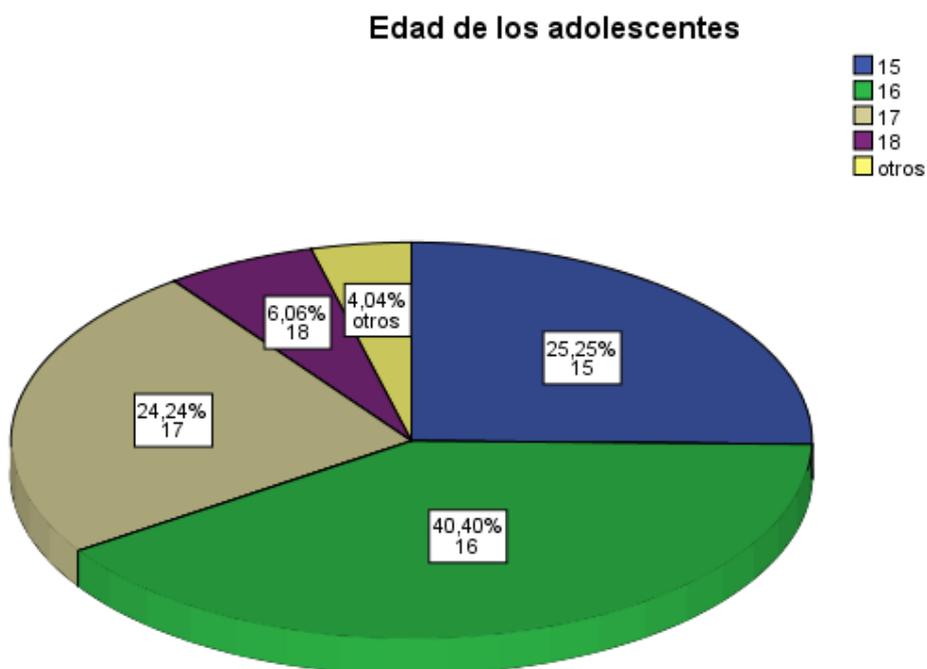
De la totalidad de encuestados, la mayoría cursaba el 4to de secundaria con un 51.5%. La edad promedio era de 16 años, en un rango de 14 a 19 años. El mayor porcentaje de los encuestados era de sexo masculino (50.5%), la religión predominante fue la católica con un 54.5%. La mayoría de los encuestados provenían de una familia nuclear propiamente dicha con un 45.5%, y solo un 15% de familia monoparental. En cuanto a la fuente de información sobre métodos anticonceptivos se obtuvo que el mayor porcentaje fue el colegio

(56.6%) seguido de los padres (19.2%). Sólo un 7.1% refería no haber recibido ninguna información.



Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Gráfica N°1: Año de estudios al que pertenecen los adolescentes

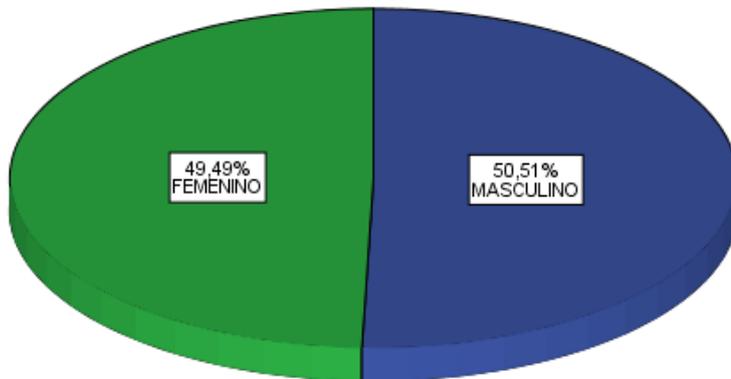


Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Gráfica N°2: Edad de los Adolescentes

### Sexo

MASculINO  
FEMENINO

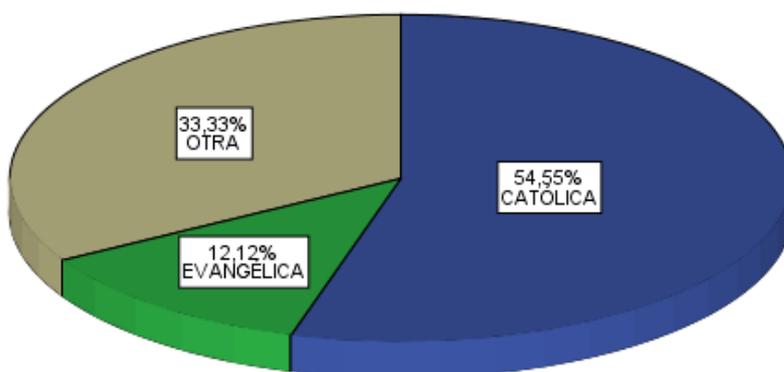


Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Gráfica N°3: Distribución de sexo en los adolescentes

### Religión

CATÓLICA  
EVANGÉLICA  
OTRA

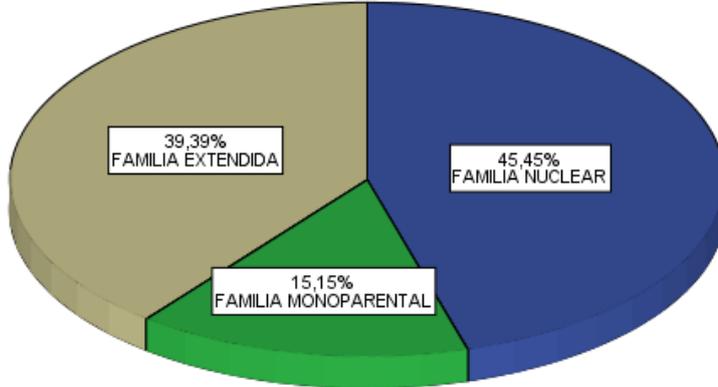


Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Gráfica N°4: Religión de los adolescentes

### Tipo de Familia

- FAMILIA NUCLEAR
- FAMILIA MONOPARENTAL
- FAMILIA EXTENDIDA

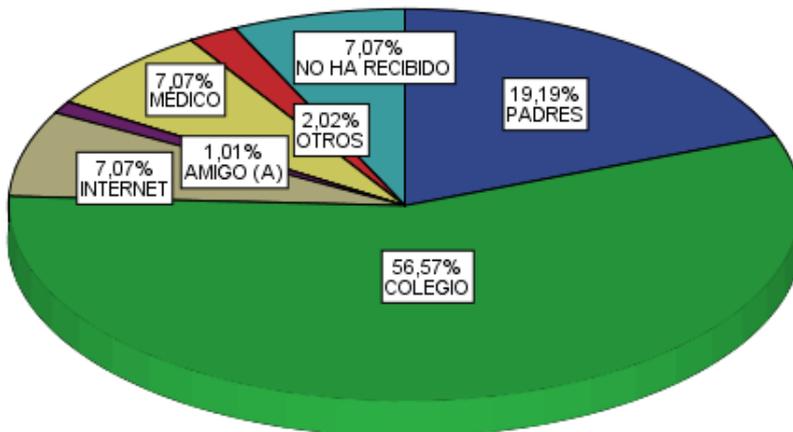


Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Gráfica N°5: Tipo de familia de los adolescentes

### Fuente de Información

- PADRES
- COLEGIO
- INTERNET
- AMIGO (A)
- MÉDICO
- OTROS
- NO HA RECIBIDO



Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Gráfica N°6: Fuente de información acerca de los Métodos Anticonceptivos en los adolescentes

Según mi **objetivo 3**: Determinar el nivel de conocimiento de Métodos Anticonceptivos en Adolescentes de 4to y 5to de Secundaria del Colegio “Andrés A. Cáceres” durante el periodo de Setiembre a Noviembre 2015.

Tabla N°2: Nivel de Conocimiento de Métodos Anticonceptivos según el Año de Estudios

**Año de Estudios\*Nivel de conocimiento de Métodos Anticonceptivos**  
**tabulación cruzada**

Recuento

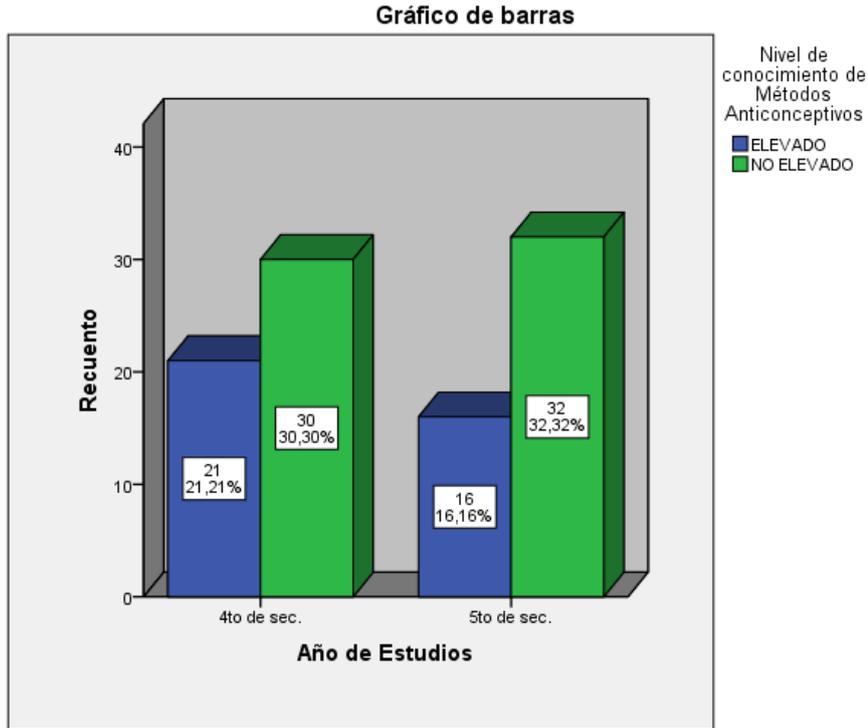
		Nivel de conocimiento de Métodos Anticonceptivos		Total
		ELEVADO	NO ELEVADO	
Año de Estudios	4to de sec.	21	30	51
	5to de sec.	16	32	48
Total		37	62	99

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Tanto en 4to como en 5to de secundaria predominó el nivel de conocimiento No Elevado siendo este equivalente al medio ya que ninguno de los estudiantes encuestados obtuvo nivel de conocimiento bajo. Además de los que obtuvieron nivel de conocimiento elevado la mayoría pertenecía al 4to de secundaria con un 21%.

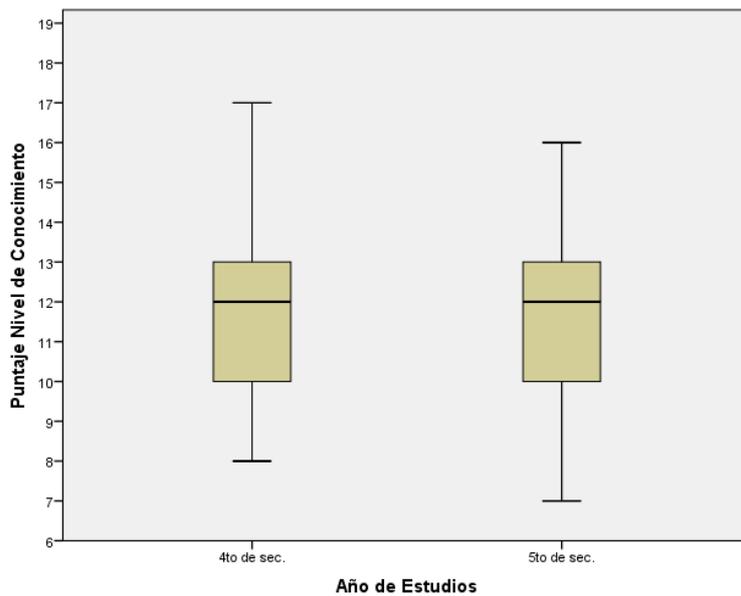
VARIABLE	P<0,05	OR	IC 95%
<b>Año De Estudios</b>	0,420	1,4	0,617 - 3,176

En relación a la asociación Año de Estudios y Nivel de Conocimiento, se encontró un OR de 1,400 (IC 95% 0.617 – 3,176, p = 0,420). El *odds ratio* (OR) de 1.4 Indica que el estar en 4to de secundaria es 1.4 veces más probable de tener un nivel de conocimiento elevado. Pero al obtener un OR cercano a la unidad, no podemos afirmar que existe una tendencia de asociación entre 4to de Secundaria y el Nivel de Conocimiento. Además cabe mencionar que lo hallado no es estadísticamente significativo.



Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Gráfica N°7: Nivel de Conocimiento de Métodos Anticonceptivos en adolescentes.



Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Gráfica N°8: Puntaje del Nivel de Conocimiento en adolescentes.

En el diagrama de cajas y bigotes se observa que tanto en 4to como en 5to de secundaria la parte inferior de la caja es mayor que la parte superior, ello quiere

decir que el puntaje comprendido entre el 25% y el 50% está más dispersa que entre el 50% y el 75%. La mediana es de 12 puntos. El rango intercuartílico (Q3-Q1) es de 3, es decir el 50% de la población está comprendido en 3 puntos

En 4to de secundaria el bigote inferior es más corto que el superior, ello indica que el 25% de los que obtuvieron menor puntaje están más concentrados que el 25% de los que obtuvieron mayor puntaje.

En 5to de secundaria los bigotes son similares, ello indica que el 25% de los que obtuvieron menor puntaje están igualmente concentrados que el 25% de los que obtuvieron mayor puntaje.

Según mi **objetivo 4**: Determinar el Uso de los Métodos Anticonceptivos en Adolescentes de 4to y 5to de Secundaria del Colegio “Andrés A. Cáceres” durante el periodo de Setiembre a Noviembre 2015.

Tabla N°3: Uso de los métodos anticonceptivos en adolescentes

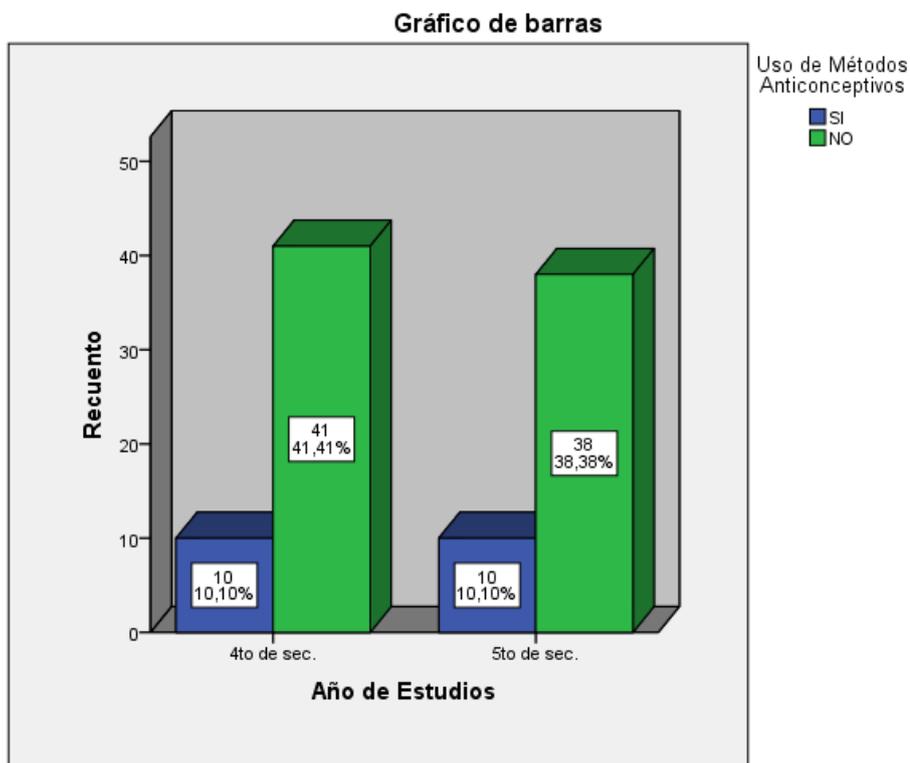
			Uso de Métodos Anticonceptivos		Total
			SI	NO	
Año de Estudios	4to de sec.	Recuento	10	41	51
		% dentro de Grado de Estudios	19,6%	80,4%	100,0%
		% dentro de Uso de Métodos Anticonceptivos	50,0%	51,9%	51,5%
		% del total	10,1%	41,4%	51,5%
	5to de sec.	Recuento	10	38	48
		% dentro de Grado de Estudios	20,8%	79,2%	100,0%
		% dentro de Uso de Métodos Anticonceptivos	50,0%	48,1%	48,5%
		% del total	10,1%	38,4%	48,5%
Total		Recuento	20	79	99
		% dentro de Grado de Estudios	20,2%	79,8%	100,0%
		% dentro de Uso de Métodos Anticonceptivos	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	20,2%	79,8%	100,0%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

De los adolescentes encuestados se evidencia que predominan los adolescentes que no usan métodos anticonceptivos, en su mayoría los de 4to de secundaria. Y los que usan métodos anticonceptivos se encuentran en un mismo porcentaje tanto 4to como 5to de secundaria con un 10.1% cada uno.

VARIABLE	P<0,05	OR	IC 95%
Año De Estudios	0,879	0,927	0,347 – 2,473

En relación a la asociación Año de Estudios y Uso de Métodos Anticonceptivos, se encontró un *odds ratio* (OR) de 0,927 (IC 95% 0,347 – 2,473,  $p = 0,879$ ). El OR indica que el pertenecer a 4to de secundaria no se asocia con una mayor presentación de Uso de Métodos Anticonceptivos, es decir es un factor protector para este. Pero al obtener un OR cercano a la unidad, no podemos afirmar que existe una asociación entre el ser de 4to de secundaria y el Uso de Métodos Anticonceptivos. Además lo hallado no es estadísticamente significativo.



Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Gráfica N°7: Uso de Métodos Anticonceptivos de los adolescentes.

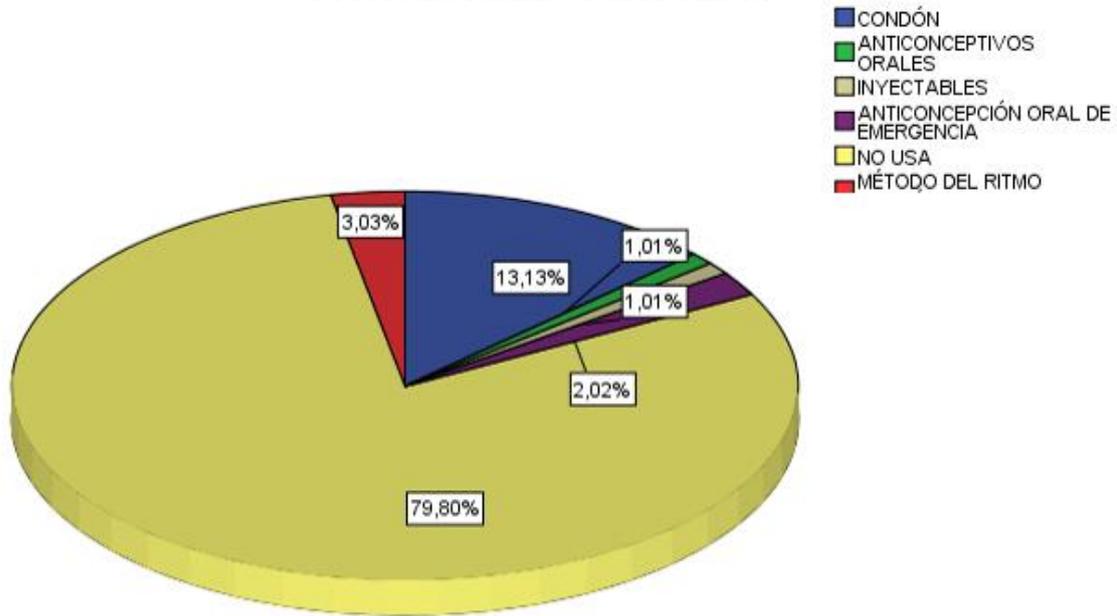
Tabla N°4: Método Anticonceptivo que usan los adolescentes

			AÑO DE ESTUDIOS		Total
			4to de sec.	5to de sec.	
<b>QUÉ MÉTODO ANTICONCEPTIVO USA</b>	<i>CONDÓN</i>	Recuento	7	6	13
		% dentro de Qué Métodos Anticonceptivo usa	53,8%	46,2%	100,0%
		% dentro de Año de Estudios	13,7%	12,5%	13,1%
		% del total	7,1%	6,1%	13,1%
	ANTICONCEPTIVOS ORALES	Recuento	0	1	1
		% dentro de Qué Métodos Anticonceptivo usa	0,0%	100,0%	100,0%
		% dentro de Año de Estudios	0,0%	2,1%	1,0%
		% del total	0,0%	1,0%	1,0%
	INYECTABLES	Recuento	1	0	1
		% dentro de Qué Métodos Anticonceptivo usa	100,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de Año de Estudios	2,0%	0,0%	1,0%
		% del total	1,0%	0,0%	1,0%
	ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA	Recuento	1	1	2
		% dentro de Qué Métodos Anticonceptivo usa	50,0%	50,0%	100,0%
		% dentro de Año de Estudios	2,0%	2,1%	2,0%
		% del total	1,0%	1,0%	2,0%
	MÉTODO DEL RITMO	Recuento	1	2	3
		% dentro de Qué Métodos Anticonceptivo usa	33,3%	66,7%	100,0%
		% dentro de Año de Estudios	2,0%	4,2%	3,0%
		% del total	1,0%	2,0%	3,0%
	NO USA	Recuento	41	38	79
		% dentro de Qué Métodos Anticonceptivo usa	51,9%	48,1%	100%
		% dentro de Año de Estudios	80,4%	79,2%	79,8%
		% del total	41,4%	38,4%	79,8%
Total	Recuento	51	48	99	
	% dentro de Qué Métodos Anticonceptivo usa	51,5%	48,5%	100,0%	
	% dentro de Año de Estudios	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	51,5%	48,5%	100,0%	

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

En relación al método anticonceptivo que usa con el año de estudios, se observa que la mayoría de los encuestados no utiliza ningún método anticonceptivo. En 4to y 5to de secundaria como método anticonceptivo más usado es el condón en un 7.1% y 6.1% relativamente.

### Qué Métodos Anticonceptivo usa



Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Gráfica N°8: Tipo de Método anticonceptivo que usan los adolescentes.

Según mi **objetivo 5**: Determinar el nivel de conocimiento de Métodos Anticonceptivos según los Factores Sociodemográficos en Adolescentes de 4to y 5to de Secundaria del Colegio “Andrés A. Cáceres” durante el periodo de Setiembre a Noviembre 2015.

Tabla N°5: Nivel de conocimiento de Métodos Anticonceptivos según la edad de los adolescentes

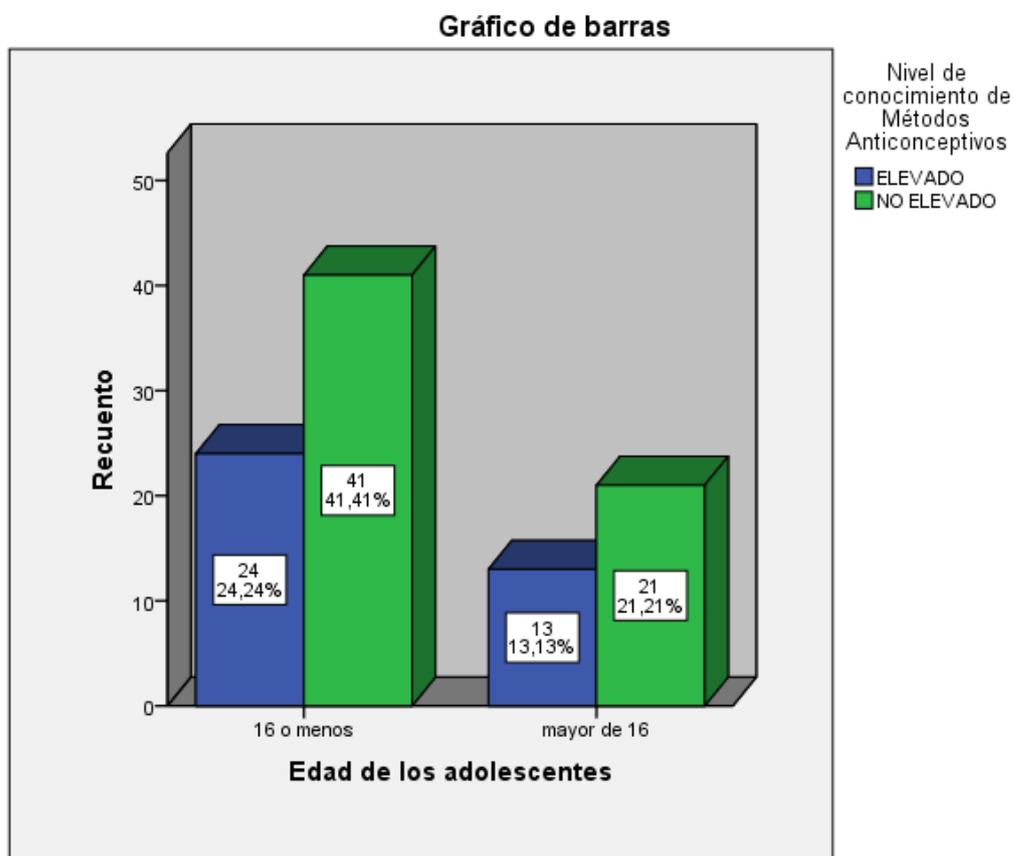
			NIVEL DE CONOCIMIENTO		Total
			Elevado	No Elevado	
EDAD	<=16 años	N	24	41	65
		%	64.8%	66.1%	65,7%
	>16 años	N	13	21	34
		%	35,1%	33,9%	34,3
Total		N	37	62	99
		%	100%	100%	100%

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

En relación al nivel de conocimiento con la edad observamos que la mayoría de los encuestados tiene 16 años o menos y con nivel de conocimiento medio (No

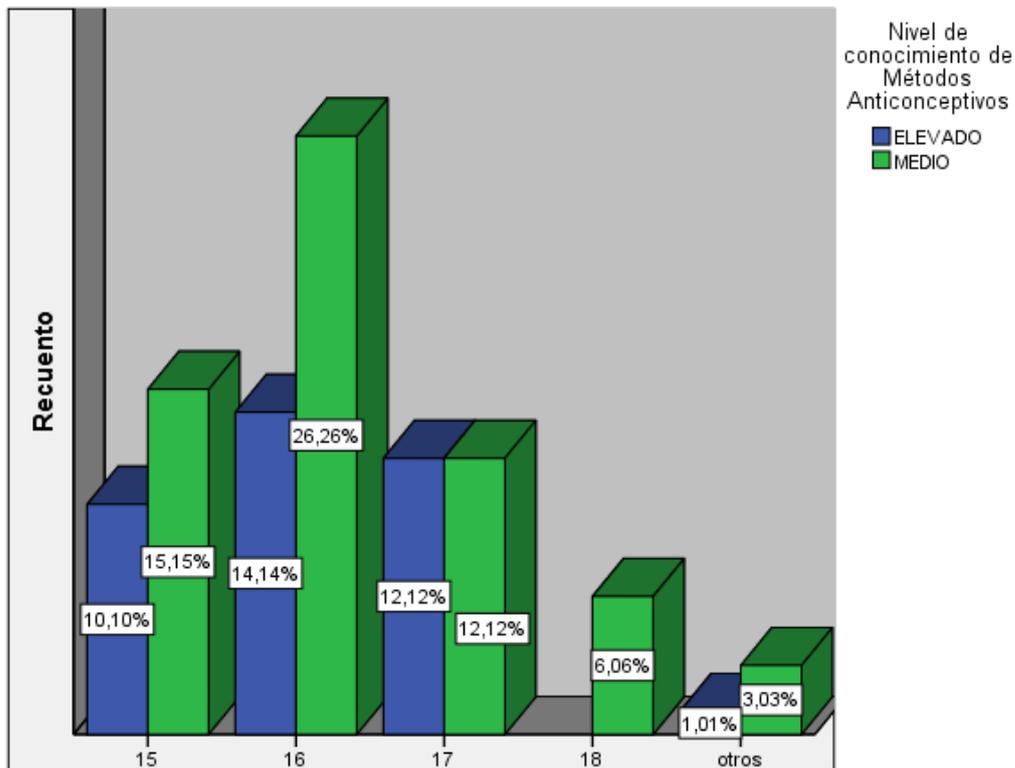
elevado). Y de los que presentan nivel de conocimiento elevado el mayor porcentaje tienen 16 años o menos.

En relación a la asociación Edad y Nivel de Conocimiento, se encontró un OR de 0,946 (IC 95% 0.402 – 2,225,  $p = 0,898$ ). El *odds ratio* (OR) de 0,946 indica que el tener 16 años o menos no se asocia con tener una mayor presentación de nivel de conocimiento elevado. Pero al obtener un OR cercano a la unidad, no podemos afirmar que existe una asociación entre el tener 16 años o menos y el Nivel de Conocimiento. Además lo hallado no es estadísticamente significativo.



Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Gráfica N°9: Nivel de conocimiento de Métodos Anticonceptivos según la edad de los adolescentes.



Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Gráfica N°10: Nivel de conocimiento de los adolescentes según la edad.

De los encuestados se observa que en los adolescentes que tienen 16 años la mayoría tiene un nivel de conocimiento medio (No elevado), los de 17 años existe similitud en porcentaje tanto en los que tienen nivel de conocimiento elevado como en los que tienen nivel medio. Los de 18 años todos obtuvieron nivel medio (No elevado).

Tabla N°6: Nivel de conocimiento de Métodos Anticonceptivos según el sexo de los adolescentes.

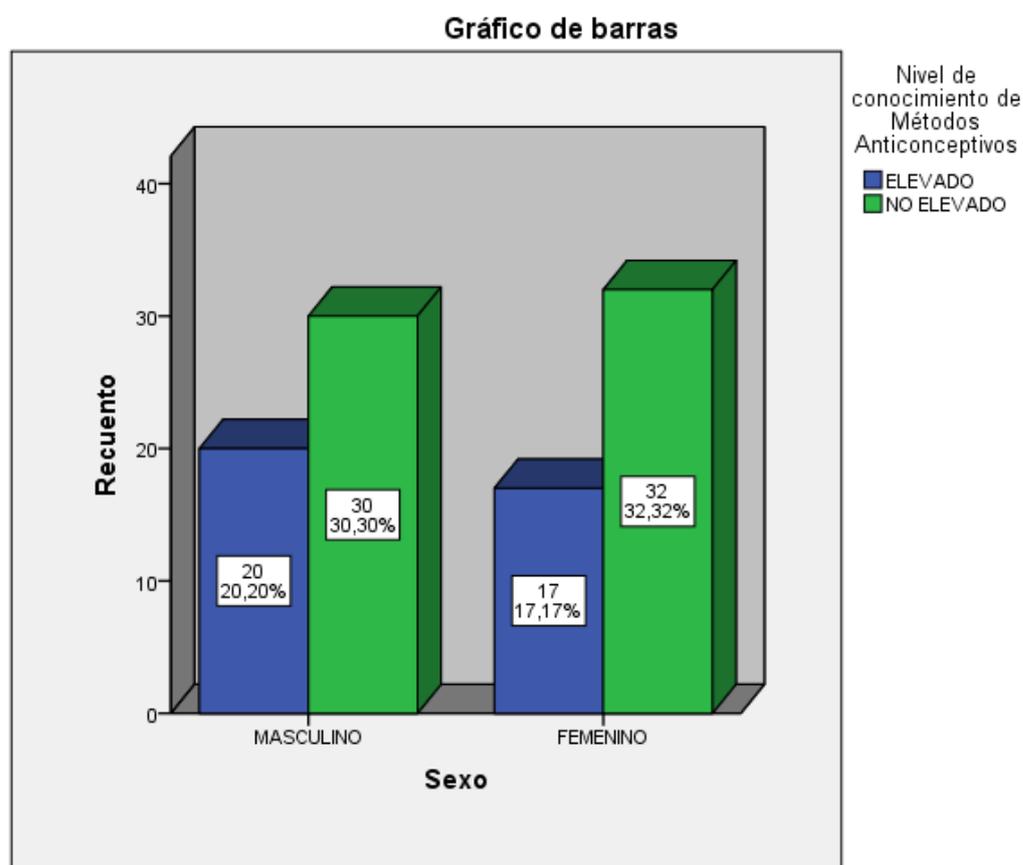
**Sexo\*Nivel de conocimiento de Métodos Anticonceptivos tabulación cruzada**

Recuento		Nivel de conocimiento de Métodos Anticonceptivos		Total
		ELEVADO	NO ELEVADO	
Sexo	MASCULINO	20	30	50
	FEMENINO	17	32	49
Total		37	62	99

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

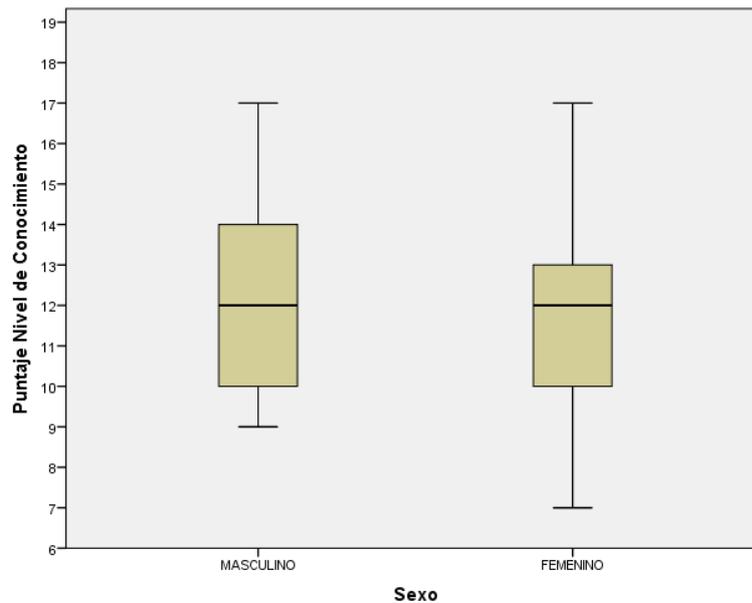
En cuanto al sexo, la mayoría era de sexo femenino con nivel de conocimiento medio (No elevado). De los que tienen nivel de conocimiento elevado, la mayoría era del sexo masculino.

En relación a la asociación Sexo y Nivel de Conocimiento, se encontró un OR de 1,255 (IC 95% 0,555 – 2,838,  $p = 0,585$ ). El *odds ratio* (OR) de 0,946 Indica que el ser de sexo masculino es 1,25 veces más probable de tener un nivel de conocimiento elevado. Pero al obtener un OR cercano a la unidad, no podemos afirmar que existe una tendencia de asociación entre el ser de sexo masculino y el Nivel de Conocimiento. Cabe mencionar que lo hallado no es estadísticamente significativo.



Fuente: "Ficha de Recolección de Datos"

Gráfica N°11: Nivel de conocimiento de los adolescentes según el sexo.



Fuente: "Ficha de Recolección de Datos"

Gráfica N°12: Puntaje del Nivel de conocimiento de los adolescentes según el sexo.

En el diagrama de cajas y bigotes se observa que en los de sexo masculino tanto la parte inferior como la parte superior de la caja son similares, ello quiere decir que el puntaje comprendido entre el 25% y el 50% está igualmente dispersa que entre el 50% y el 75%. La mediana es de 12 puntos. El bigote inferior es más corto que el superior, ello indica que el 25% de los que obtuvieron menor puntaje están más concentrados que el 25% de los que obtuvieron mayor puntaje. El rango intercuartílico ( $Q3-Q1$ ) es de 4, es decir el 50% de la población está comprendido en 4 puntos.

En sexo femenino la parte inferior de la caja es mayor que la parte superior, ello quiere decir que el puntaje comprendido entre el 25% y el 50% está más dispersa que entre el 50% y el 75%. La mediana es de 12 puntos. El bigote inferior es más corto que el superior, ello indica que el 25% de los que obtuvieron menor puntaje están más concentrados que el 25% de los que obtuvieron mayor puntaje.

El rango intercuartílico ( $Q3-Q1$ ) es de 3, es decir el 50% de la población está comprendido en 3 puntos.

Tabla N°7: Nivel de conocimiento de Métodos Anticonceptivos según la Religión de los adolescentes.

**Religión\*Nivel de conocimiento de Métodos Anticonceptivos tabulación cruzada**

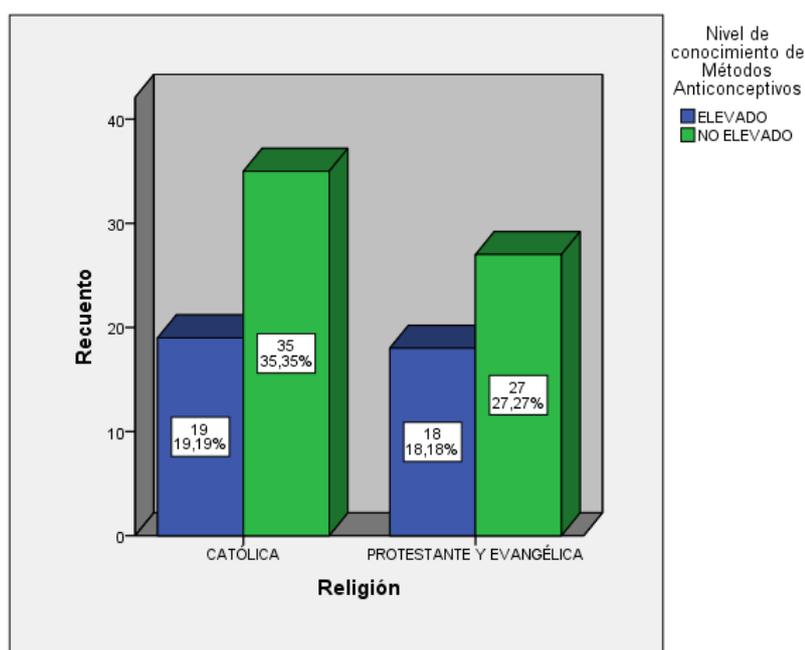
Recuento		Nivel de conocimiento de Métodos Anticonceptivos		Total
		ELEVADO	NO ELEVADO	
		Religión	CATÓLICA	
	PROTESTANTE Y EVANGÉLICA	18	27	45
Total		37	62	99

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

De la totalidad de encuestados la mayoría dijo ser católico y tuvieron nivel de conocimiento medio (No Elevado). De los que obtuvieron nivel de conocimiento elevado un 51.4% eran católicos.

Además de los que refieren ser de otra religión diferente a la católica, la mayoría no era evangélica y tenían nivel de conocimiento No Elevado.

En relación a la asociación Religión y Nivel de Conocimiento, se encontró un *odds ratio* (OR) de 0,814 (IC 95% 0,360 – 1,843,  $p = 0,622$ ). El OR indica que el ser de Religión Católica no se asocia con una mayor presentación de nivel de conocimiento elevado. Pero al obtener un OR cercano a la unidad, no podemos afirmar que existe una tendencia de asociación entre el ser de religión católica y el Nivel de Conocimiento. Además cabe mencionar que lo hallado no es estadísticamente significativo.



Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Gráfica N°13: Nivel de conocimiento de los adolescentes según su Religión.

Tabla N°8: Nivel de conocimiento de Métodos Anticonceptivos según el Tipo de Familia a la que pertenecen los adolescentes.

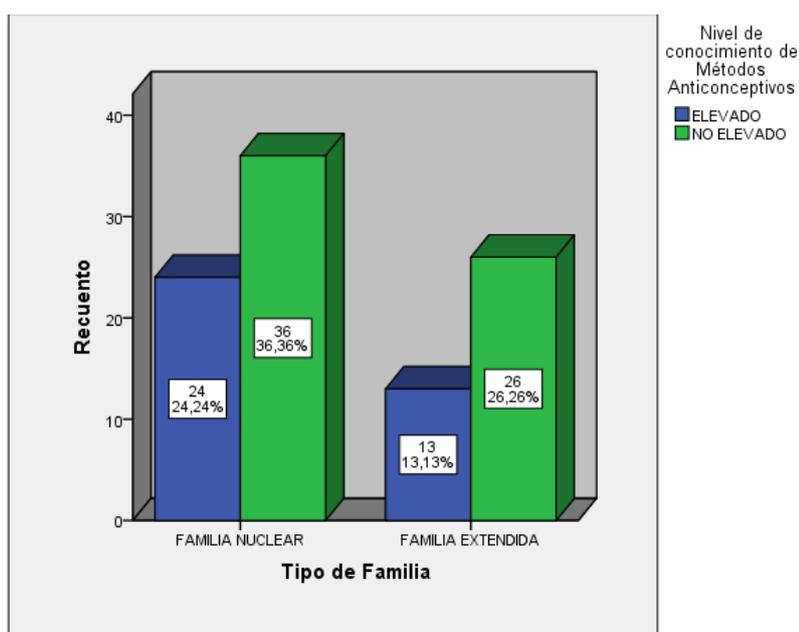
**Tipo de Familia\*Nivel de conocimiento de Métodos Anticonceptivos tabulación cruzada**

Recuento		Nivel de conocimiento de Métodos Anticonceptivos		Total
		ELEVADO	NO ELEVADO	
Tipo de Familia	FAMILIA NUCLEAR	24	36	60
	FAMILIA EXTENDIDA	13	26	39
Total		37	62	99

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

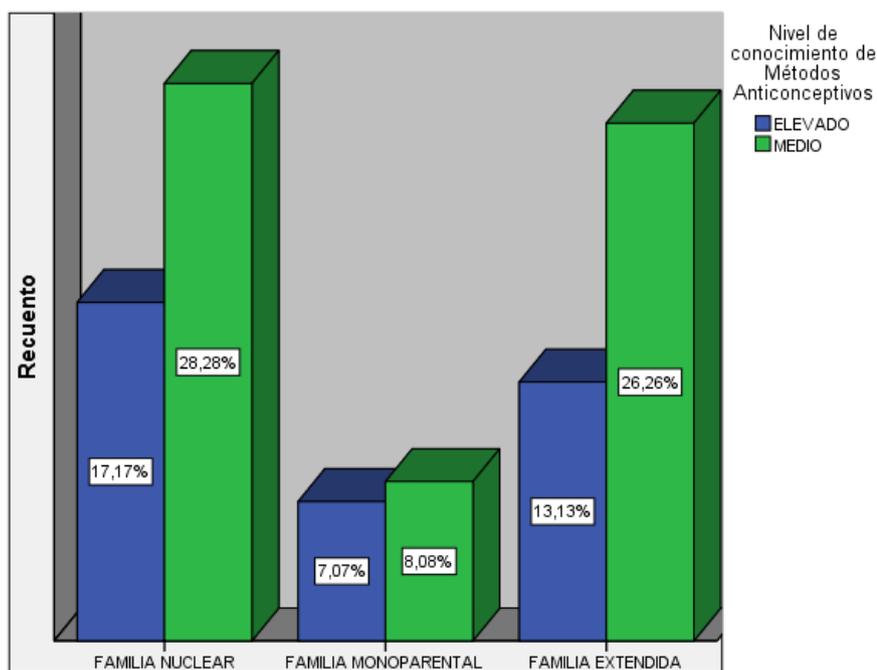
En cuanto al Tipo de Familia en relación con el Nivel de Conocimiento se observó que el mayor porcentaje era del tipo de Familia Nuclear y con nivel de conocimiento medio (No Elevado). Además de los que tienen un nivel de conocimiento elevado la mayoría refiere pertenecer al tipo de Familia Nuclear.

En relación a la asociación Religión y Nivel de Conocimiento, se encontró un OR de 1,333 (IC 95% 0,574 – 3,097, p = 0,503). El OR indica que el pertenecer a una familia Nuclear es 1,33 veces más probable de tener un nivel de conocimiento elevado. Pero al obtener un OR cercano a la unidad, no podemos afirmar que existe una tendencia de asociación entre el ser de Familia Nuclear y el Nivel de Conocimiento elevado; lo hallado no es estadísticamente significativo.



Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Gráfica N°14: Nivel de conocimiento de los adolescentes según Tipo de Familia.



Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Gráfica N°15: Nivel de conocimiento de los adolescentes según el tipo de familia.

En los tres tipos de familia nuclear, monoparental y extendida predominan los de Nivel de Conocimiento Medio (No Elevado). De los que tienen nivel de conocimiento elevado, con un 17% del total de encuestados eran de familia nuclear propiamente dicha, y un 13% del total era de familia extendida.

Tabla N°9: Recepción de Información de Métodos Anticonceptivos y el Nivel de conocimiento en los adolescentes.

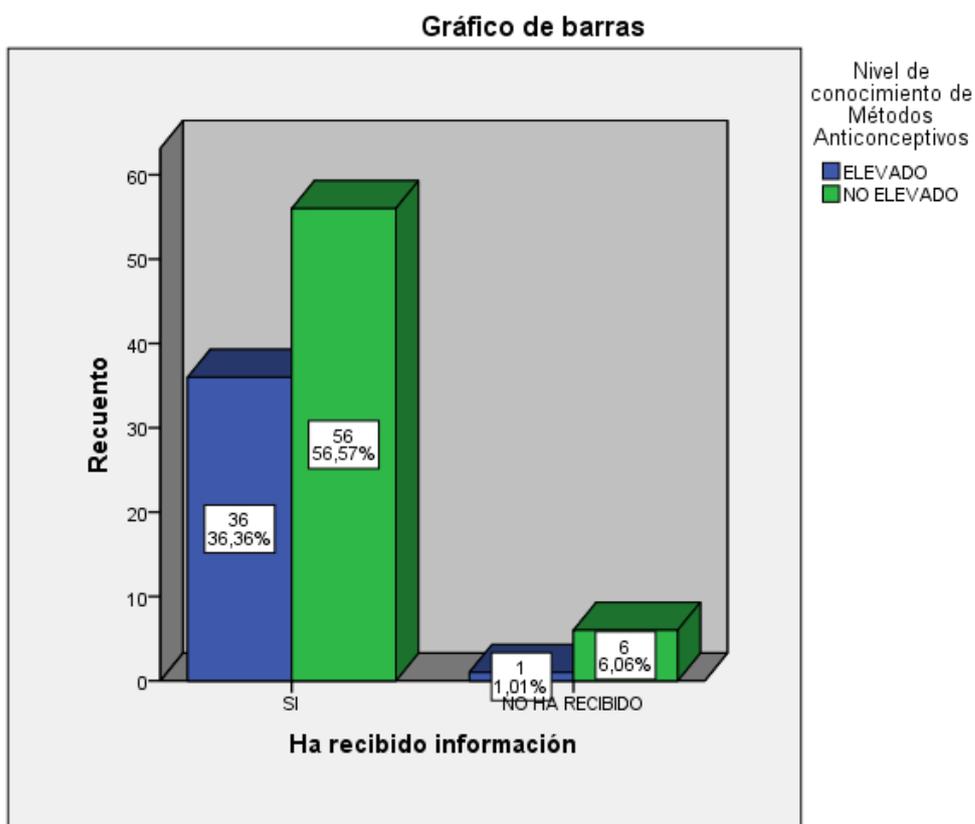
**Fuente de Información\*Nivel de conocimiento de Métodos Anticonceptivos tabulación cruzada**

Recuento		Nivel de conocimiento de Métodos Anticonceptivos		Total
		ELEVADO	NO ELEVADO	
Ha recibido información	SI	36	56	92
	NO HA RECIBIDO	1	6	7
Total		37	62	99

Fuente: "Conocimiento y Uso de Métodos Anticonceptivos en adolescentes de 4to-5to de secundaria del Colegio Andrés A. Cáceres. Setiembre a Noviembre 2015"

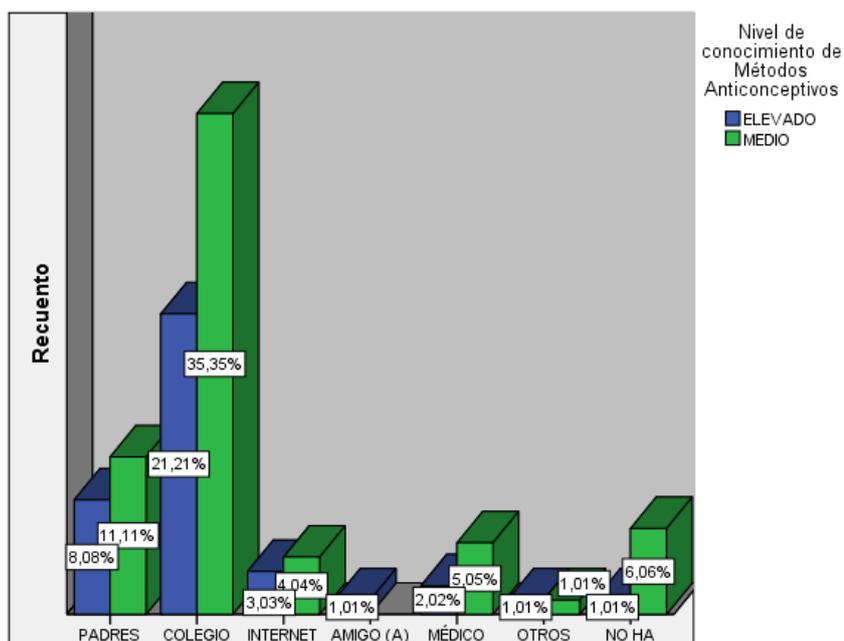
Según la recepción de información acerca de los Métodos Anticonceptivos, predominaron los adolescentes que Sí habían recibido información y además tenían nivel de conocimiento medio (No Elevado). Y De los adolescentes con nivel de conocimiento elevado la mayoría indicó que había recibido información.

En relación a la asociación Religión y Nivel de Conocimiento, se encontró un *odds ratio* (OR) de 3,857 (IC 95% 0,446 – 33,379,  $p = 0,190$ ). El OR indica que recibir información es 3,857 veces más probable de tener un nivel de conocimiento elevado. Pero al obtener un OR cercano a la unidad, no podemos afirmar que existe una tendencia de asociación entre el Haber recibido información y el Nivel de Conocimiento. Además cabe mencionar que lo hallado no es estadísticamente significativo.



Fuente: Ficha de Recolección de Datos

**Gráfica N°16: Nivel de conocimiento de los adolescentes según recepción de información.**



Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Gráfica N°17: Nivel de conocimiento de los adolescentes según su fuente de información.

Según la fuente de información se obtuvo que la mayoría refirió al colegio y tenían a la vez nivel de conocimiento medio (No Elevado). Sólo un 7.1% no ha recibido ningún tipo de información; de los que obtuvieron nivel de conocimiento elevado se evidenció que la mayoría tuvo como fuente de información al colegio (56.8%), seguido de los padres (21.6%).

**\*Datos estadísticos correspondientes al Nivel de Conocimiento asociado a Factores Sociodemográficos**

VARIABLE	P<0,05	OR	IC 95%
Edad	0,898	0,946	0,402 - 2,225
Sexo	0,585	1,255	0,555 – 2,838
Religión	0,622	0,814	0,360 – 1,843
Tipo De Familia	0,503	1,333	0,574 – 3,097
Ha Recibido Información	0,190	3,857	0,446 – 33,379

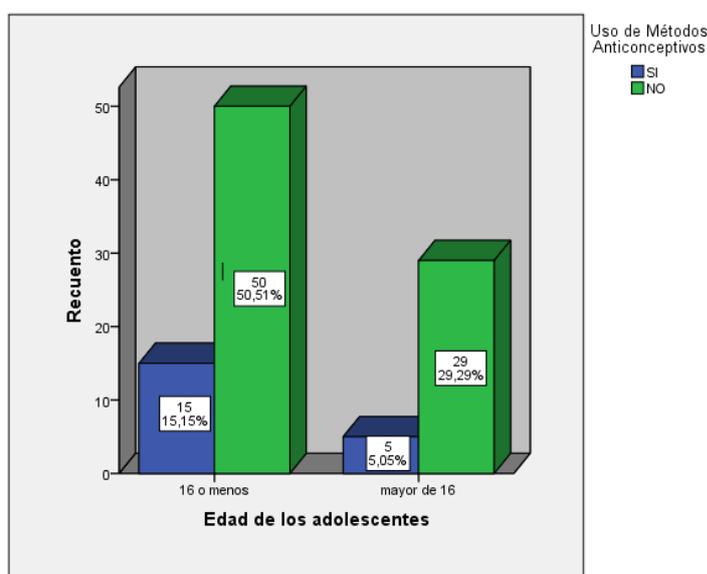
Según mi **objetivo 6**: Determinar el uso de Métodos Anticonceptivos según los Factores Sociodemográficos en Adolescentes de 4to y 5to de Secundaria del Colegio “Andrés A. Cáceres” durante el periodo de Setiembre a Noviembre 2015.

Tabla N°10: Uso de Métodos Anticonceptivos en adolescentes

			USO		Total
			Si	No	
EDAD	16 años o menos	N %	15 75%	50 63.3%	65 65,7%
	Más de 16 años	N %	5 25%	29 36,7%	34 34,3%
Total		N %	20 100%	79 100%	99 100%

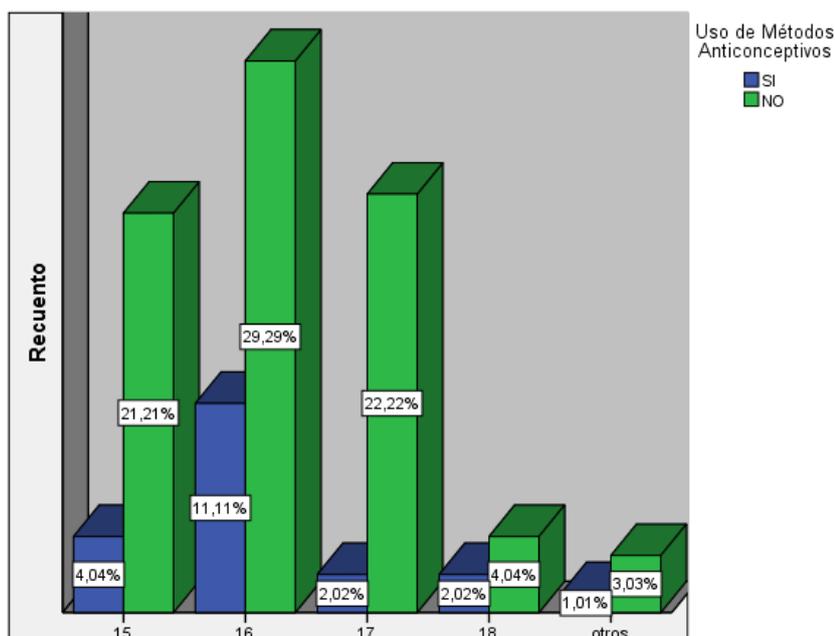
Fuente: “Conocimiento y Uso de Métodos Anticonceptivos en adolescentes de 4to-5to de secundaria del Colegio Andrés A. Cáceres. Setiembre a Noviembre 2015”

En los resultados obtenidos se observa que los que tienen menos o 16 años mismos, predominan tanto en los que usan o no algún método anticonceptivo. En relación a la asociación Edad y Uso de Métodos Anticonceptivos, se encontró un *odds ratio* (OR) de 1,740 (IC 95% 0,573 – 5,284,  $p = 0,325$ ). El OR indica que el tener 16 años o menos es 1,74 veces más probable de usar algún método anticonceptivo, es decir es un factor de riesgo. Pero al obtener un OR cercano a la unidad, no podemos afirmar la asociación entre tener 16 años o menos y el Uso de Métodos Anticonceptivos. Además lo hallado no es estadísticamente significativo.



Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Gráfica N°20: Uso de Métodos Anticonceptivos de los adolescentes según edad “16 años o menos” y “mayor de 16 años”.



Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Gráfica N°21: Uso de Métodos Anticonceptivos de los adolescentes según edad.

En relación al uso de métodos anticonceptivos con la edad, se observa que en todas las edades predominan los adolescentes que no usan. De los que sí usan, la mayoría tiene 16 años, seguidos de los de 15 años.

Tabla N°11: Uso de Métodos Anticonceptivos en adolescentes según su sexo.

Sexo\*Uso de Métodos Anticonceptivos tabulación cruzada

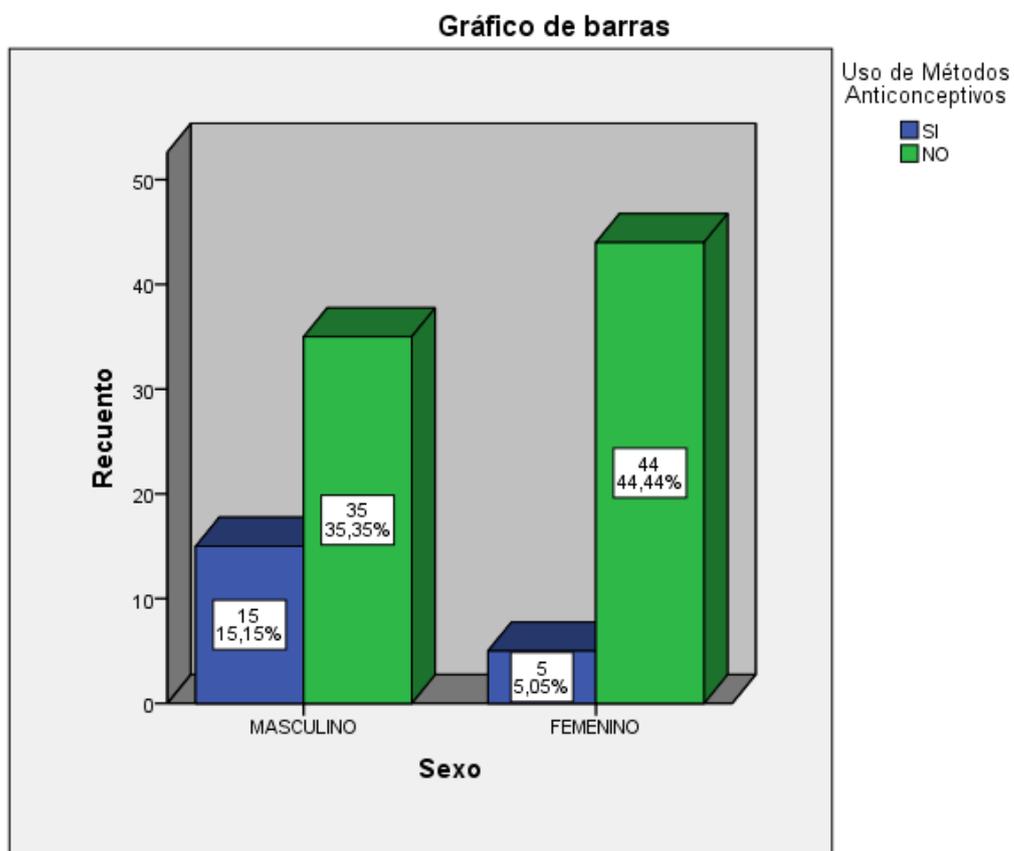
Recuento		Uso de Métodos Anticonceptivos		Total
		SI	NO	
Sexo	MASCULINO	15	35	50
	FEMENINO	5	44	49
Total		20	79	99

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

De los adolescentes encuestados que no usan, predomina el sexo femenino con un 56,7%. Y de la totalidad de los que usan, la mayoría son de sexo masculino con un 15%.

En relación a la asociación Sexo y Uso de Métodos Anticonceptivos, se encontró un *odds ratio* (OR) de 3,771 (IC 95% 1,249 – 11,389  $p = 0,014$ ). El OR indica que el ser de sexo masculino es 3,771 veces más probable de usar algún método

anticonceptivo, es decir es un factor de riesgo. Pero al obtener un OR no cercano a la unidad, **podemos afirmar que existe una tendencia de asociación entre el ser de sexo masculino y el Uso de Métodos Anticonceptivos**. Además cabe mencionar que lo hallado **es estadísticamente significativo**.



Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Gráfica N°22: Uso de Métodos Anticonceptivos de los adolescentes según el sexo.

Tabla N°12: Uso de Métodos Anticonceptivos en adolescentes según su Religión

**Religión\*Uso de Métodos Anticonceptivos tabulación cruzada**

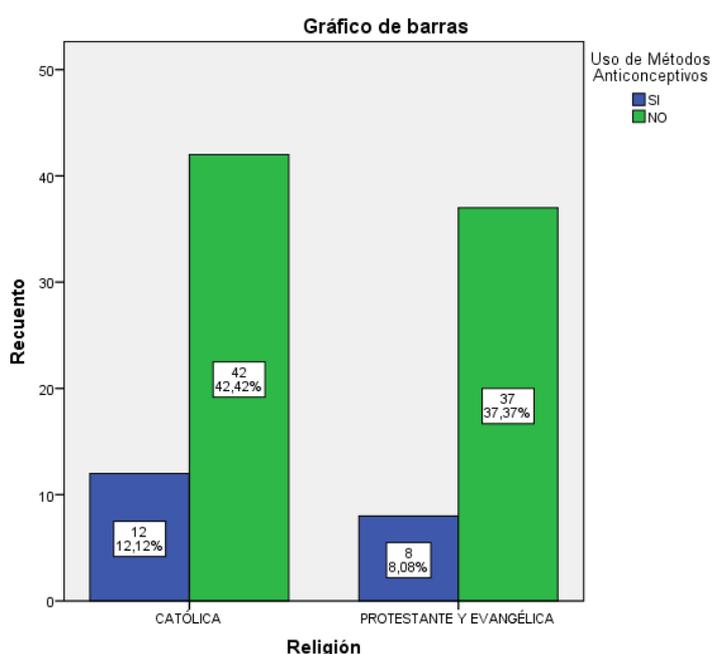
Recuento

		Uso de Métodos Anticonceptivos		Total
		SI	NO	
Religión	CATÓLICA	12	42	54
	PROTESTANTE Y EVANGÉLICA	8	37	45
Total		20	79	99

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

La religión católica es la más frecuente tanto en los que usan o no algún método anticonceptivo.

En relación a la asociación Religión y Uso de Métodos Anticonceptivos, se encontró un *odds ratio* (OR) de 1,321 (IC 95% 0,487 – 3,584,  $p = 0,583$ ). El OR indica que ser de religión Católica es 1,321 veces más probable de usar algún método anticonceptivo, es decir es un factor de riesgo. Pero al obtener un OR cercano a la unidad, no podemos afirmar que existe una tendencia de asociación entre ser de Religión Católica y el Uso de Métodos Anticonceptivos. Además cabe mencionar que lo hallado no es estadísticamente significativo.



Fuente: Ficha de Recolección de Datos

**Gráfica N°23: Uso de Métodos Anticonceptivos de los adolescentes según Religión “Católica” y “Evangélica y Protestante”.**

**Tabla N°13: Uso de Métodos Anticonceptivos en adolescentes según el Tipo de Familia.**

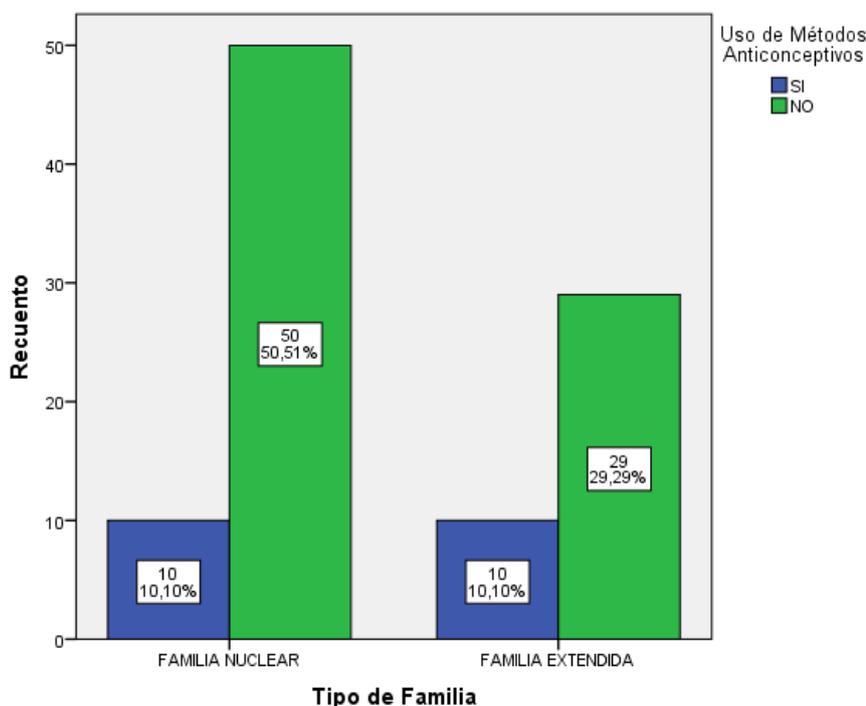
**Tipo de Familia\*Uso de Métodos Anticonceptivos tabulación cruzada**

Recuento		Uso de Métodos Anticonceptivos		Total
		SI	NO	
Tipo de Familia	FAMILIA NUCLEAR	10	50	60
	FAMILIA EXTENDIDA	10	29	39
Total		20	79	99

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

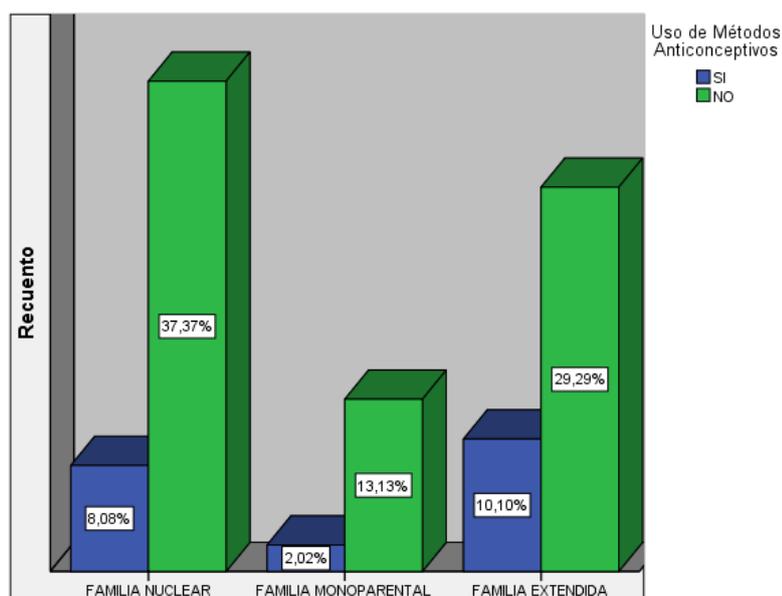
Se observó que la mayoría pertenecía al tipo de familia Nuclear que a la vez refería No Usar algún método Anticonceptivo.

En relación a la asociación Tipo de Familia y Uso de Métodos Anticonceptivos, se encontró un *odds ratio* (OR) de 0,580 (IC 95% 0,216 – 1,559,  $p = 0,277$ ). El OR indica que el pertenecer a una Familia Nuclear no se asocia con una mayor presentación de Uso de Métodos Anticonceptivos, es decir es un factor protector para este. Pero al obtener un OR cercano a la unidad, no podemos afirmar que existe una tendencia de asociación entre el Tipo de Familia Nuclear y el Uso de Métodos Anticonceptivos. Además cabe mencionar que lo hallado no es estadísticamente significativo.



Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Gráfica N°24: Uso de Métodos Anticonceptivos de los adolescentes según “Familia Nuclear” y “Familia Extendida”.



Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Gráfica N°25: Uso de Métodos Anticonceptivos de los adolescentes según el tipo de familia.

Se observa que el 50% de los que usan métodos anticonceptivos pertenece al tipo de familia extendida, en contraste la familia de tipo monoparental sólo representa un 2% de los que usan. De los adolescentes que no usan métodos anticonceptivos la mayoría pertenece al tipo de familia nuclear, seguido de la familia extendida.

Tabla N°14: Recepción de Información de Métodos Anticonceptivos y el Uso de estos en adolescentes.

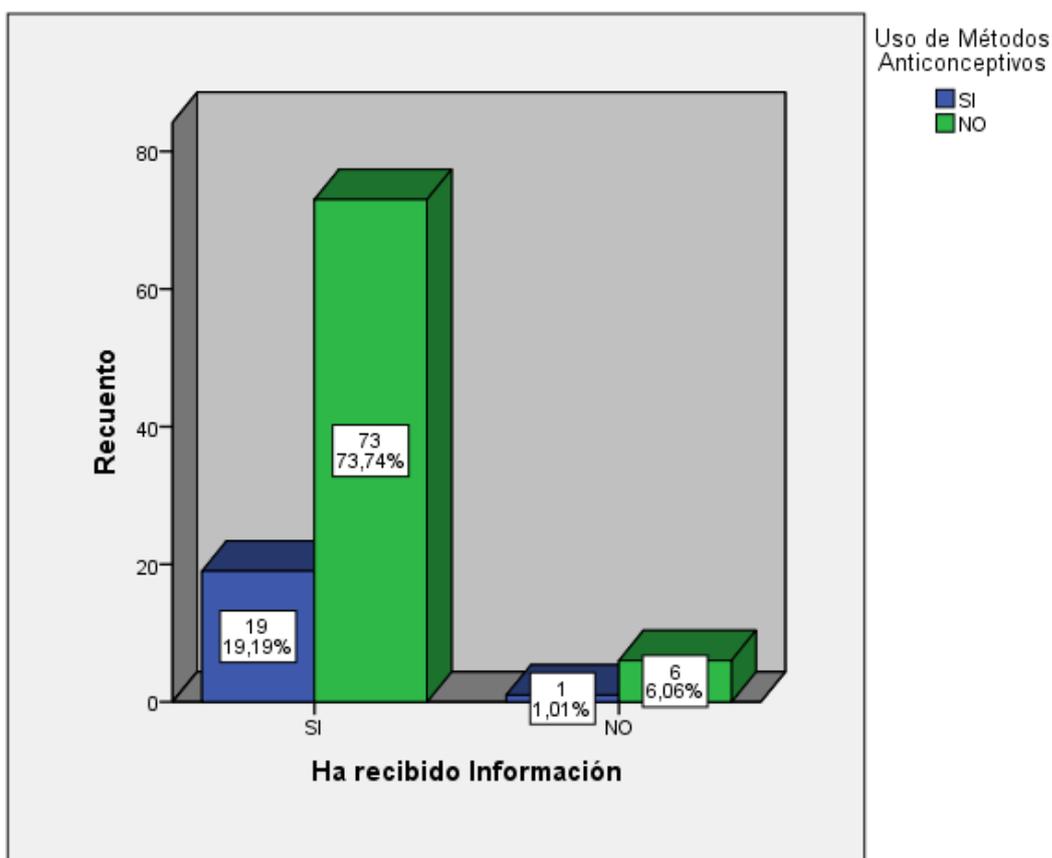
**Ha recibido Información\*Uso de Métodos Anticonceptivos tabulación cruzada**

Recuento		Uso de Métodos Anticonceptivos		Total
		SI	NO	
Ha recibido información	SI	19	73	92
	NO	1	6	7
Total		20	79	99

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

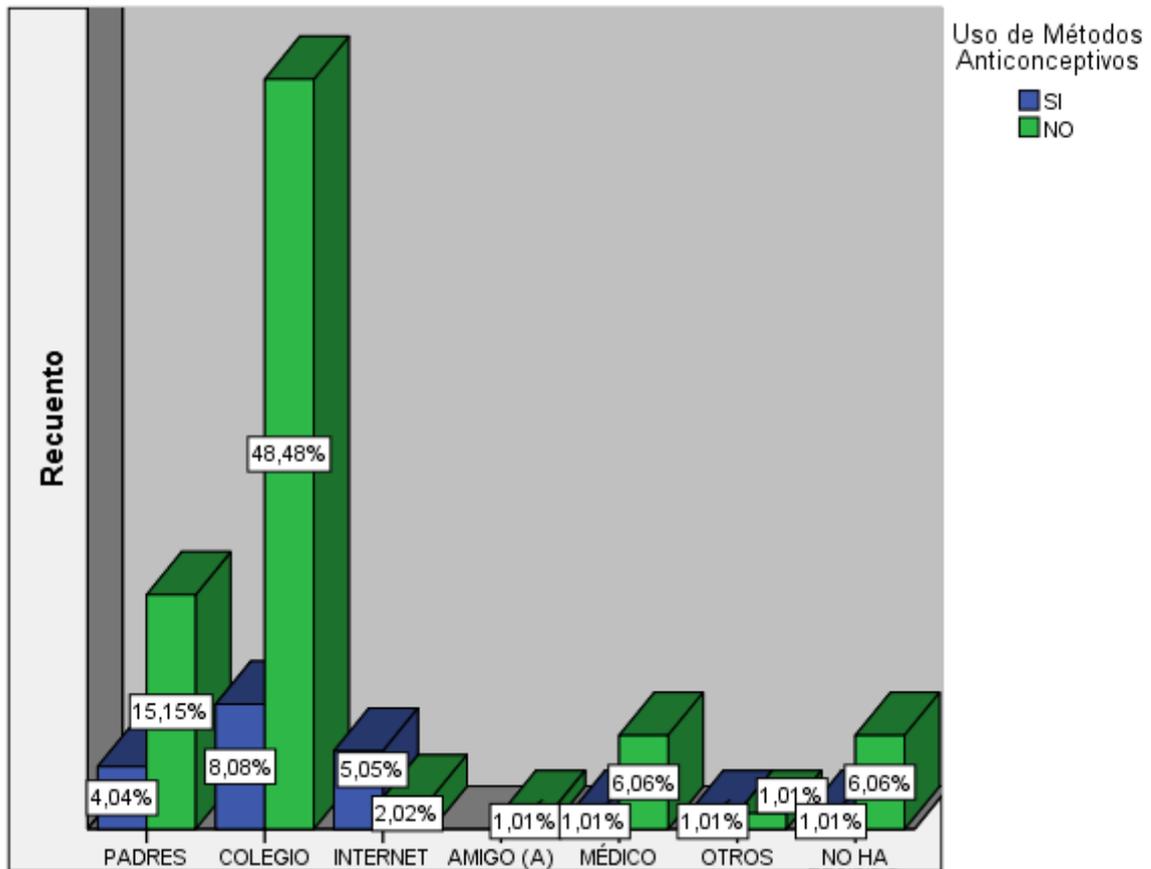
De todos los adolescentes la mayoría refería haber recibido información acerca de los métodos anticonceptivos y además no usaban métodos anticonceptivos. De los que usan la mayoría ha recibido alguna información acerca de este tema.

En relación a la asociación Ha recibido Información y Uso de Métodos Anticonceptivos, se encontró un *odds ratio* (OR) de 1,562 (IC 95% 0,177 – 13,764,  $p = 0,686$ ). El OR indica que ser de religión Católica es 1,562 veces más probable de usar algún método anticonceptivo, es decir es un factor de riesgo. Pero al obtener un OR cercano a la unidad, no podemos afirmar que existe una tendencia de asociación entre el recibir información y el Uso de Métodos Anticonceptivos. Lo hallado no es estadísticamente significativo.



Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Gráfica N°26: Recepción de Información de Métodos Anticonceptivos y el Uso de estos en adolescentes.



Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Gráfica N°27: Uso de Métodos Anticonceptivos de los según la fuente de información.

En cuanto a la fuente de información, un 7.1% no ha recibido ninguna información acerca de los métodos anticonceptivos, de los que no usan métodos anticonceptivos la mayoría recibió información en el colegio con un 60.8%, seguido por los padres con un 19%. De los que utilizan métodos anticonceptivos un 40% recibió información en el colegio, seguido del internet con un 25%.

**\*Datos Estadísticos correspondientes al Uso de Métodos Anticonceptivos asociado a Factores Sociodemográficos**

VARIABLE	P<0,05	OR	IC 95%
Edad	0,325	1,740	0,573 – 5,284
Sexo	<b>0,014</b>	<b>3,771</b>	<b>1,249 – 11,389</b>
Religión	0,583	1,321	0,487 – 3,584
Tipo De Familia	0,277	0,580	0,216 – 1,559
Ha Recibido Información	0,686	1,562	0,177 – 13,764

Según mi **objetivo 1**: Determinar el Nivel de Conocimiento y Uso de Métodos Anticonceptivos en Adolescentes de 4to y 5to de Secundaria del Colegio “Andrés A. Cáceres” durante el periodo de Setiembre a Noviembre 2015.

Tabla N°15: Nivel de Conocimiento y Uso de Métodos Anticonceptivos en adolescentes de sexo Femenino

**Nivel de conocimiento de Métodos Anticonceptivos\*Uso de Métodos Anticonceptivos tabulación cruzada**

Recuento

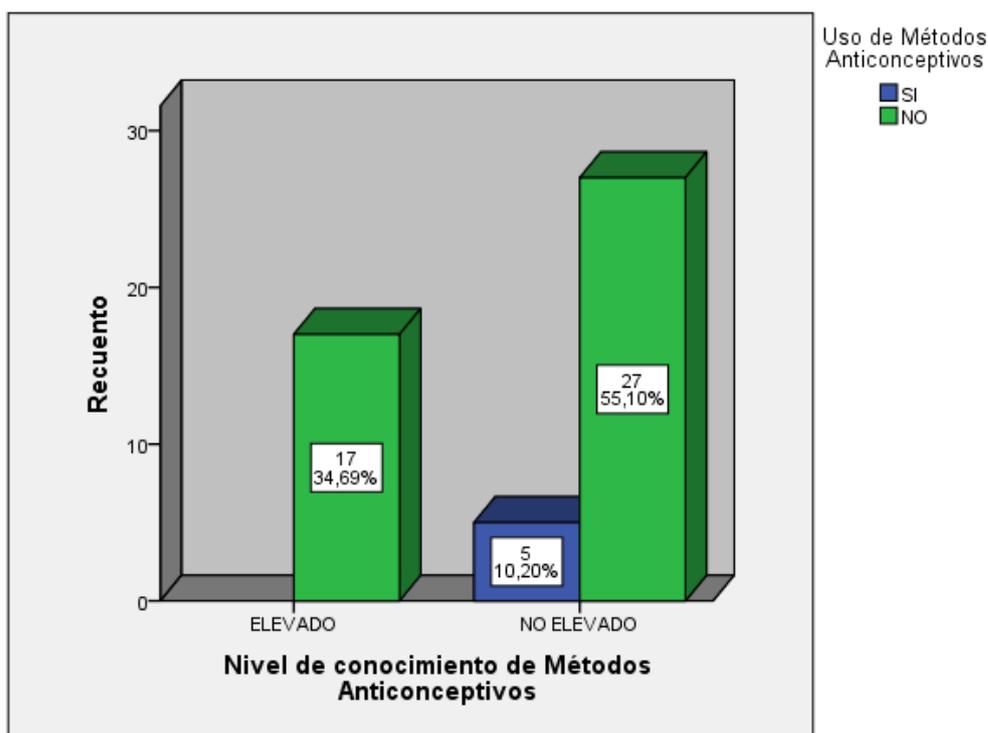
	Uso de Métodos Anticonceptivos		Total
	SI	NO	
Nivel de conocimiento de Métodos Anticonceptivos ELEVADO	0	17	17
NO ELEVADO	5	27	32
Total	5	44	49

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

En las mujeres la mayoría tenía nivel de conocimiento No elevado y No usaban ningún método anticonceptivo. De las que tenían Nivel de conocimiento Elevado ninguna usaba algún método anticonceptivo.

En relación a la asociación Nivel de Conocimiento y Uso de Métodos Anticonceptivos en mujeres, se encontró un *odds ratio* (OR) de 1,185 (IC 95%

1,021 – 1,376,  $p = 0,085$ ). El OR indica que el tener nivel de conocimiento elevado es 1,185 veces más probable de usar algún método anticonceptivo, es decir es un factor de riesgo. Pero al no obtener un OR cercano a la unidad, podemos afirmar que existe una tendencia de asociación entre el Nivel de Conocimiento Elevado y el Uso de Métodos Anticonceptivos. Pero es importante mencionar que lo hallado no es estadísticamente significativo.



Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Gráfico N° 28: Nivel de Conocimiento y Uso de Métodos Anticonceptivos en adolescentes de sexo Femenino.

Tabla N°16: Nivel de Conocimiento y Uso de Métodos Anticonceptivos en adolescentes de sexo masculino.

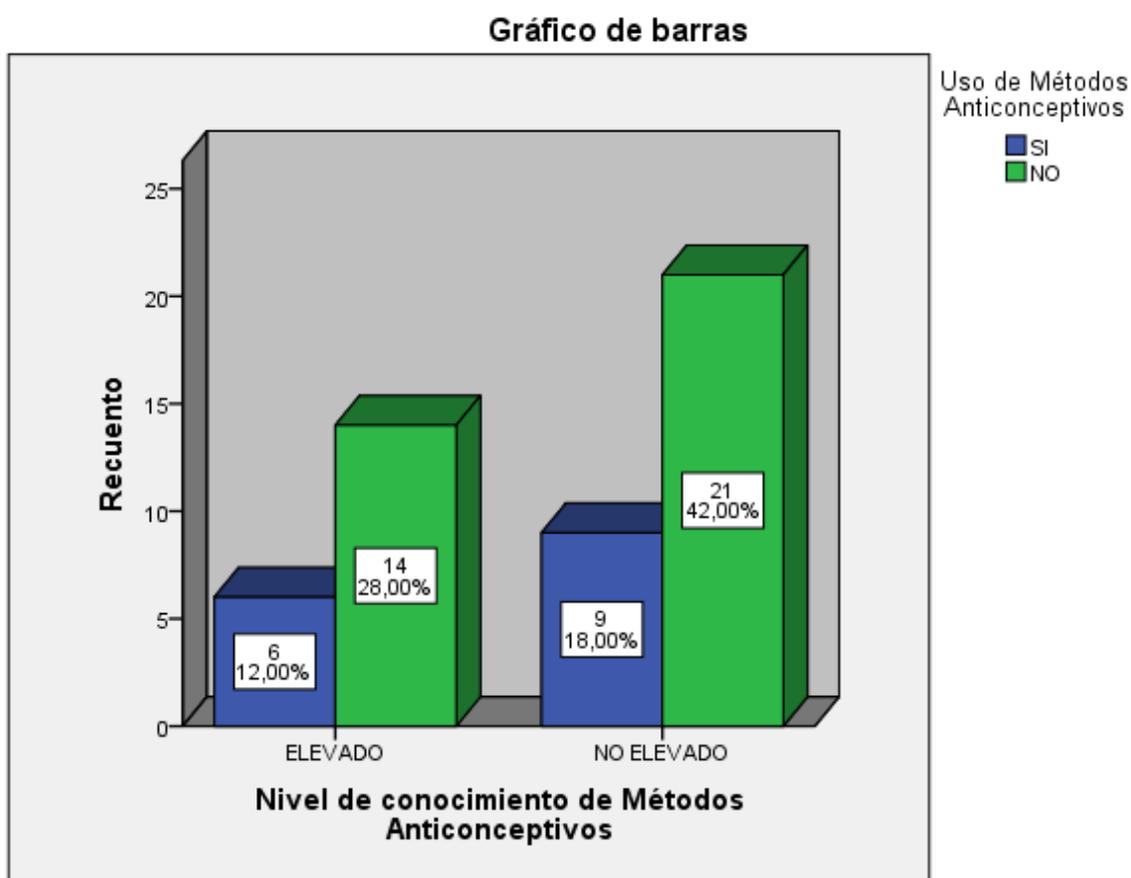
Nivel de conocimiento de Métodos Anticonceptivos\*Uso de Métodos Anticonceptivos tabulación cruzada

Recuento		Uso de Métodos Anticonceptivos		Total
		SI	NO	
Nivel de conocimiento de Métodos Anticonceptivos	ELEVADO	6	14	20
	NO ELEVADO	9	21	30
Total		15	35	50

Fuente: Ficha de Recolección de Datos

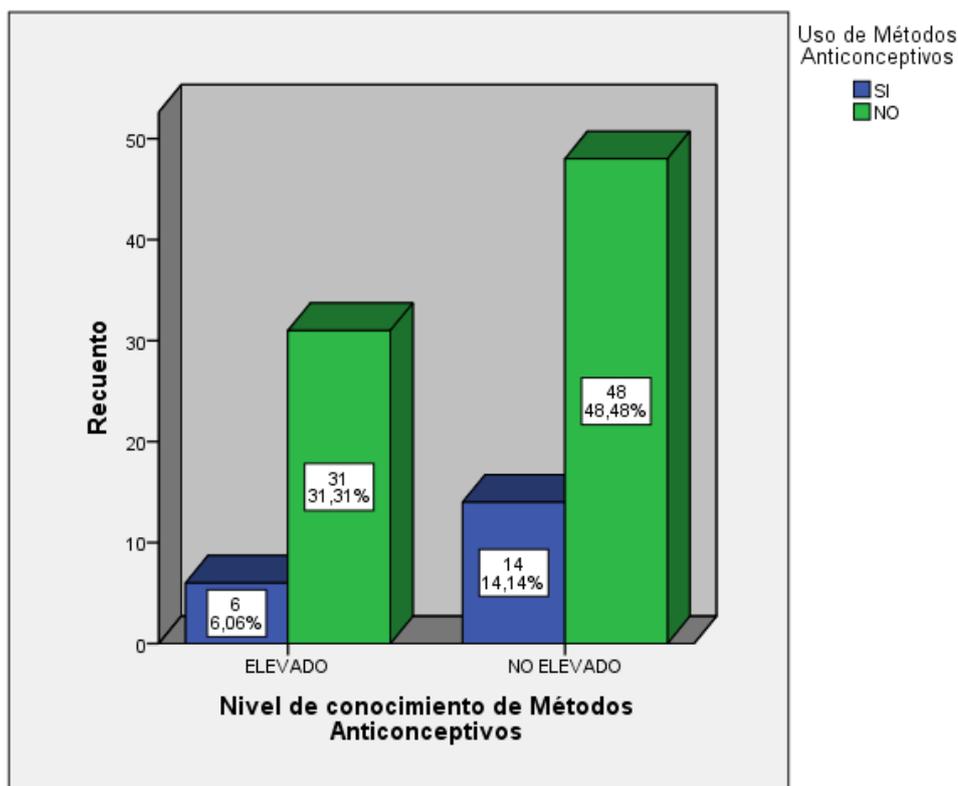
En los varones la mayoría tenía nivel de conocimiento No elevado y No usaban ningún método anticonceptivo. De los que tenían Nivel de conocimiento Elevado predominaban los que no usaban algún método anticonceptivo.

En relación a la asociación Nivel de Conocimiento y Uso de Métodos Anticonceptivos en varones, se encontró un *odds ratio* (OR) de 1 (IC 95% 0,291 – 3,437,  $p = 1$ ). El OR indica que No Hay asociación entre las variables nivel de conocimiento elevado y el uso de algún método anticonceptivo. Es decir la cantidad de veces de que se presente el uso de Métodos Anticonceptivos va ser igual con o sin la presencia del nivel de conocimiento elevado. Además es importante mencionar que lo hallado no es estadísticamente significativo.



Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Gráfico N° 29: Nivel de Conocimiento y Uso de Métodos Anticonceptivos en adolescentes de sexo Masculino

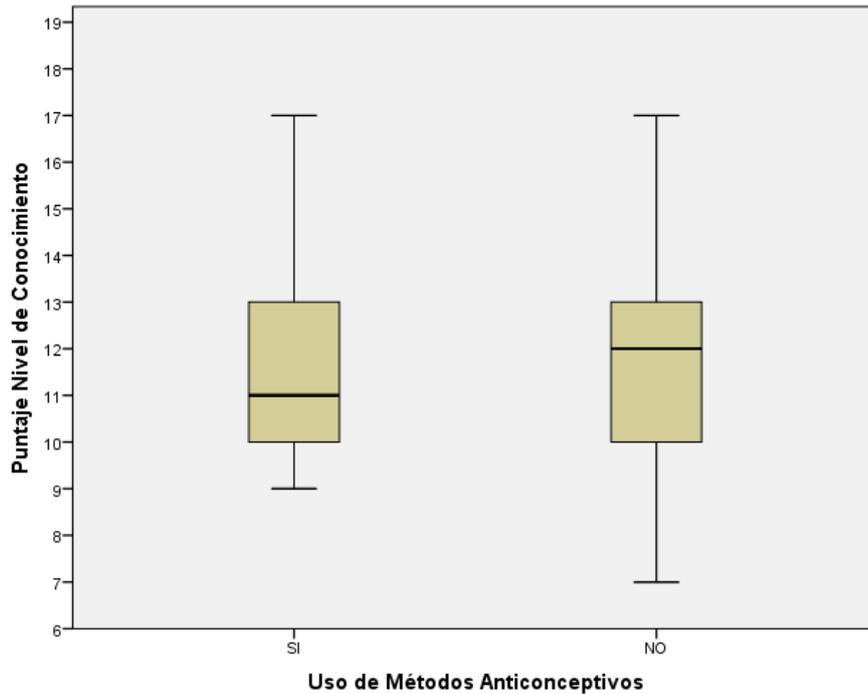


Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Gráfica N°30: Nivel de Conocimiento y Uso de Métodos Anticonceptivos en adolescentes.

En relación al nivel de conocimiento con el uso de métodos anticonceptivos se observa que la mayoría tiene un nivel de conocimiento No elevado (medio) y no usa ningún método anticonceptivo. De los que usan algún método anticonceptivo la mayoría tiene un nivel de conocimiento No Elevado sobre métodos anticonceptivos. De los que tienen un nivel de conocimiento elevado la mayoría no usa ningún método anticonceptivo.

En relación a la asociación Nivel de Conocimiento y Uso de Métodos Anticonceptivos, se encontró un *odds ratio* (OR) de 0,664 (IC 95% 0,230 – 1,911,  $p = 0,445$ ). El OR indica que el tener un Nivel de Conocimiento Elevado no se asocia con una mayor presentación de Uso de Métodos Anticonceptivos, es decir es un factor protector para este. Pero al obtener un OR cercano a la unidad, no podemos afirmar que existe una tendencia de asociación entre el Nivel de Conocimiento Elevado y el Uso de Métodos Anticonceptivos. Además cabe mencionar que lo hallado no es estadísticamente significativo.



Fuente: Ficha de Recolección de Datos

Gráfica N°31: Diagrama de Cajas y Bigotes: Puntaje de Nivel de Conocimiento y Uso de Métodos Anticonceptivos en adolescentes.

En el diagrama de cajas y bigotes se observa que en los que Sí Usan Métodos Anticonceptivos la parte inferior de la caja es menor que la parte superior, ello quiere decir que el puntaje comprendido entre el 25% y el 50% está menos dispersa que entre el 50% y el 75%. La mediana es de 11 puntos.

En los que No Usan Métodos Anticonceptivos la parte inferior de la caja es mayor que la parte superior, ello quiere decir que el puntaje comprendido entre el 25% y el 50% está más dispersa que entre el 50% y el 75%. La mediana es de 12 puntos. En ambas cajas el bigote inferior es más corto que el superior, ello indica que el 25% de los que obtuvieron menor puntaje están más concentrados que el 25% de los que obtuvieron mayor puntaje. El rango intercuartílico ( $Q3-Q1$ ) es de 3, es decir el 50% de la población está comprendido en 3 puntos.

## 5.2. DISCUSIÓN

En este trabajo de investigación se obtuvo en cuanto a los factores sociodemográficos la edad más frecuente entre los adolescentes evaluados es de 16 años con un 40%, Las frecuencias de Sexo son casi similares con un ligero predominio del masculino con un 50.5%, La religión más frecuente es la católica encontrándose en el 54,5% de los alumnos, el tipo de familia más frecuente entre los estudiantes es el de tipo nuclear representado con un 45,5%, estos son datos similares a la investigación hecha por Díaz E. <sup>27</sup> El colegio es la mayor fuente de información acerca de métodos anticonceptivos entre los adolescentes representando en el 56.6%% del total, Seguido de los padres con un 19%; Este dato es similar a Trabajos de investigación realizados en el extranjero como el de Sánchez Reyes en Ecuador y Sánchez Meneses en México que señalan como principal fuente de información al colegio, al igual que Gómez Marin en el Perú. En los resultados obtenidos por Díaz E. <sup>27</sup> obtuvo como resultados que la mayor fuente de información fueron el colegio y un amigo con 18,4% cada uno, seguido del internet y los padres con un 17,6% y 16,8% respectivamente, 12,8% médico. En un estudio realizado por Castro L. <sup>6</sup> se encontró que la mayor fuente de información eran los profesionales de salud, y cabe resaltar que en este estudio sólo el 7% tuvo como fuente de información al médico. Además de que existe un 7% sin haber recibido información alguna sobre los métodos anticonceptivos (Tabla N° 1).

En todos los adolescentes encuestados predominó el nivel de conocimiento medio. Este resultado coincide con los estudios realizados por Sánchez Meneses <sup>14</sup> en México y Fernández Honorio <sup>25</sup> en su investigación realizada en el Perú. A diferencia de los realizados por Vásquez Jiménez <sup>12</sup> en Cuba y Díaz Delgado <sup>27</sup> en el Perú que señalan que la mayoría de los adolescentes presentan un nivel de conocimiento elevado. Cabe resaltar que ninguno de los estudiantes encuestados tuvo nivel de conocimiento bajo. De los que obtuvieron nivel de conocimiento elevado la mayoría pertenecía al 4to de secundaria (Tabla N°2). Entonces existe una asociación entre el nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos y el año de estudios ( $p < 0,420$ , OR: 1,4, IC: 0,617 – 3,176) pero no es estadísticamente significativa.

El uso de métodos anticonceptivos se encuentra en el 20% de los adolescentes evaluados (Tabla N°3), estos resultados no coinciden con la investigación realizada por Gómez A.<sup>7</sup> en el que el 90.9% de los adolescentes usaban algún método anticonceptivo. De los encuestados que usan algún método anticonceptivo se encuentran en un mismo porcentaje tanto 4to como 5to de secundaria en un 10.1%. Entonces en esta investigación se observa que la mayoría de los encuestados no utiliza ningún método anticonceptivo en un 79.8% en su mayoría los de 4to de secundaria; este dato es similar al que Cotilla Vargas et al <sup>15</sup> señaló en su estudio realizado en Cuba, que el 75% nunca han usado ningún método anticonceptivo. En este estudio no existe asociación significativa entre el Uso de Métodos Anticonceptivos y el año de estudios.

Gómez Marín <sup>7</sup> y Jerónimo Maturana <sup>8</sup> señalan al condón como el más usado, lo cual es similar con los datos obtenidos en este trabajo ya que tanto en 4to y 5to de secundaria señalan al condón como el principal método anticonceptivo usado entre los adolescentes (Tabla N°4). Por ello se concluye el poco uso de métodos anticonceptivos diferentes al condón masculino.

En relación del nivel de conocimiento con el sexo, de los que tienen nivel de conocimiento elevado, la mayoría era del sexo masculino con un 54.1% (Tabla N°6). Esto difiere a los resultados de la investigación de Díaz Delgado <sup>27</sup> que señala que en el nivel elevado predomina el sexo femenino, ni con Sánchez Meneses <sup>14</sup> en México quien indicó que no se obtuvo significancia con el sexo. Además Díaz Delgado <sup>27</sup> en su trabajo de investigación obtuvo como resultado, en cuanto al nivel de conocimiento con la religión y el tipo de familia al que pertenecía, que en el nivel elevado la mayoría era católico y la familia de tipo nuclear (Tabla N°7 y 8). Estos datos coinciden con este trabajo de investigación ya que la religión que obtuvo mayor porcentaje en nivel de conocimiento elevado fue la católica con un 51.4% y pertenecían al tipo de familia nuclear con un 45.9%.

En relación con la fuente de información en este trabajo se obtuvo que la mayoría refirió al colegio como principal fuente de información y presentaban nivel de conocimiento medio. De los que obtuvieron nivel de conocimiento elevado se evidenció que la mayoría tuvo como fuente de información al colegio (56.8%), seguido de los padres (21.6%). Estos resultados son similares a los obtenidos

por Diaz Delgado <sup>27</sup> quien indica que en el nivel de conocimiento elevado predomina como fuente de información al colegio. Además se concluye que No existe una asociación significativa entre el Nivel de Conocimiento de Métodos Anticonceptivos y los factores sociodemográficos.

En relación al uso de métodos anticonceptivos con la edad, se observa que en todas las edades predominan los adolescentes que no usan. De los que sí usan, la mayoría tiene 16 años, seguidos de los de 15 años (Tabla N°10). Estos datos no concuerdan con los señalados por Sánchez Reyes <sup>13</sup> quien indica que a mayor edad hay un mayor uso de métodos anticonceptivos.

Rengifo – Reina <sup>18</sup> en su trabajo realizado en Colombia obtuvo como resultado que de los adolescentes que usa algún método anticonceptivo el 69.7% eran hombres lo cual es similar a lo obtenido en este estudio (Tabla N°11). En esta investigación se encontró que el ser de sexo masculino es un factor de riesgo para usar algún método anticonceptivo, que además es estadísticamente significativa.

Además se observa que de los adolescentes que usan métodos anticonceptivos en su mayoría son de religión católica, y provienen de tipos de familia extendida y nuclear, con lo que se puede plantear que ni la religión ni el tipo de familia influyen en el uso de métodos anticonceptivos (Tabla N° 12 y 13).

En cuanto a la fuente de información, existe un 7.1% que no ha recibido ninguna información acerca de los métodos anticonceptivos, lo cual es un dato alarmante ya que contamos con diferentes medios de comunicación con los que podemos brindar la información acerca de los métodos anticonceptivos a nuestros adolescentes. Tanto para los que usan métodos o no la principal fuente de información fue el colegio, lo cual nos indica que se está trabajando en el centro de educativo brindando información a los adolescentes y se debería aprovechar este dato importante ya que se podría trabajar conjuntamente los centros educativos y centros de salud para brindarle los conocimientos básicos y correctos acerca de los métodos anticonceptivos. Por todo lo antes mencionado se puede concluir que no existe asociación significativa con los factores sociodemográficos a excepción del sexo con quien sí guarda asociación significativa.

En relación al nivel de conocimiento con el uso de métodos anticonceptivos en el presente estudio refleja que de los adolescentes que tienen nivel de conocimiento elevado, el 84% No Usa métodos anticonceptivos; estos resultados coinciden a lo reportado por Fernández-Honorio I. <sup>25</sup>. Hay que tener en cuenta que de los que usan algún método anticonceptivo la mayoría tiene un nivel de conocimiento medio sobre métodos anticonceptivos. Esta asociación de variables en mujeres, podemos afirmar que el tener nivel de conocimiento elevado es un factor de riesgo para usar algún método anticonceptivo. En los varones se encontró que No Hay asociación entre estas variables. Es decir la cantidad de veces de que se presente el uso de Métodos Anticonceptivos va ser igual con o sin la presencia del nivel de conocimiento elevado. Cabe mencionar que todo lo hallado en los enunciados anteriores no es estadísticamente significativo. Por ello podemos decir que se está aceptando la hipótesis nula en que indicaba que A elevado nivel de conocimiento, no hay mayor uso significativo de métodos anticonceptivos.

Los resultados obtenidos demuestran que los adolescentes no cuentan con información adecuada y correcta sobre los métodos anticonceptivos. Se debe tener en cuenta que los adolescentes con incorrectos conocimientos son vulnerables a un embarazo no deseado. Estas es una razón suficiente para que el sector salud y educativo refuercen coordinadamente procesos de educación en el área de sexualidad instituidos obligatoriamente a nivel nacional.

Las limitaciones encontradas en este trabajo de Investigación son que, al ser un trabajo descriptivo no hay manipulación de las variables, sólo se describe lo encontrado en la ficha de recolección de datos; otro fue el tamaño de la muestra ya que al tener un tamaño de muestra pequeña limita el poder estadístico de la investigación; Y por último la veracidad de los datos recolectados ya que el instrumento fue una encuesta, ya que esto depende de muchos factores.

## CONCLUSIONES

1. Los factores sociodemográficos más frecuentes en los adolescentes encuestados fueron la edad de 16 años con un 40%, el Sexo masculino representando un 50.5%, la religión católica 54.5% de los alumnos, y el tipo de familia nuclear con un 45.5%. En cuanto a la fuente de información señalan en su mayoría al colegio representando en un 56.6% del total. Además un 7% no ha recibido información alguna sobre los métodos anticonceptivos.
2. Aproximadamente el 63% de los adolescentes poseen un Nivel de Conocimiento No Elevado acerca de métodos anticonceptivos. En este estudio ningún adolescente obtuvo nivel de conocimiento bajo. Además se concluye que existe una asociación entre el nivel de conocimiento de los métodos anticonceptivos y el Año de Estudios ( $p < 0,420$ , OR: 1,4, IC: 0,617 – 3,176) pero no es estadísticamente significativo. Ya que en 4to de secundaria el 21% obtuvo nivel elevado y en 5to de secundaria el 16%, es decir se halló una asociación entre el estar en 4to Año y tener Nivel de Conocimiento de Elevado.
3. El 20% de los adolescentes evaluados refiere usar algún método anticonceptivo, de los cuales se repartían equitativamente en 4to y 5to Año. No existe asociación significativa entre el Uso de Métodos Anticonceptivos y el año de estudios ( $p < 0,879$ , OR: 0,927, IC: 0,347 – 2,473).
4. El nivel de conocimiento No Elevado acerca de los métodos anticonceptivos predomina en todos los factores sociodemográficos. De los que obtuvieron nivel de conocimiento elevado, el 37.8% tenía 16 años, el 54% era de sexo masculino, el 51% refirió ser de religión católica, el 45.9% proviene de tipo de familia nuclear, el 95% señaló que ha recibido información, el 56.8% señaló como fuente de información al colegio. Además se concluye que el ser de sexo masculino es un factor de riesgo para el uso de método anticonceptivo, existe una asociación

estadísticamente significativa (OR: 3,771, IC 95% 1,249 – 11,389  $p = 0,014$ ).

5. De la muestra estudiada que refiere usar métodos anticonceptivos el 55% tiene 16 años, el 75% es de sexo masculino, el 60% es de religión católica, el 50% pertenece a tipo de familia Nuclear y el 40% refiere como fuente de información al colegio. Se concluye que no existe asociación significativa con los factores sociodemográficos a excepción del sexo con quien sí guarda asociación significativa ( $p < 0,05$ : 0,014, OR: 3,771, IC 95%: 1,249 – 11,389) y se puede decir que existe asociación entre el ser de sexo masculino y el uso de Método Anticonceptivo.
  
6. Del total de adolescentes encuestados el 20% usan métodos anticonceptivos, de estos solo un 30% presentan un elevado nivel de conocimiento de métodos anticonceptivos. No existe asociación significativa entre el tener nivel de conocimiento elevado y el uso de Métodos Anticonceptivos.

## RECOMENDACIONES

- Se recomienda a la dirección de la Institución Educativa, desarrollar estrategias y programas de sensibilización y consejería al personal docente responsable referente a los temas de educación sexual y reproductiva, para brindar una adecuada información a los adolescentes ya que como observamos en los resultados obtenidos la primera fuente de información es el colegio.
  
- Reforzar y mejorar los programas de educación sexual a los adolescentes por parte del personal de salud en la Atención Primaria y trabajar en conjunto con los centros educativos para así brindarles una adecuada información sobre los métodos anticonceptivos y obtener un elevado nivel de conocimiento.
  
- Realizar charlas de Educación Sexual adecuadas para la edad y de acuerdo al contexto sociocultural en las Instituciones Educativas, en especial sobre el correcto uso del preservativo, ya que este es el método anticonceptivo más usado por los adolescentes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Who.int [Internet]. Who [Actualizado setiembre 2014; citado 23 setiembre 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/es/>
2. Who.int [Internet]. Who [Actualizado mayo 2015; citado 23 setiembre 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>
3. Fondo de población de las Naciones Unidas. Enfrentar el reto de los embarazos en los adolescentes. Estado de la población mundial 2013. New York: UNFPA; 2013. Disponible en:  
<http://www.unfpa.org.mx/publicaciones/SP-SWOP2013.pdf>
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. Perú: INEI; 2013. [citado 25 setiembre 2015] Disponible en:  
[http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1095/libro.pdf](http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1095/libro.pdf)
5. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar [Internet]. Perú: ENDES; 2009. [Citado 28 setiembre 2015]. Disponible en:  
[http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1151/pdf/cap004.pdf](http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1151/pdf/cap004.pdf)
6. Castro Ñopo L. Conocimientos Sobre Métodos Anticonceptivos En Adolescentes Del 5to Año De Secundaria De La Institución Educativa Nacional José Cayetano Heredia, Catacaos – Piura, 2014. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Piura: web de ULADECH.2015. [citado 27 setiembre 2015]. Disponible en:  
<http://erp.uladech.edu.pe/archivos/03/03012/documentos/repositorio/2015/08/02/125000/20150703020900.pdf>
7. Gómez Marín, A. "Conocimientos, actitudes y prácticas en relación a la sexualidad en adolescentes del quinto año de secundaria de la Institución Educativa Técnica Perú BIRF "República del Ecuador" del distrito de Villa María del Triunfo, 2011. [Tesis de pregrado]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2013. [citado 27 setiembre 2015]. Disponible en:  
[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3083/1/Gomez\\_ma.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3083/1/Gomez_ma.pdf)
8. Jerónimo Maturana, C., et al. Sexualidad y métodos anticonceptivos en estudiantes de educación secundaria. Acta méd. peruana [online]. 2009,

- vol.26, n.3 [citado 23 setiembre 2015], pp. 175-179. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172009000300006&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172009000300006&lng=es&nrm=iso). ISSN 1728-5917.
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. Perú: ENDES; 2013. [Citado 27 setiembre 2015]. Disponible en: [http://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/httpwwwineigobpemediamenurecursivopublicaciones\\_digitalesestlib1151indexhtml-7561/](http://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/httpwwwineigobpemediamenurecursivopublicaciones_digitalesestlib1151indexhtml-7561/)
  10. Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. Perú: INEI; 2014. [Citado 30 setiembre 2015] Disponible en: [http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1157/libro.pdf](http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1157/libro.pdf)
  11. Andina Televisión. Los mitos de los métodos anticonceptivos. 10 setiembre 2015. [Citado 30 setiembre 2015] Disponible en: <http://www.atv.pe/actualidad/los-mitos-de-los-metodos-anticonceptivos-283471>
  12. Vázquez A. y Suárez N. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en la población de 15 a 44 años del área urbana, Cunduacán. Tabasco 2005. VOL. 5 N° 2 Mayo – Agosto 2006. Rev Horizonte Sanitario. Disponible en: <http://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte/article/view/268>
  13. Sánchez Reyes L. Factores que impiden el uso de métodos anticonceptivos para la prevención del embarazo en pacientes adolescentes atendidas en el Hospital General docente Ambato durante el período septiembre 2014 enero 2015 [Tesis pregrado]. Ecuador. Universidad Técnica De Ambato. Facultad De Ciencias De La Salud. Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/9262>
  14. Sánchez Meneses M., et al. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud. Aten Fam. 2015;22(2):35-38. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2015/af152b.pdf>
  15. Cotilla Vargas N., et al. Intervención educativa sobre el uso de los métodos anticonceptivos en adolescentes de la Secundaria Básica Augusto César Sandino. Correo Científico Médico [revista en Internet]. 2013 [citado 2015 Oct 15]; 17(1) Disponible en: <http://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/1296>

16. García Vega E., et al. Sexualidad, Anticoncepción y Conducta Sexual de Riesgo en Adolescentes. 2012. International Journal of Psychological Research, 5(1), 79-87. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3974532>
17. Chelhond-Boustanie E., et al. Impacto de la educación sexual en el nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en dos instituciones públicas en condición de semilibertad y abandono, Caracas, Venezuela. Revista Médica de Risaralda. Vol 18 N°2 Diciembre de 2012. Disponible en: <http://200.21.217.140/index.php/revistamedica/article/view/7707>
18. Rengifo-Reina Herney A., et al. Conocimientos y prácticas en salud sexual y reproductiva de adolescentes escolares en un municipio colombiano. Rev. salud pública [Internet]. 2012 Agosto [citado 2015 Oct 15]; 14(4): 558-569. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v14n4/v14n4a02.pdf>
19. Carmen Orozco Dávila. Nivel De Conocimiento Y Uso De Métodos Anticonceptivos Y Su Relación Con Embarazos En Adolescentes SCS Recreo - Durán. Propuesta Educativa Enero - Diciembre 2011. [Tesis presentada para optar el Grado de Magíster en Gerencia Clínica en Salud Sexual y Reproductiva]. Ecuador. Universidad De Guayaquil Facultad De Ciencias Médicas. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/reduq/1020/1/TESIS%20CARMEN%200%20OROZCO.pdf>
20. González A Electra, Molina G Temístocles, Luttgés D Carolina. Características de la educación sexual escolar recibida y su asociación con la edad de inicio sexual y uso de anticonceptivos en adolescentes chilenas sexualmente activas. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2015 [citado 2015 Oct 15]; 80(1): 24-32. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75262015000100004&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262015000100004&lng=es).
21. Fernández García Bárbara, Mariño Membribes Eida Rosa, Ávalos González María Marlén, Baró Jiménez Victoria Guadalupe. Información sobre anticoncepción y métodos anticonceptivos en adolescentes del municipio "La Lisa". Rev Cubana Med Gen Integr [revista en la Internet]. 2013 Mar [citado 2015 Oct 15]; 29(1):3-7. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252013000100002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252013000100002&lng=es).

22. Moreno Lugo, J. Rangel Bello, D. Conocimiento Sobre Métodos Anticonceptivos En Estudiantes De 9no De La U.E. “Nuestra Señora De Lourdes” Puerto Ordaz, Estado Bolívar. [Tesis para optar al título de Lcda. en Enfermería]. Venezuela. Universidad De Oriente Núcleo Bolívar Escuela De Ciencias De La Salud “Dr. Francisco Virgilio Batistini Casalta” Departamento De Enfermería. Disponible en: <http://ri.bib.udo.edu.ve/bitstream/123456789/2226/1/29%20Tesis.%20QV9%20M843.pdf>
23. Macías-Febles M, Molina-Pérez M. Conocimientos sobre anticoncepción en adolescentes de un preuniversitario del municipio San José de las Lajas. Revista de Ciencias Médicas de La Habana [revista en Internet]. 2012 [citado 2015 Oct 14];18(2):[aprox.12p.]. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/552>
24. Gil Hernández Arletty, Rodríguez García Yarmeín, Rivero Sánchez Miguel. Intervención educativa sobre anticoncepción y adolescencia. AMC [revista en la Internet]. 2012 Feb [citado 2015 Oct 15]; 16(1): 45-52. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552012000100006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552012000100006&lng=es).
25. Fernández-Honorio I., Conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en adolescentes de centros educativos del distrito de San Juan de Lurigancho. Ágora Rev. Cient.2015; 02(01):79-88. Disponible en: <http://revistaagora.com/index.php/cieUMA/article/view/21>
26. Moras Rosado M., relación entre el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en las pacientes púerperas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - enero 2015. [Tesis pregrado]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4067/1/Moras\\_rm.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4067/1/Moras_rm.pdf)
27. Díaz, E. Nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y factores sociodemográficos en adolescentes del Colegio Nacional Nicolás La Torre, 2014 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Medicina Humana; 2015. Disponible en:

[http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1187/3/Diaz\\_e.pdf](http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1187/3/Diaz_e.pdf)

28. Rojas Carranza H., et al. Conocimiento y actitudes respecto a la sexualidad en los estudiantes de la facultad de Ciencias Sociales, 2014. Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión. Vicerrectorado de investigación. Repositorio digital. Disponible en: <http://190.116.38.24:8090/xmlui/handle/123456789/433>
29. Navarro Álvarez M., López Vásquez A. “Nivel de conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes de la urbanización Las Palmeras - Distrito de Morales. Periodo Junio – setiembre 2012.” [Tesis pregrado]. Tarapoto 2012. Universidad Nacional de San Martín. Facultad de Ciencias de la Salud. Perú.
30. Castillo Jiménez, J.; Solís Villanueva, N. Conocimientos Y Actitudes Sexuales De Los Adolescentes Del Asentamiento Humano 9 De Octubre- Pariñas Talara. In *Crescendo Ciencias de la salud*, [S.I.], v. 1, n. 1, ago. 2014. ISSN 2409-8663. Fecha de acceso: 14 oct. 2015. Disponible en: <http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/277/180>
31. Del Rosario Moscol, M., et al. Conocimiento y Actitudes Sexuales En Adolescentes Del Caserío El Papayo, Castilla-Piura. In *Crescendo Ciencias de la salud*, [S.I.], v. 1, n. 2, dic. 2014. ISSN 2409-8663. Fecha de acceso: 15 oct. 2015. Disponible en: <http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/382/256>
32. Maguiña Reyes, Y.; Solís Villanueva, N. Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de la urbanización Buenos Aires, Nuevo Chimbote, 2012. In *Crescendo Ciencias de la salud*, [S.I.], v. 2, n. 1, p. 342-354, jul. 2015. ISSN 2409-8663. Fecha de acceso: 15 oct. 2015. Disponible en: <http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/910/526>
33. Matienzo Delgado, M.; Solís Villanueva, N. Conocimientos y actitudes sexuales en adolescentes de tres comunidades, Nuevo Chimbote, 2012. In *Crescendo Ciencias de la salud*, [S.I.], v. 2, n. 1, p. 355-366, jul. 2015. ISSN 2409-8663. Fecha de acceso: 14 oct. 2015. Disponible en:

<http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/911/527>

34. Albornoz Tafur I. “Conocimientos y actitudes hacia los métodos anticonceptivos en los estudiantes de enfermería del primer año de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2006” [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2007. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/491/1/Albornoz\\_ti.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/491/1/Albornoz_ti.pdf)
35. Diccionario de la Lengua Española. 22<sup>a</sup> ed. Madrid: Real Academia española. 2012. Uso. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/srv/search?id=oCFG CZmiwDXX2I9NKGOK>
36. Resolución ministerial No 107-2005. Lima 14 de febrero del 2005. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portal/servicios/susaludesprimero/adolescente/RM107-2005.pdf>
37. Organización Mundial de la Salud. [Internet] OMS, Temas de Salud. [Acceso 01 octubre 2015] Disponible en: [http://www.who.int/topics/adolescent\\_health/es/](http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/)
38. Ministerio de Salud. [Internet] MINSA, Modelo de Atención Integral de Salud. [Acceso 01 octubre 2015] Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portal/Servicios/SuSaludEsPrimero/MAIS/mais.asp>
39. Ministerio de Salud del Perú. Sexo, prevención y riesgo. Lima: 1ra ed. 2008. Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/CARE-Sexo-Prevencion-Riesgo.pdf>
40. Diccionario de la Lengua Española. 22 ed. Madrid: Real Academia Española. 2012 Método. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/srv/search?id=IhOPwiShMDXX2S4PzXc1>
41. Diccionario de la Lengua Española. 22 ed. Madrid: Real Academia Española. 2012. Anticonceptivo. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/srv/search?key=anticonceptivo>
42. Medical dictionary. [Internet] [Citado el 29 setiembre 2015]. Disponible en: <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/contraceptive+method>
43. Medicinenet [Internet] [Citado 30 setiembre 2015]. Disponible en: <http://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=53351>

44. Hanson, S.J.; Burke, Anne E. (21 December 2010). "Fertility control: contraception, sterilization, and abortion". The Johns Hopkins manual of gynecology and obstetrics (4th edición). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins. pp. 382–395.
45. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial 652-2016. Norma Técnica de Planificación Familiar. Lima: MINSA, 31 Agosto 2016. Disponible en: [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM\\_652-2016\\_MINSA.pdf](ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2016/RM_652-2016_MINSA.pdf)

## ANEXOS

### ANEXO 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	INDICADORES	METODOLOGÍA
<p><b><u>Problema General</u></b></p> <p>¿Cuál es el Nivel de Conocimiento y Uso de Métodos Anticonceptivos en adolescentes de 4to - 5to de secundaria del Colegio "Andrés A. Cáceres". Setiembre a Noviembre 2015?</p>	<p><b><u>Objetivo General</u></b></p> <p>Determinar el nivel de Conocimiento y Uso de Métodos Anticonceptivos en adolescentes de 4to y 5to de secundaria del Colegio "Andrés A. Cáceres" durante el periodo de Setiembre a Noviembre 2015</p>	<p><b><u>Hipótesis General</u></b></p> <p>A elevado nivel de Conocimiento, mayor uso de métodos anticonceptivos en los adolescentes de 4to y 5to de secundaria del Colegio "Andrés A. Cáceres" durante el periodo de Setiembre a Noviembre 2015.</p>	<p><b>Variable Independiente (VI)</b></p> <p>Nivel de Conocimiento</p>	<p>-Elevado: 13-18 puntos</p> <p>-No elevado: Medio: 6-12 puntos Bajo: 0-5 puntos</p>	<p><b><u>TIPO DE INVESTIGACIÓN</u></b></p> <p>Estudio Observacional Transversal descriptivo.</p> <p><b><u>POBLACIÓN</u></b></p> <p>La población a estudiar fueron los adolescentes del nivel secundario del Colegio "Andrés A. Cáceres". La muestra, estuvo conformada por todos los alumnos del cuarto y quinto año de secundaria del Colegio "Andrés A. Cáceres", que equivale a 124 adolescentes. Se seleccionó a todos los adolescentes que cumplieron con los criterios de inclusión, siendo un total de 99 adolescentes.</p>
			<p><b>Variable Dependiente (VD)</b></p> <p>Uso de Métodos Anticonceptivo</p>	<p>-Uso</p> <p>-Tipos de Métodos anticonceptivos</p>	
<p><b><u>Problemas Específicos</u></b></p> <p>1.- Cuáles son los factores sociodemográficos de los adolescentes de 4to y 5to de secundaria del Colegio "Andrés A. Cáceres" durante el periodo de Setiembre a Noviembre 2015</p>	<p><b><u>Objetivos Específicos</u></b></p> <p>1.- Identificar los factores sociodemográficos de los adolescentes de 4to y 5to de secundaria del Colegio "Andrés A. Cáceres" durante el periodo de Setiembre a Noviembre 2015.</p>	<p><b><u>Hipótesis Específicas</u></b></p> <p>1.- En los adolescentes de 4to y 5to de secundaria del Colegio "Andrés A. Cáceres", durante el periodo de Setiembre a Noviembre 2015, es más frecuente la religión católica, Tipo de Familia Nuclear, y el colegio es la fuente de información más frecuente.</p>	<p><b>Variable Independiente (VI)</b></p> <p>Factores Sociodemográficos</p>	<p>-Año de Estudios</p> <p>-Edad</p> <p>-Sexo</p> <p>-Religión</p> <p>-Tipo de familia</p> <p>-Fuente de información</p>	
<p>2.- ¿Cuál es el nivel de conocimiento de Métodos Anticonceptivos en adolescentes de 4to y 5to de secundaria del Colegio "Andrés A. Cáceres" durante el periodo de Setiembre a Noviembre 2015.</p>	<p>2.- Determinar el nivel de Conocimiento de Métodos Anticonceptivos en adolescentes de 4to y 5to de secundaria del Colegio "Andrés A. Cáceres" durante el periodo de Setiembre a Noviembre 2015.</p>	<p>2.- Existe asociación entre el nivel de Conocimiento de los métodos anticonceptivos y el año de estudios de los adolescentes del Colegio "Andrés A. Cáceres" durante el periodo de Setiembre a Noviembre 2015.</p>	<p><b>Variable Independiente (VI)</b></p> <p>Año de estudios</p>	<p>-4to de secundaria</p> <p>-5to de secundaria</p>	
			<p><b>Variable Dependiente (VD)</b></p> <p>Nivel de Conocimiento</p>	<p>-Elevado: 13-18 puntos</p> <p>-No elevado: Medio: 6-12 puntos Bajo: 0-5 puntos</p>	
<p>3.- ¿Usan métodos anticonceptivos los adolescentes de 4to y 5to de secundaria del colegio "Andrés A. Cáceres" durante el periodo de Setiembre a Noviembre 2015</p>	<p>3.- Determinar el Uso de los métodos anticonceptivos en adolescentes de 4to y 5to de secundaria del Colegio "Andrés A. Cáceres" durante el periodo de Setiembre a Noviembre 2015.</p>	<p>3.- Existe asociación entre el uso de métodos anticonceptivos y el año de estudios de los adolescentes del Colegio "Andrés A. Cáceres" durante el periodo de Setiembre a Noviembre 2015.</p>	<p><b>Variable Independiente (VI)</b></p> <p>Año de estudios</p>	<p>-4to de secundaria</p> <p>-5to de secundaria</p>	
			<p><b>Variable Dependiente (VD)</b></p> <p>Uso de Métodos Anticonceptivos</p>	<p>-Uso</p> <p>-Tipos de Métodos anticonceptivos</p>	

<p>4.- ¿Cuál es el nivel de conocimiento de Métodos Anticonceptivos según los Factores sociodemográficas en adolescentes de 4to y 5to de secundaria del Colegio "Andrés A. Cáceres" durante el periodo de Setiembre a Noviembre 2015?</p>	<p>4.- Determinar el nivel de conocimiento de Métodos Anticonceptivos según los Factores sociodemográficas en adolescentes de 4to y 5to de secundaria del Colegio "Andrés A. Cáceres" durante el periodo de Setiembre a Noviembre 2015.</p>	<p>4.- Existe asociación entre el nivel de Conocimiento de los métodos anticonceptivos y los factores sociodemográficos de los adolescentes del Colegio "Andrés A. Cáceres" durante el periodo de Setiembre a Noviembre 2015.</p>	<p><b>Variable Independiente (VI)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Año de estudios</li> <li>-Edad</li> <li>-Sexo</li> <li>-Religión</li> <li>-Tipo de Familia</li> <li>-Fuente de información</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-4to de secundaria</li> <li>5to de secundaria</li> <li>-16 años o menos: 15, 16 años</li> <li>-Mayor de 16 años: 17, 18 años y otros</li> <li>-Femenino</li> <li>Masculino</li> <li>-Católica</li> <li>-Evangélica y protestante: Evangélica y otras</li> <li>-Familia Nuclear: Nuclear y Monoparental</li> <li>-Familia Extendida</li> <li>-Ha recibido información: Padres, colegio, internet, amigo (a), Médico, Otros</li> <li>-No ha recibido</li> </ul>	
			<p><b>Variable Dependiente (VD)</b></p> <p>Nivel de Conocimiento</p>	<p>Elevado: 13-18 puntos No elevado: Medio: 6-12 puntos Bajo: 0-5 puntos</p>	
<p>5.- ¿Cuál es el Uso de Métodos Anticonceptivos según los Factores Sociodemográficas en adolescentes de 4to y 5to de secundaria del Colegio "Andrés A. Cáceres" durante el periodo de Setiembre a Noviembre 2015?</p>	<p>5.- Determinar el Uso de Métodos Anticonceptivos según los Factores Sociodemográficas en adolescentes de 4to y 5to de secundaria del Colegio "Andrés A. Cáceres" durante el periodo de Setiembre a Noviembre 2015.</p>	<p>5.- Existe asociación entre el uso de métodos anticonceptivos y los factores sociodemográficos de los adolescentes del Colegio "Andrés A. Cáceres" durante el periodo de Setiembre a Noviembre 2015.</p>	<p><b>Variable Independiente (VI)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Año de estudios</li> <li>-Edad</li> <li>-Sexo</li> <li>-Religión</li> <li>-Tipo de Familia</li> <li>-Fuente de información</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-4to de secundaria</li> <li>5to de secundaria</li> <li>-16 años o menos: 15, 16 años</li> <li>-Mayor de 16 años: 17, 18 años y otros</li> <li>-Femenino</li> <li>Masculino</li> <li>-Católica</li> <li>-Evangélica y protestante: Evangélica y otras</li> <li>-Familia Nuclear: Familia Nuclear y Familia Monoparental</li> <li>-Familia Extendida</li> <li>-Ha recibido información: Padres, colegio, internet, amigo (a), Médico, Otros</li> <li>-No ha recibido</li> </ul>	
			<p><b>Variable Dependiente (VD)</b></p> <p>Uso de Métodos Anticonceptivo</p>	<p>-Uso -Tipos de Métodos anticonceptivos</p>	

## ANEXO 02: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	TIPO DE RESPUESTA	ESCALA - MEDICIÓN	INSTRUMENTO
<b>Año de estudios</b>	Grado académica que se encuentra cursando una persona en una Institución educativa	Año de estudios del adolescente	Independiente Cualitativa	Educacional	- 4to - 5to	Dicotómica	ordinal	Ficha de recolección de datos
<b>Edad</b>	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento; se mide en años de vida cumplidos	Años cumplidos del adolescente	Independiente Cuantitativa discreta	Biológica	- 16 años o menos: 15, 16 años - Mayor de 16 años: 17, 18 años y otros	Politómica	Escala	Ficha de recolección de datos
<b>Sexo</b>	Conjunto de características anatómicas, fisiológicas que distinguen a las mujeres de los hombres.	Condición orgánica masculina o femenina Fenotipo	Independiente Cualitativa	Biológica	- Hombre - Mujer	Dicotómica	nominal	Ficha de recolección de datos
<b>Religión</b>	Credo sobre una entidad divina. Implica un vínculo entre el hombre y Dios; de acuerdo a sus creencias, la persona registrará su comportamiento.	Religión que refiere practicar el adolescente	Independiente Cualitativa	Religiosa	- Católica: seguidor de la iglesia católica , principal rama del cristianismo - Evangélica y protestante: Evangélica: rama protestante del cristianismo y otra	Politómica	nominal	Ficha de recolección de datos

<b>Tipo de familia</b>	Familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado Según quienes lo conforman se clasifican en tipos.	Quienes conforman la familia del adolescente	Independiente Cualitativa	Social	- Familia Nuclear: Familia Nuclear: Constituida por padre, madre e hijo Familia Monoparental: constituido por padre o madre e hijo - Familia Extendida: constituido por padre y/o madre, hijo, familiares	Politómica	nominal	Ficha de recolección de datao
<b>Fuente de información</b>	Objetos o personas que contienen datos útiles para satisfacer una demanda de información o conocimiento.	Quien brinda la información sobre Métodos Anticonceptivos	Independiente Cualitativa	Social	- Ha recibido información: De tus Padres En el colegio En el internet De tu amigo (a) Médico Otros - No ha recibido	Politómica	nominal	Ficha de recolección de datos
<b>Nivel de Conocimiento de métodos anticonceptivos</b>	Conjunto de saberes relacionados a definición, tipos, indicaciones, de los Métodos Anticonceptivos que presenta producto de su aprendizaje o experiencia adquirida.	En este estudio el nivel de conocimiento se evaluará mediante las escalas de elevado, medio y bajo según el puntaje obtenido	Dependiente Cualitativa	Social Cultural	- Elevado: 13-18 puntos - No elevado: Medio: 6-12 puntos Bajo: 0-5 puntos	Politómica	Ordinal	cuestionario

<b>Uso de métodos anticonceptivos</b>	Acción y Efecto de usar Métodos Anticonceptivos	Empleo de los métodos anticonceptivos.	Dependiente Cualitativa	Social	- Si - No	Dicotómica	Nominal	Ficha De recolección de datos
<b>Método anticonceptivo que usa</b>	Método anticonceptivo que ha usado al menos por una vez	Método anticonceptivo que usa	Independiente Cualitativa	Social	- Usa: Método del ritmo Método del moco cervical Método del collar Método de lactancia materna y amenorrea (MELA) Condón Espermicidas Anticonceptivos orales Inyectables Implante Dispositivos Intrauterinos Anticoncepción Oral De Emergencia - No usa	Politémica	Nominal	Ficha de recolección de datos

## ANEXO 03: INSTRUMENTO

### **NIVEL DE CONOCIMIENTO Y USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES**

Buenos días, mi nombre es Katia Mallma Yactayo estudiante del 6to año de Medicina Humana de la URP, a continuación hay algunas preguntas que me ayudarán a desarrollar el trabajo de investigación titulado “Conocimiento y uso de Métodos Anticonceptivos en adolescentes de 4to - 5to de secundaria del Colegio Andrés A. Cáceres. Setiembre a Noviembre 2015”. El motivo de este estudio es obtener estadísticas actuales acerca del nivel de conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en los adolescentes, ya que es primordial que ellos conozcan los diferentes métodos que existen y así evitar embarazos no deseados, abortos, muertes maternas, y demás problemas sociales que trae consigo. Los resultados de este estudio se difundirán y con ellos buscaré que los municipios y las autoridades en salud y educación sepan cuál es el actual nivel conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos en los adolescentes y reforzar los programas de educación sexual y reproductiva en ellos. Toda la información que nos brinde será absolutamente confidencial y anónima. Los datos serán usados únicamente para fines de la investigación, por lo que se le solicita que responda con la mayor sinceridad.

**Instrucciones:** Marque con un aspa su respuesta. Recuerde que esto no es un examen, por lo que no existen respuestas malas ni buenas. Por favor, no deje ninguna pregunta sin contestar.

#### **I.- FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS**

##### **1. ¿Cuál es su edad?**

a) 15 ( ) b) 16 ( ) c) 17 ( ) d) 18 ( ) e) Otra.....

##### **2. ¿Cuál es su sexo?**

M ( ) F ( )

##### **3. ¿Cuál es su religión?**

a) Católica (o)

- b) Evangélica (o)
- c) Otra:.....

**4. ¿Cuál es el tipo de familia que conforma?**

- a) Familia Nuclear (con ambos padres)
- b) Familia Monoparental (solo con el padre o solo con la madre)
- c) Familia Extendida (con padres, tíos, primos, abuelos, etc.)

**5. ¿Has recibido información sobre métodos anticonceptivos?**

- a) De tus padres
- b) En el colegio
- c) En el internet
- d) De tu amigo (a)
- e) Médico
- f) Otros
- g) No la ha recibido

**II.- NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS**

**6. ¿Cuál es el método anticonceptivo 100% eficaz para evitar el embarazo?**

- a) Usando anticonceptivos orales.
- b) Usando preservativo.
- c) Terminar afuera o eyacular fuera de la vagina.
- d) Orinar después de haber tenido relaciones sexuales.
- e) La abstinencia.

**7. ¿Para qué sirve el preservativo (condón) en la relación sexual?**

- a) Previene el embarazo, las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA
- b) Disminuyen la producción de semen
- c) Aumenta la sensación haciendo la relación sexual más agradable para la pareja.

**8. ¿Cuáles de los siguientes métodos anticonceptivos son considerados naturales?**

- a) Preservativo, píldoras o pastillas

- b) Método del ritmo.
- c) Inyecciones anticonceptivas.

**9. ¿En el método del ritmo, ¿los días en que la mujer puede quedar embarazada teniendo relaciones sexuales son?**

- a) Los últimos días del ciclo menstrual
- b) Los primeros días del ciclo menstrual
- c) Los días intermedios del ciclo menstrual

**10. ¿Cuándo usa la mujer el método de la lactancia materna?**

- a) Su bebé es mayor de 6 meses de edad
- b) Su bebé es menor de 6 meses de edad, le da de lactar con frecuencia y no han regresado sus periodos menstruales.
- c) Cuando su bebé no recibe leche materna en forma exclusiva.

**11. ¿Cuál de los siguientes es un método anticonceptivo de barrera?**

- a) El preservativo
- b) La ligadura de trompas
- c) La píldora
- d) Del calendario o del ritmo

**12. ¿Cuál de los siguientes es un método anticonceptivo hormonal?**

- a) El preservativo
- b) La ligadura de trompas
- c) La píldora
- d) Del calendario o del ritmo

**13. ¿Cuándo deben tomarse los anticonceptivos orales?**

- a) Deben tomarse solo los días que se tiene relaciones sexuales
- b) Deben tomarse diariamente
- c) Deben tomarse interdiario.

**14. ¿Cuándo se toma la píldora del día siguiente?**

- a) Se toma todos los días

- b) Se toma en caso de una relación sexual sin protección
- c) Se toma antes de una relación sexual

**15. ¿En qué consiste La T de cobre?**

- a) Una sustancia que se ingiere antes del contacto sexual.
- b) Es una pastilla cuyo compuesto se basa en cobre.
- c) Es un dispositivo en forma de T que se coloca vía vaginal en el útero.

**16. ¿Cuáles de los siguientes métodos anticonceptivos son considerados definitivos?**

- a) Preservativo, pastillas anticonceptivas, método del ritmo.
- b) Preservativo, ligadura de trompas, pastillas anticonceptivas.
- c) Ligaduras de trompas, vasectomía
- d) Todas las anteriores.

**17. ¿Cómo se consideran a las espumas o jaleas espermicidas?**

- a) Que previenen enfermedades de la vagina
- b) Que no destruyen los espermatozoides del semen del hombre
- c) Que destruyen los espermatozoides del semen del hombre

**18. ¿Estás de acuerdo con el uso de métodos anticonceptivos?**

- a) Si
- b) No

**III.- USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS**

**19.- ¿Usas algún método anticonceptivo?**

- a) Sí
- b) No

**20.- ¿Qué método anticonceptivo usas?**

- a) Método del ritmo
- b) Método del moco cervical
- c) Método del collar

- d) Método de lactancia materna y amenorrea (MELA)
- e) Condón
- f) Espermicidas
- g) Anticonceptivos orales
- h) Inyectables
- i) Implantes
- j) Dispositivos Intrauterinos (DIU)
- k) Anticoncepción Oral De Emergencia
- l) No usa

ANEXO 04: RESOLUCIÓN MINISTERIAL 652-2016 – NORMA TÉCNICA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR: Tipos de Métodos Anticonceptivos

NTS Nº 124 -Minsa/DGIESP-V.01  
NORMA TÉCNICA DE SALUD DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

4	<b>No se debe usar el método</b>	
---	----------------------------------	---

- En el caso de métodos permanentes, ninguna condición médica descarta la opción de realizarse una vasectomía o una ligadura de trompas.
- Algunas condiciones o afecciones pueden requerir que se aplase el procedimiento o que se efectúe con precaución bajo ciertas condiciones.

**Categorías para AQV Femenina**

Acepta (A)	No hay razón médica para negar el método a una usuaria con esta patología y circunstancias
Precaución (C)	Normalmente se suministra el método en condiciones de rutina, pero con preparación y precauciones adicionales
Demore (D) o postergue	El uso del método deberá postergarse hasta que la patología sea evaluada y/o corregida. Deberán suministrarse métodos anticonceptivos temporales alternativos
Especial (S)	El procedimiento debe llevarse a cabo en condiciones en que se disponga de un cirujano y personal experimentado, el equipo necesario para la administración de anestesia general y demás apoyo médico de respaldo. También es preciso tener la capacidad de decidir el procedimiento y el apoyo anestésico más apropiados.  Deberán suministrarse métodos anticonceptivos temporales alternativos si resulta necesario derivar o si se posterga por algún motivo.

En todos los casos que se realice AQV se debe contar con un médico especialista o con competencias, asimismo con anestesiólogo en establecimientos calificados como PES para AQV.

Para evaluar con mayor detalle cada método ver criterios médicos de legibilidad. (Anexo 1)

**8.2. METODOS ANTICONCEPTIVOS:**

**8.2.1 MÉTODOS DE ABSTINENCIA PERIÓDICA**

Este método está basado en el reconocimiento de signos y síntomas asociados a los periodos fisiológicos de fertilidad e infertilidad, y el uso de periodos infértiles para la actividad sexual. Se incluyen: Método del ritmo, Método del moco cervical (de Billings) y Método de los días fijos o método del Collar.

**Fundamentos Fisiológicos y Conductuales**

El Periodo fértil es episódico ya que la Ovulación se produce una vez en cada ciclo menstrual, la sobrevivencia del ovulo es de 12 – 24 horas y la sobrevivencia de los espermatozoides es de 5 días aproximadamente, en el tracto genital femenino.

Las mujeres deben tener la capacidad de reconocer el periodo fértil

Las parejas deben tener la capacidad y motivación para abstenerse de tener relaciones sexuales en los días fértiles.

**a. MÉTODO DEL RITMO, OGINO-KNAUS, DE LA REGLA O DEL CALENDARIO:**



M. Pun Ch.



Abstinencia de relaciones sexuales en el periodo fértil del ciclo menstrual para evitar un embarazo.

**1. Mecanismo de acción**

Basado en la abstinencia sexual durante la fase fértil del ciclo menstrual para evitar un embarazo.

**2. Condiciones que contraíndican su uso:**

- Mujeres con ciclos menstruales irregulares en cuanto a duración y características de la menstruación y/o sangrado inter menstrual.
- Adolescentes que aún no han regularizado su ciclo menstrual y mujeres en la peri menopausia.
- 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.
- En el post parto o post aborto reciente.
- Durante la lactancia materna.

**3. Características:**

- Incrementa la participación masculina en la planificación familiar.
- Puede ser usado por mujeres que por diversas razones no desean usar otros métodos.
- Útil para mujeres con ciclos regulares establecidos, entre 27 y 30 días.
- Requiere una capacitación especial de la pareja para su práctica y un proveedor capacitado para la orientación/consejería apropiada.
- Los periodos de abstinencia para algunas personas pueden parecer prolongados
- Su eficacia puede afectarse por factores externos, que alteran el ciclo menstrual: estrés, viaje, enfermedad, dieta, ejercicio y otros.
- No protegen de las Infecciones de Transmisión sexual (ITS), VIH/SIDA, ni HTVL1.

**4. Tasa de falla**

- 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.

**5. Efectos colaterales**

- No causa efectos colaterales

**6. 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 9no y 19no día del ciclo menstrual.
- Se recomienda el uso del condón en parejas en riesgo de ITS, VIH/SIDA, HTVL1.

**7. Programación de seguimiento:**

- Es importante que las mujeres acudan al primer control a los 15 días de iniciar el método y luego cada dos meses durante el primer año de uso para ver la conformidad con el método, y luego cada año para una atención integral de salud sexual y reproductiva.
- Se considera pareja protegida a la que recibe 6 atenciones de planificación familiar en un año, en cualquier nivel de atención.
- Informar a la/el usuaria/o que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que lo consideren necesario.



M. Plu Ch



#### b. MÉTODO BILLINGS, DE LA OVULACIÓN O DEL MOCO CERVICAL

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

##### 1. Mecanismo de acción

Basado en la abstinencia sexual durante la fase fértil del ciclo menstrual para evitar un embarazo.

##### 2. Condiciones que contraindican su uso

- Mujeres con inhabilidad para reconocer: las características de su ciclo menstrual, cambios en el moco cervical y otros síntomas y signos asociados al ciclo menstrual.
- En personas que no estén en situación de practicar la abstinencia sexual cuando el método lo requiera, como mujeres que sufren violencia y exigencias sexuales de su pareja.
- Infecciones, conización, enfermedades o uso de medicamentos (Litio, antidepresivos, tricíclicos, ansiolíticos, óvulos) que alteren o afecten el moco cervical.
- Utilizar con precaución en mujeres con flujo vaginal persistente, o que estén dando de lactar. ebe brindarse orientación/consejería sobre las dificultades para predecir el período fértil.

##### 3. 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 reconocer características fisiológicas del moco, facilitando 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 se afecta por factores externos que alteren el ciclo menstrual: (estrés, viaje, enfermedad y otros).
- No previenen la Infecciones de Transmisión sexual (ITS), VIH - SIDA, ni HTVL1.

##### 4. Tasa de falla

- 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.

##### 5. Forma de uso:

- La mujer debe identificar el período fértil de acuerdo a las características 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 miccionar 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 período fértil se inicia con el primer día en que se identifica el moco cervical y dura hasta tres días después de la desaparición brusca 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.
- Se recomienda el uso del condón en parejas en riesgo de ITS, VIH/SIDA, HTVL1.

##### 6. Programación de seguimiento

- Las parejas o mujeres que usan este método no requieren de ningún tipo de insumos (sólo la hoja de seguimiento para registro).
- Es importante que las mujeres acudan al primer control a los 15 días de iniciar el método y luego cada dos meses durante el primer año de uso para ver la conformidad con el método, luego cada año.
- Informar a la/el usuaria/o que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que lo consideren necesario.
- Se considera pareja protegida a la que recibe 6 atenciones de planificación familiar en un año; en cualquier nivel de atención.



M. Pun Ch.



- Brindar cada año una atención integral en salud sexual y reproductiva.

### c. MÉTODO DE LOS DÍAS FIJOS O DEL COLLAR

Método de abstinencia periódica que se apoya en perlas de colores (marrón, blanco y rojo) para determinar los días fértiles del ciclo menstrual.

#### 1. Mecanismo de acción

Basado en la abstinencia sexual durante la fase fértil del ciclo menstrual para evitar un embarazo.

#### 2. Condiciones que contraindican su uso

- 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.

#### 3. Características

- Incrementa la participación masculina en la planificación familiar.
- Puede ser usado por mujeres de cualquier edad reproductiva con ciclos regulares entre 26 y 32 días.
- Apropiado para parejas que por diversas razones no deseen usar otros métodos.
- Requiere una capacitación de la pareja para su práctica y un proveedor capacitado para la orientación apropiada.
- 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, ni HTVL1.

#### 4. Tasa de falla

- 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.

#### 5. Forma de uso

- Se determina por historia si la mujer tiene ciclos entre 26 y 32 días.
- Se indaga sobre la aceptación de su pareja a no tener relaciones sexuales sin protección durante los días fértiles.
- Se ofrece como ayuda visual el "collar" que consiste en 32 perlas de colores que representan los días del ciclo menstrual y un anillo movable para marcar el día del ciclo en el que está la mujer:
  - Una perla roja que representa el primer día de menstruación.
  - Seis perlas marrones que representan días no fértiles o de baja posibilidad de embarazo.
  - Doce perlas blancas que representan los días fértiles, de alta probabilidad de embarazo.
  - Trece perlas marrones que representan días no fértiles de muy baja probabilidad de embarazo.
- Al inicio de la menstruación la mujer debe colocar el anillo de hule negro en la perla roja, y anotarlo en el calendario.
- La mujer debe avanzar el anillo de hule negro todos los días, y debe abstenerse de tener relaciones sexuales en los días que coincidan con las perlas blancas.
- Si el ciclo termina antes de pasar la perla 27 (marrón más oscura) o dure más de 32 días en dos ocasiones en un año, tendrá que elegir otro método de planificación familiar.
- Se recomienda el uso del condón en parejas en riesgo de ITS, VIH/SIDA, HTVL1.

#### 6. Programación de seguimiento

- Las parejas o mujeres que usan este método no requieren de ningún tipo de insumo en las visitas de seguimiento, salvo caso de pérdida o deterioro del collar.



M. Fun.Ch.



- Es importante que las mujeres acudan al primer control a los 15 días de iniciar el método y luego cada dos meses durante el primer año de uso para ver la conformidad con el método, y luego cada año.
- Informar a la/el usuaria/o que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que lo consideren necesario.
- Se considera pareja protegida a la que recibe 6 atenciones de planificación familiar en un año, en cualquier nivel de atención.
- Brindar cada año una atención integral en salud sexual y reproductiva.

### 8.2.2. MÉTODO DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y AMENORREA (MELA)

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

#### 1. Mecanismo de acción

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

#### 2. Condiciones que contraindican su uso

- Mujeres que tengan contraindicaciones para dar de lactar a su hijo.
- Mujeres portadoras de VIH SIDA, HTVL.1
- Mujeres que no cumplen los tres requisitos para el MELA.

#### 3. Características

- 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, es decir que no haya sangrado después de los 42 días post parto.
  - Que la usuaria se encuentre dentro de los 6 meses post parto.
- Fácil de aplicar.
- Eficaz si se cumple con los criterios básicos.
- No interfiere 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 es la mejor fuente de nutrición para el niño en los primeros meses.
- No previene las Infecciones de Transmisión sexual (ITS), ni el VIH/SIDA, ni HTVL1.
- Se recomienda el uso del condón en parejas en riesgo de ITS, VIH/SIDA, HTVL1.

#### 4. Limitaciones: Depende de la usuaria, circunstancias sociales, laborales, voluntad o costumbres que limitan el uso del método. Las madres portadoras de VIH o HTVL 1 no deben dar de lactar.

#### 5. Tasa de falla

- Falla teórica o de uso perfecto 1 embarazo por 100 mujeres, en los primeros seis meses post parto.
- Falla de uso o uso típico 2 embarazos por 100 mujeres, en los primeros seis meses post parto.

#### 6. Programación de seguimiento

- Las parejas o mujeres que usan este método no requieren de ningún tipo de insumos.
- Es importante que las mujeres acudan al primer control a los cuarenta y cinco días postparto y luego según lo requiera, abandono de la lactancia materna exclusiva y/o aparición de la menstruación.
- Se considera pareja protegida a la que recibe la segunda atención en MELA a los 6 meses, en todos los niveles de atención.
- Asegurarse que al cumplir los seis meses de post parto y/o abandono de la lactancia materna exclusiva y/o aparición de la menstruación, reciba la orientación/consejería para la elección de un método alternativo.



M. Pun Ch.



- Informar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que lo consideren necesario.
- Brindar cada año una atención integral en salud sexual y reproductiva.

### 8.2.3. MÉTODOS DE BARRERA

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

#### a. CONDÓN MASCULINO

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

1. **Mecanismo de Acción:**
  - Impide que los espermatozoides tengan acceso al tracto reproductor femenino.
2. **Condiciones que contraindican su uso**
  - Alergia o hipersensibilidad al látex.
3. **Características**
  - Es un método eficaz, si se usa correctamente.
  - Pocos efectos colaterales (alergia al látex).
  - De fácil obtención y bajo costo.
  - No requiere examen ni prescripción médica.
  - Fomenta la responsabilidad del varón en la anticoncepción.
  - Su uso correcto otorga doble protección: protege de embarazos no planificados y del riesgo de adquirir Infecciones de Transmisión Sexual /VIH-SIDA y HTVL1.
  - Depende del usuario, requiere una motivación constante.
  - Puede mejorar la relación sexual cuando su colocación es parte del juego sexual.
  - No debe ser usado simultáneamente con el condón femenino.
  - Condiciones de almacenaje:
    - El ambiente debe ser seco.
    - Evitar fuentes directas de calor o luz solar.
    - Asegurar que se encuentren dentro de los cinco años de la fecha de fabricación o manufactura (MFD).
    - Antes de distribuirlos el proveedor debe revisar la integridad del sobre y asegurarse que mantiene la sensación de "almohadilla de aire".
4. **Tasa de Falla**
  - Falla teórica o de uso perfecto 2 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
  - Falla de uso o uso típico 15 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
5. **Posibles efectos secundarios y su tratamiento**
  - Irritación del pene o la vagina por alergia.
  - Tratamiento: higiene vulvoperineal y aplicación de una crema antipruriginosa y antiinflamatoria.
  - Si vuelve a presentarse cambiar de método anticonceptivo.
6. **Forma de uso**
  - Asegurarse de la integridad del envase (ver si está deteriorado o roto o con pérdida de turgencia del mismo).
  - Verificar la fecha de manufactura en el sobre, no deberá ser mayor de cinco años.
  - Usar un condón o preservativo nuevo en cada relación sexual y colocarlo desde la erección antes de la penetración (coito).
  - Cada condón se usa una sola vez, si tuviera otra relación sexual use otro condón.
  - Si fuera necesario, se puede usar lubricantes solo a base de agua y no oleosos.
  - Se debe retirar antes que el pene pierda la erección, envolviéndolo en papel higiénico sin amarrarlo.



M. Puh Ch



- Eliminar el condón en depósitos que eviten que otras personas puedan estar en contacto con el mismo.

#### 7. Programación de seguimiento

- En la primera visita se entregará 10 condones.
- Citar a la/el usuaria/o al primer mes para evaluar el uso adecuado del método y entregarle la provisión de 30 condones para los siguientes 3 meses.
- Posteriormente deberá acudir al establecimiento o proveedor cada tres meses para la entrega de 30 condones.
- Se considera pareja protegida cuando recibe 100 condones en el año en 4 atenciones.
- Brindar cada año una atención integral en salud sexual y reproductiva.
- Informar a la/el usuaria/o que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que lo consideren necesario.

#### b. CONDON FEMENINO

El Condón Femenino es una funda amplia y delgada de polímero de nitrilo que se coloca en la vagina antes de una relación sexual.

##### 1. Mecanismo de acción

- Impide el pasaje de los espermatozoides al tracto reproductor femenino.

##### 2. Condiciones que contraindican el uso de condones femeninos

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

##### 3. Características

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

##### 4. Tasa de falla

- Falla teórica o de uso perfecto 5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
- Falla de uso o uso típico 21 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

##### 5. Forma de uso

- Informar que se puede usar en cualquier momento en que la usuaria lo desee.
- Se debe usar un nuevo condón femenino para cada acto sexual.
- Explicar a la usuaria:
  - Que revise el paquete del condón. Si está dañado o roto, no debe utilizarlo. Evitar el uso del condón pasada su fecha de vencimiento (3 años).
  - Lavarse las manos con un jabón neutro y agua limpia antes de introducir el condón.



M. Pun Ch.



- Antes de abrir el sobre, frotar juntos los lados del condón femenino para distribuir bien el lubricante.
- Antes de ningún contacto físico o penetración, introducir el condón en la vagina.
- Elegir una posición en que se esté cómoda para la inserción (en cuclillas, levantando una pierna, sentada, o recostada).
- Sostener el condón con el extremo abierto colgando hacia abajo. Apretar el anillo interno del condón con el dedo pulgar y el dedo medio.
- Sostener el dedo índice entre el dedo pulgar y el dedo medio mientras continúa apretando el anillo interno del condón.
- Sosteniendo el condón con los tres dedos de una mano, con la otra mano separar los labios de la vagina.
- Colocar el condón en la entrada del canal vaginal y soltarlo.
- Luego con el dedo índice por dentro del condón empujar el anillo interno dentro de la vagina. Unos 2,5 centímetros del condón con el anillo externo quedarán fuera del cuerpo.
- Asegurar que el pene entre en el condón y se mantenga en su interior. El hombre o la mujer deberán guiar cuidadosamente la punta del pene dentro del condón y no entre el condón y la pared de la vagina.
- Si el pene se sale fuera del condón, retire y pruebe otra vez.
- Si accidentalmente se expulsa el condón fuera de la vagina o si se lo empuja hacia adentro durante el acto sexual, colocar otra vez el condón en su sitio.
- Después de que el hombre retira su pene, sostener el aro externo del condón, girar para sellar dentro los fluidos y suavemente, retirarlo de la vagina
- Sacarlo con cuidado y arrojarlo en la basura, no en el inodoro.
- Utilizar un condón nuevo con cada relación sexual.
- Si la mujer desea utilizar lubricantes, utilizar a base de agua. Colocar una a dos gotas de lubricante en el extremo de la funda por fuera, alrededor del anillo del condón por dentro, o donde considere necesario.

#### 6. Programación de seguimiento

- En la primera visita se entregará 10 condones femeninos.
- Citar a la usuaria al primer mes de iniciado el uso, para evaluar el adecuado uso del método. Sin embargo, la usuaria puede retornar en cualquier momento luego de agotado su provisión.
- Continuadoras llevarán 30 condones femeninos para los siguientes 3 meses.
- Posteriormente deberá acudir al establecimiento o proveedor cada tres meses para la entrega de 30 condones.
- Se considera pareja protegida cuando ha recibido 100 condones femeninos en el año en 4 atenciones.
- Brindar cada año una atención integral en salud sexual y reproductiva.

#### c. ESPERMICIDAS

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

##### 1. Mecanismo de acción

- Inactivan o destruyen los espermatozoides en la vagina.

##### 2. Condiciones que contraindican el uso de espermicidas

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

##### 3. Características:

- Eficacia inmediata si se usa correctamente.
- No tiene efectos secundarios sistémicos.
- No requiere examen médico previo.
- No requiere prescripción médica.
- Algunos aumentan la lubricación durante el coito.
- Depende de la usuaria.
- Requiere una motivación constante.



M. Run Ch.



- Está relacionado con el coito.
  - Puede producir irritación del pene y vagina.
  - No previenen las Infecciones de Transmisión sexual (ITS), VIH SIDA, ni el HTVL1.
  - Para mayor protección de la pareja es recomendable el uso de condón.
  - No debe recomendarse su uso en mujeres expuestas al riesgo de ITS, HIV-SIDA.
4. Tasa de falla:
- Falla teórica o de uso perfecto 18 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
  - Falla de uso o uso típico 29 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
5. Forma de uso
- Colocar el óvulo, tableta vaginal o gel en la vagina lo más profundo posible, 15 o 20 minutos antes de cada relación sexual.
  - La mujer debe quedarse acostada durante estos 15 o 20 primeros minutos para que el óvulo o tableta vaginal se disuelva.
  - El efecto espermicida del óvulo, tableta vaginal o gel, dura sólo hasta una hora después de colocado.
  - Si pasa más de una hora y no se ha tenido una relación sexual, debe colocarse otro.
  - La usuaria no debe hacerse duchas vaginales o lavados internos luego de tener la relación sexual.
  - Para cada relación sexual debe colocarse un nuevo óvulo, tableta vaginal o gel.
  - No usar después de su fecha de vencimiento.
  - Guardarse en un lugar fresco y seco.
6. Programación de Seguimiento
- En la primera visita se entregará 10 tabletas vaginales.
  - Es necesario citar a la usuaria al primer mes de iniciado el uso, para evaluar el adecuado uso del método.
  - Sin embargo, la usuaria puede retornar en cualquier momento luego de agotado su provisión.
  - Continuadoras llevarán 30 tabletas vaginales para los siguientes 3 meses.
  - Posteriormente deberá acudir al establecimiento o proveedor cada tres meses para la entrega de 30 tabletas vaginales.
  - Programar que las parejas o usuarias acudan cada año para una atención integral en salud sexual y reproductiva.
  - Se considera pareja protegida cuando ha recibido 100 tabletas vaginales en el año en 04 atenciones.

#### 8.2.4. ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

Se dividen en dos grandes grupos: Anticonceptivos Hormonales Combinados y Anticonceptivos Hormonales sólo de Progestina.

Los anticonceptivos hormonales combinados (AHC) incluyen: Anticonceptivos orales combinados (AOC), Anticonceptivos hormonales combinados de depósito, Parche hormonal combinado, Anillo vaginal combinado.

Los anticonceptivos sólo de progestina incluyen: Píldoras sólo de progestina, Inyectables sólo de progestina de depósito, Implantes sólo de progestina, Anillo vaginal sólo de progestina.

##### 8.2.4.1. ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS

###### A. ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS (AOC)

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

- Según la dosis de Estrógenos:
  - AOC de alta dosis: Formulaciones con EE mayor o igual de 50 mcg.



M. Fun Ch.



- o AOC de baja dosis: Contienen EE <50 mcg. En el mercado se encuentran formulaciones de 35, 30, 20 y 15 mcg de EE.
  - Según la variación de estrógenos y progestágenos en el curso del ciclo:
    - o Monofásicos: Contienen la misma cantidad de estrógenos y progestágenos en todos los comprimidos activos.
    - o Trifásicos: Poseen 3 fases. La primera contiene baja concentración de ambos compuestos. En la segunda ambas hormonas aumentan su concentración, y en la tercera, el estrógeno disminuye y el progestágeno aumenta.
1. Mecanismos principales de acción
- Supresión de la ovulación.
  - Espesamiento del moco cervical.
2. Condiciones que contraindican el uso de anticonceptivos hormonales combinados
- Embarazo posible o confirmado.
  - Sangrado genital sin explicación (hasta que se evalúe).
  - Lactancia hasta antes de los seis meses del post parto.
  - En los primeros 21 días del post parto sin lactancia.
  - Hepatitis viral aguda.
  - Tumor hepático
  - Cirrosis severa
  - Tabaquismo: En mujeres mayores de 35 años y más de 15 cigarrillos por día.
  - Múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular arterial, tales como edad mayor de 35 años, tabaquismo, diabetes e hipertensión arterial.
  - Hipertensión arterial sistólica mayor o igual a 160 mm Hg o diastólica mayor o igual a 100 mm Hg
  - Evidencia de enfermedad vascular
  - Trombosis venosa profunda incluyendo antecedente.
  - Embolismo pulmonar.
  - Antecedente de isquemia cardíaca, enfermedad valvular, cardiomiopatía.
  - Antecedente de accidente cerebro-vascular.
  - Lupus eritematoso sistémico con anticuerpos antifosfolípidos positivos.
  - Cáncer de mama
  - Diabetes mellitus con nefropatía, o enfermedad cardíaca o retinopatía.
  - Mujeres programadas para cirugía electiva en el siguiente mes o inmediatamente después del evento que la obligue a estar postrada en cama.
  - Mujeres que estén tomando barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoina, primidona, topiramato o rifampicina, anticonvulsivos, griseofulvina, excepto ácido valproico.
  - Migraña con aura a cualquier edad.
3. Características
- Muy eficaz.
  - Método dependiente de la usuaria.
  - Requiere una motivación continua y uso diario.
  - No requiere examen pélvico de rutina para el inicio del método (Sólo en caso de existir algún síntoma que sugiera patología ginecológica subyacente).
  - Retorno inmediato de la fertilidad al discontinuar el método.
  - Puede ser usado por mujeres de cualquier edad y paridad.
  - Disminuye el flujo menstrual (podría mejorar la anemia) y los cólicos menstruales.
  - Regulariza los ciclos menstruales.
  - Protege contra el cáncer de ovario y de endometrio.
  - Disminuye la patología benigna de mamas.
  - Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
  - La eficacia puede disminuir cuando se utilizan ciertos fármacos como la rifampicina en la tuberculosis, griseofulvina para micosis y los antiepilépticos excepto el ácido valproico.
  - Es posible que en mujeres mayores de 35 años y fumadoras (más de 10 cigarrillos diarios) exista la probabilidad o riesgo de problemas tromboembólicos causen efectos secundarios graves como: infarto de miocardio, accidente cerebro vascular, tromboembolias.



M. Fun Ch.



- En mujeres con enfermedades crónicas preexistentes se requiere una evaluación médica por especialista.
  - No previenen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH SIDA, ni el HTVL1.
4. Tasa de falla
- Falla teórica o de uso perfecto 0.3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
  - Falla de uso o uso típico 8 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.
5. Posibles efectos secundarios:
- Amenorrea
  - Náuseas, vómitos
  - Mareos
  - Aumento de peso
  - Cefalea
- Si se presentan cualquiera de estos efectos secundarios debe ser evaluada por médico especialista.

6. Forma de uso
- Toma diaria.
  - Inicio del método:
    - Entre el primero y el quinto día del ciclo menstrual.
    - En caso de iniciarse la toma después del quinto día, se debe dar un método de respaldo como los de barrera.
    - La puérpera que no está lactando, puede empezar a partir de la sexta semana.
    - En mujeres que están amamantando diferir el inicio hasta los seis meses.
    - En el postaborto se puede iniciar entre el primero y quinto día post-intervención
  - En los siguientes ciclos:
    - En los productos de 28 píldoras: Se reinicia la toma inmediatamente (al día siguiente) de terminar el paquete anterior.
    - En los productos de 21 píldoras: Se deja de tomar las píldoras por 7 días y se reinicia la toma al octavo día.
  - Debe ser administrado por personal capacitado.
  - Este método debe suspenderse dos semanas antes de una cirugía mayor electiva o durante la inmovilización prolongada (ej. Fractura de alguna extremidad por el riesgo de tromboembolia). Debe reiniciarse con la siguiente menstruación y un intervalo no menor de dos semanas del alta.
  - Instrucciones en caso de olvido en la toma del Anticonceptivo oral combinado:
    - En caso de olvidarse una píldora de las 21 que tiene efecto anticonceptivo se recomienda que la usuaria tome inmediatamente la pastilla olvidada para luego continuar con las pastillas que siguen.
    - Si se olvida dos o más píldoras, es preferible esperar el sangrado por privación hormonal e iniciar inmediatamente un nuevo paquete usando un método de respaldo por 7 días.
    - En caso de olvido de cualquiera de las 7 píldoras con sulfato ferroso no se recomienda ningún manejo especial.
7. Programación de seguimiento
- Es necesario citar a la usuaria al primer mes de iniciado el método, para evaluar el adecuado uso, así como la provisión de los mismos.
  - Posteriormente deberá acudir al establecimiento o proveedor cada cuatro meses para la entrega de los 4 Blister.
  - Informar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crean necesario o si presenta las siguientes situaciones:
    - Sospecha de embarazo.
    - Cefalea intensa.
    - Alteraciones visuales.
    - Dolor torácico intenso.
    - Dolor pélvico.



M. Pun Ch.



- Disnea.
- Dolor de miembros inferiores.
- Ictericia.
- Persistencia o intolerancia de efectos colaterales más allá de seis meses.
- Se considera pareja protegida cuando reciben 13 blíster de AOC en 4 atenciones en el año.
- Programar que las parejas o usuarias acudan cada año para una atención integral en salud sexual y reproductiva.

#### B. ANTICONCEPTIVOS HORMONALES COMBINADOS DE DEPÓSITO: INYECTABLE COMBINADO

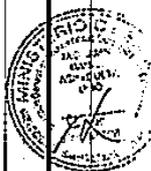
Son aquellos que poseen estrógeno y progestágeno. Existen dos composiciones:

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

1. Mecanismos de acción
  - Supresión de la ovulación.
  - Espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides.
2. Condiciones que contraindican el uso de anticonceptivos hormonales inyectables. VER CONDICIONES QUE CONTRAINDICACIONES DE LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS.
3. Características
  - Eficaz y de efecto rápido.
  - Pueden ser indicados en cualquier edad o paridad (incluidas las nulíparas).
  - No requiere un examen pélvico previo a su uso. Aunque es ideal que se realice un examen antes de iniciarlo, este examen puede ser diferido a cualquier otra consulta, dentro del objetivo de mejorar la salud reproductiva de la mujer.
  - Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
  - No interfiere en las relaciones sexuales.
  - Es frecuente los cambios en el patrón del sangrado menstrual (sangrado/goteos irregulares).
  - Puede producir variación de peso.
  - El retorno de la fecundidad es variable, de uno a seis meses.
  - Mujeres con enfermedades crónicas deben ser evaluadas por médicos especialistas.
4. Tasa de falla
  - Falla teórica 0.05 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.
  - Falla de uso típico 3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.
5. Forma de uso
  - Administrar por vía intramuscular profunda en la región glútea o deltoidea sin realizar masaje post aplicación, técnica de la Z.
  - Primera dosis:
    - Entre el primer a quinto día del ciclo menstrual.
    - La puerpera que no está lactando, puede empezar a partir de la sexta semana.
    - En mujeres que están amamantando diferir el inicio hasta los seis meses
    - En el post aborto se puede iniciar entre el primero y quinto día post intervención.
  - Sigüentes dosis:
    - Administrar cada 30 días, más menos 3 días. Fecha fija mensual.
6. Programación de seguimiento
  - Es necesario citar a la usuaria antes de a los 30 días de iniciado el método, para su evaluación así como para la provisión del mismo.
  - Los siguientes controles de seguimiento provisión del método serán cada mes.
  - Es conveniente que la pareja acuda cada año al establecimiento para evaluación integral de su salud.
  - Es importante mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crea necesario.
  - Brindar cada año una atención Integral en salud sexual y reproductiva.



M. Pun Ch.



### C. PARCHE HORMONAL COMBINADO

El parche hormonal combinado consiste en un parche adhesivo pequeño (20 centímetros cuadrados no es 4 x 4) que se coloca en la piel. El parche libera estrógeno y progestina a través de la piel y en la sangre.

Cada parche hormonal combinado transdérmico contiene:

- Norelgestromina 6.00 mg
- Etinilestradiol 0.60 mg

1. **Mecanismos de acción**
  - Supresión de la ovulación.
  - Espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides.
2. **Condiciones que contraindican el uso de anticonceptivos hormonales combinados VER CONTRAINDICACIONES DE LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS.**
3. **Características**
  - Eficaz y de efecto rápido.
  - Pueden ser indicados en cualquier edad o paridad (incluidas las nullparas).
  - No requiere un examen pélvico previo para su uso. Aunque es ideal que se realice un examen médico antes de iniciarlo, este examen puede ser diferido a cualquier otra consulta, dentro del objetivo de mejorar la salud reproductiva de la mujer.
  - Menor incidencia de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
  - No interfiere con las relaciones sexuales.
  - Regulariza los ciclos menstruales
  - Disminuye la incidencia de dismenorrea
  - Puede mejorar el acné y reducir el crecimiento excesivo de vello no deseado
  - Puede producir variación de peso.
  - El retorno de la fecundidad es inmediato.
  - Mujeres con enfermedades crónicas deben ser evaluadas por médicos especialistas.
  - No previenen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH SIDA, ni el HTVL1.
4. **Tasa de falla**
  - Falla teórica 0,3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.
  - Falla de uso típico 8 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.
5. **Posibles efectos secundarios**
  - Amenorrea
  - Náuseas, vómitos
  - Mareos
  - Aumento de peso
  - Cefalea
  - Irritación de la piel
  - Mastalgia
6. **Forma de uso**
  - El parche puede colocarse en los glúteos, la parte superior de la espalda o el brazo o en el abdomen. Su uso no interfiere las actividades regulares, como al bañarse, hacer ejercicio o nadar.
  - El parche se inicia el primer día del ciclo y se usa uno por semana por tres semanas consecutivas.



M. Pun Ch.



- Durante la cuarta semana, se suspende el uso del parche y ocurre el sangrado por privación. Al cabo de la cuarta semana, se coloca un parche nuevo y el ciclo se repite. Deberá aplicar el parche el mismo día de la semana aun si todavía está sangrando.
- El parche también se puede usar como un método anticonceptivo de dosis continua. Para hacerlo, deberá aplicarse un nuevo parche el mismo día de cada semana sin omitir ninguna una semana. El uso del parche de esta manera reducirá el sangrado de la menstruación o evitará que esta ocurra.
- Debe usar un método anticonceptivo de respaldo durante la primera semana del primer ciclo según el día en que se encuentre de su ciclo menstrual cuando comience a usar el parche. Es cuando inicia tardíamente?

#### 7. Programación de seguimiento

- Es necesario citar a la usuaria a los 30 días de iniciado el método, para su evaluación así como para la provisión del mismo.
- Los siguientes controles de seguimiento serán cada tres meses.
- Brindar cada año una atención integral en salud sexual y reproductiva.
- Es importante mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crea necesario.

#### D. ANILLO VAGINAL COMBINADO

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

Cada anillo vaginal contiene:

- Etinilestradiol 2.7 mg
- Etonogestrel 11.7 mg

#### 1. Mecanismo de acción

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

#### 2. Condiciones que contraindican el uso de anticonceptivos hormonales combinados VER CONTRAINDICACIONES DE LOS ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS.

#### 3. Características

- Fácil de usar.
- Se usa por tres semanas.
- No interrumpe las relaciones sexuales
- No protege contra infecciones transmitidas sexualmente, incluyendo el VIH/SIDA.

#### 4. Tasa de falla

- Falla teórica 0.3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.
- Falla de uso típico 8 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año

#### 5. Posibles efectos secundarios más frecuentes usualmente temporales y al inicio de su uso.

- Flujo vaginal
- Irritación vaginal
- Dolor de cabeza
- Aumento de peso
- Náuseas
- Sangrado irregular
- Mastalgia
- Expulsión espontánea del anillo vaginal
- Aumento o variación de peso



M. P. n. Ch.



#### 6. Forma de uso

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

#### 7. Programación de seguimiento

- Es necesario citar a la usuaria en la semana que este sin anillo, para su evaluación así como para la provisión del mismo.
- Los siguientes controles de seguimiento serán cada tres meses.
- Es conveniente que la pareja acuda cada año al establecimiento para evaluación integral de su salud.
- Es importante mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crea necesario.

#### 8.2.4.2. ANTICONCEPTIVOS HORMONALES SOLO DE PROGESTINA

##### A. PILDORAS SOLO DE PROGESTINAS

Son aquellas que poseen sólo progestágeno.

##### 1. Mecanismo de acción

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

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

- Embarazo posible o confirmado.
- Hepatitis viral aguda
- Tumor hepático
- Cirrosis severa
- Mujeres que toman anticonvulsivos, excepto ácido valproico.
- Múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular arterial, tales como edad, diabetes e hipertensión arterial (mayor de 160/100 mm Hg)
- Evidencia de enfermedad vascular
- Embolismo pulmonar
- Antecedente de isquemia cardíaca
- Antecedente de accidente cerebro-vascular
- Lupus eritematoso sistémico con anticuerpos antifosfolípidos positivos
- Cáncer de mama
- Diabetes mellitus con nefropatía, o enfermedad cardíaca o retinopatía
- Mujeres que estén tomando o vayan a recibir medicamentos, como rifampicina para la tuberculosis.
- Mujeres que estén tomando barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona, topiramato o rifampicina. Se repite rifampicina

##### 3. Características

- Eficaz y de efecto rápido.
- En condiciones ideales se debe realizar previamente una evaluación clínica general, en caso no ser posible esta podría postergarse en otra consulta.
- Se puede utilizar en el post parto inmediato



M. Pun Ch.



- No modifica significativamente la composición ni el volumen de leche materna
  - No aumenta el riesgo de fenómenos tromboticos o embolicos venosos.
  - Método alternativo en mujeres con intolerancia de preparados que contienen estrógenos.
  - Método dependiente de la usuaria.
  - Requiere una motivación continua y uso diario.
  - Rápido retorno a la fecundidad al suspenderse.
  - No requiere un examen pélvico previo a su uso. Aunque es ideal que se realice un examen médico antes de iniciarlo, este examen puede ser diferido a cualquier otra consulta, dentro del objetivo de mejorar la salud reproductiva de la mujer.
  - Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
  - Disminuye el riesgo de cáncer de endometrio.
  - Provoca cambios en el patrón del sangrado menstrual en la mayoría de mujeres (sangrado/goteo irregular).
  - Puede producir cambios en el peso (aumento o disminución).
  - No previenen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH-SIDA, ni el HTVL1.
4. Tasa de falla
- Falla teórica es 0.3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año
  - Falla de uso típico es 8 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año
5. Posibles efectos secundarios
- Cefalea
  - Cambios en el apetito, pérdida o aumento.
  - Tendencia a presentar ciclos menstruales irregulares.
  - Amenorrea
  - Mastalgia
  - Nauseas
  - Mareos
  - Depresión
  - Aumento ligero en el peso.
  - Posibles efectos secundarios leves y secundarios.
6. Forma de uso
- Se puede indicar en cualquier edad y/o paridad (incluidas las nullparas).
  - Inicio:
    - Idealmente entre el primer o quinto día del ciclo menstrual, si se inicia en otro día del ciclo menstrual o en el post parto, se debe estar razonablemente seguro de que no existe una gestación. En caso de iniciarse después del quinto día de la menstruación, debe usarse un método de respaldo (método de barrera o abstinencia) durante los primeros siete días de uso.
    - En mujeres que dan de lactar iniciar después de las seis semanas post parto sin embargo podría ser utilizado antes de las seis semanas en caso de: en características dice que se puede usar
      - No tener otra opción anticonceptiva.
      - Que la usuaria no se siente segura con el método de lactancia y amenorrea.
      - Como estrategia de no poder tener seguimiento adecuado de la usuaria.
    - En los primeros cinco días post aborto.
  - Recuerde que la usuaria no debe suspender la toma de las pastillas en ningún momento (se debe tomar todos los días sin suspender) incluso durante la menstruación. La toma debe ser todos los días a la misma hora; con un retraso de 3 ó más horas, se pierde la acción anticonceptiva.
  - La eficacia se presenta a las 24 horas de inicio de la toma.
7. Programación de seguimiento
- Es necesario citar a la usuaria al primer mes para evaluar el adecuado uso del método.
  - Posteriormente deberá acudir al establecimiento cada 3 meses hasta cumplir el primer año, luego cada año.
  - Es importante mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crea necesario.



M. Pun Ch



- Se debe orientar a la usuaria que debe acudir a un establecimiento de salud si presenta las siguientes situaciones:
  - Sospecha de embarazo.
  - Cefalea intensa.
  - Sangrado abundante.
  - Alteraciones visuales.
  - Dolor torácico intenso.
  - Disnea.
  - Dolor de miembros inferiores.
  - Ictericia.
  - Persistencia o intolerancia de efectos colaterales más allá de seis meses.
- Brindar cada año una atención integral en salud sexual y reproductiva.

## B. INYECTABLES SOLO DE PROGESTINA.

### ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA DE DEPÓSITO (AMPD) Y ENANTATO DE NORETISTERONA (EN-NET)

Son aquellos que contienen sólo progestágeno:

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

#### 1. Mecanismos de acción

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

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

- Enfermedad hepática activa grave (ictericia, hepatitis activa, cirrosis severa, tumor hepático).
- Diabetes durante más de 20 años, o lesión provocada por diabetes en arterias, visión, riñones, o sistema nervioso.
- Infarto de miocardio, cardiopatía por bloqueo o estenosis arterial, o accidente CV.
- Sangrado vaginal inexplicado que pueda sugerir embarazo o alguna patología subyacente.
- Antecedente de cáncer de mama.
- Afección que pueda aumentar la posibilidad de cardiopatía (coronariopatía) o accidente CV, tales como hipertensión o diabetes

#### 3. Características

- Altamente efectiva y de efecto rápido.
- Pueden ser indicados en cualquier edad o paridad (incluidas las nullparas). Usar con precaución durante los 2 primeros años después de la menarquía. El efecto a largo plazo sobre los huesos no está definido, puede disminuir la densidad mineral a lo largo del tiempo en adolescentes.
- No requiere un examen pélvico previo a su uso. Aunque es ideal que se realice un examen médico antes de iniciarlo, este examen puede ser diferido a cualquier otra consulta, dentro del objetivo de mejorar la salud reproductiva de la mujer.
- No interfiere con las relaciones sexuales.
- Las usuarias pueden desarrollar amenorrea total, 50% en un año y 80% en 3 años. También se asocia a menstruación irregular. Esta situación se presenta en menor medida con EN-NET.
- La acción del fármaco puede persistir en el organismo varios meses después de discontinuar su uso, el 70% de las usuarias desarrollan embarazo en 12 meses y 90% en plazo de 24 meses, después de abandono de uso.
- El uso prolongado (mayor de 2 años) produciría disminución de la densidad ósea.
- Se reportan aumento de peso (1.5 a 2 kg el primer año de uso), cefalea y mareos.
- Los beneficios no anticonceptivos logrados con estos fármacos incluyen:
  - Puede mejorar la anemia.



M. Pun Ch.



- o Disminución de crisis de anemia falciforme.
- o Prevención de cáncer de endometrio,
- o Protección relativa contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), miomas uterinos y endometriosis.
- o En caso de epilepsia puede ayudar a disminuir la frecuencia de convulsiones
- o Disminuye el riesgo de cáncer de endometrio.
- Es frecuente los cambios en el patrón del sangrado menstrual (amenorrea sangrado/goteos irregulares).
- El retorno de la fertilidad puede demorar más que con los otros métodos hormonales (entre 4 meses a un año), en el caso de usuarias por tiempo prolongado. No se ha demostrado esterilidad luego de su uso.
- No previenen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH/SIDA, ni el HTVL1. Para mayor protección es recomendable el uso de condón en parejas de riesgo.

4. Tasa de falla

- Falla teórica 0.3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.
- Falla de uso típico 3 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.

5. Posibles efectos secundarios (menos frecuentes con EN-NET)

- Sangrado irregular (sangrados inesperados que molestan a la usuaria)
  - Mujeres que utilizan la inyección de depósito presentan sangrado irregular. No ocasionan daño y habitualmente disminuyen o se interrumpen después del primer año.
  - Para un alivio moderado a corto plazo, puede prescribir de Ibuprofeno 800 mg 3 veces al día después de las comidas durante 5 días, comenzando a ingerirlos cuando se inicia el sangrado irregular.
  - Si esta medicación no ayuda se puede indicar uno de los siguientes esquemas comenzando cuando se inicia el sangrado irregular:
    - Anticonceptivos orales combinados con levonorgestrel. Un comprimido por día durante 21 días.
    - Etinil estradiol 50 mcg de diariamente durante 21 días.
- No presenta menstruación
  - Algunas mujeres que utilizan inyectables dejan de tener menstruaciones, no siendo nosivo para su salud.
- Sangrado profuso o prolongado (el doble de lo habitual o más de 8 días)
  - Muchas mujeres pueden presentar este tipo de sangrado. Habitualmente no es perjudicial y puede disminuir o interrumpirse en unos pocos meses.
  - Se puede indicar el tratamiento arriba mencionado, comenzando cuando comienza el sangrado profuso. En el caso de uso de Anticonceptivos orales las dosificaciones de 50 mcg dan mejores resultados que los de baja dosis.
  - Usar comprimidos de hierro oral para evitar la anemia y alimentos que contienen hierro.
  - Si continúa el sangrado profuso o este se presenta después de meses sin sangrado, considere otras condiciones subyacentes no vinculadas con el método.
- Cefaleas comunes (no migrañosas)
  - Recomendar ácido acetilsalicílico (500 mg tab), ibuprofeno (400 mg tab.), paracetamol (500 mg tab.), u otro analgésico.
  - Toda cefalea que aparezca con el uso de los inyectables debe ser evaluada.
- Acné
  - Si la usuaria quiere interrumpir el uso de los implantes debido al acné, puede considerar cambiar a un método anticonceptivo combinado. El acné usualmente mejora con ellos.
  - Considere medicamentos disponibles localmente.
- Alteraciones en el peso
  - Revisar la dieta y asesorar según corresponda.
- Tensión mamaria
  - Recomendar el uso de un sostén de soporte (incluso durante la actividad intensa y el sueño.)
  - Utilizar compresas frías o calientes.
  - Recomendar ácido acetilsalicílico (500 mg tab), ibuprofeno (400 mg tab.), paracetamol (500 mg tab.), u otro analgésico.



M. Pun Ch.



- **Infección en el sitio de inyección (rubor calor, dolor, pus)**
  - Limpiar el área infectada con agua o jabón antiséptico.
  - Administrar antibióticos por vía oral durante 7 a 10 días.
- **Dolor abdominal severo**
  - Si bien es raro, pero se debe estar alerta ante la posibilidad de signos o síntomas de un embarazo ectópico.
  - Sospechar de esta entidad clínica si se presenta:
    - Dolor abdominal inusual
    - Sangrado vaginal anormal o ausencia de menstruación.
    - Vahídos.
    - Mareos.
  - El dolor abdominal puede ser debido a otros problemas, como son los quistes foliculares u otros quistes de ovario:
    - No es necesario tratar los quistes o folículos ováricos aumentados
  - Seguimiento a las 6 semanas

#### 6. Forma de uso

- Acetato de Medroxiprogesterona 150 mg. X 1 ml. administrar por vía intramuscular profunda en la región glútea o deltoidea utilizando la técnica de la Z y sin realizar masaje post aplicación.
- Acetato de Medroxiprogesterona 104 mg. X 0.65 ml. administrar por vía subcutánea.
- Enantato de Noretisterona 200 mg X 1 ml, administrar por vía intramuscular.
- Primera dosis:
  - Entre el primer a quinto día del ciclo menstrual o en el post parto, siempre que se esté razonablemente seguro que no existe gestación. En caso de iniciarse en cualquier otro momento, diferente a los cinco primeros días del ciclo debe usarse un método de respaldo durante los primeros 7 días.
  - Se puede iniciar en el post parto inmediato, no interrumpa la lactancia.
  - En los primeros cinco días post aborto.
- Sigüientes dosis:
  - En el caso de AMPD administrar cada tres meses, pudiendo adelantarse hasta dos semanas o, en caso de olvido, aplicarla con una demora de dos semanas.
  - En el caso de EN-NET administrar cada dos meses pudiendo adelantarse hasta dos semanas o, en caso de olvido, aplicarla con una demora de dos semanas.

#### 7. Programación de seguimiento

- Es necesario citar a la usuaria cada 3 meses, para evaluar el método así como para la provisión del mismo.
- Es importante mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja lo crea necesario.
- Brindar cada año una atención integral en salud sexual y reproductiva.

#### C. IMPLANTES SOLO DE PROGESTINA

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

#### Tipos de implantes:

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

#### 1. Mecanismo de acción

- Espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides, (es el más importante).



M. Pun Ch



- Supresión de la ovulación.
  - Reducción del transporte de los óvulos en las Trompas de Falopio.
- 2. Condiciones que contraindican el uso de implantes:**
- Sangrado vaginal inexplicado antes de evaluación
  - Trombosis en venas profundas de miembros o pulmones
  - Cáncer de mama
  - Hepatopatía severa, infección o tumor de hígado.
  - Estar recibiendo barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona, topiramato, o rifampicina. Debe usar un método de respaldo porque estos fármacos reducen la eficacia de los implantes.
- 3. Características**
- Eficacia elevada y de larga duración.
  - No interfiere con el sexo.
  - Pueden ser indicados en cualquier edad o paridad (incluidas las nulíparas).
  - Brinda protección de tres a cinco años.
  - Permite un rápido retorno a la fecundidad al ser extraído.
  - No requiere un examen pélvico previo a su uso; aunque es ideal que se realice un examen médico antes de iniciarlo, este examen puede ser diferido a cualquier otra consulta, dentro del objetivo de mejorar la salud reproductiva de la mujer.
  - No afecta la lactancia.
  - Puede disminuir el flujo menstrual (puede mejorar la anemia ferropénica).
  - Puede disminuir los cólicos menstruales.
  - Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria.
  - Ocasiona cambios en el patrón del sangrado menstrual en la mayoría de mujeres (amenorrea/sangrado/goteo irregular).
  - Puede producir cambios en el peso (aumento o disminución).
  - No previenen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH/ SIDA, ni el HTVL1.
- 5. Tasa de falla**
- Es uno de los métodos más eficaces y de mayor duración.
  - 0.05% falla teórica y en el uso típico (1 en 100 mujeres).
  - Para las mujeres con un peso de 80 kg o más la tasa de embarazos usando los dos implantes fue de 6 por 100 al quinto año de uso, por lo que se recomienda que las usuarias los cambien a los 4 años. Estudios sobre el implante de 01 cilindro no encontraron que se reduzca su eficacia en el tiempo de uso aceptado.
- 6. Manejo de posibles efectos más frecuentes**
- **Sangrado irregular (sangrados inesperados que molestan a la usuaria)**
    - Muchas mujeres que utilizan los implantes presentan sangrado irregular. No ocasionan daño y habitualmente disminuyen o se interrumpen después del primer año.
    - Para un alivio moderado a corto plazo, puede indicarse 800 mg de ibuprofeno 3 veces al día después de las comidas durante 5 días, comenzando a recibirlos cuando se inicia el sangrado irregular.
    - Si esta medicación no ayuda se puede seguir los siguientes esquemas, comenzando cuando se inicia el sangrado irregular:
      - Anticonceptivos orales combinados con levonorgestrel. Un comprimido por día durante 21 días.
      - Etinil estradiol de 50 mcg de diariamente durante 21 días.
  - **No menstrua**
    - Hay mujeres que utilizan implantes que dejan de tener menstruaciones, no siendo nocivo para su salud.
  - **Sangrado profuso o prolongado ( el doble de lo habitual o más de 8 días)**
    - Muchas mujeres pueden presentar este tipo de sangrado. Habitualmente no es perjudicial y tiende a disminuir o interrumpirse en unos pocos meses.



M. P. un Ch.



- Se puede indicar el tratamiento arriba mencionado, iniciándolo cuando comienza el sangrado profuso. En el caso de uso de Anticonceptivos orales las dosificaciones de 50 mcg dan mejores resultados que los de baja dosis.
- Usar comprimidos de hierro oral para evitar la anemia y alimentos que contienen hierro.
- Si continúa el sangrado profuso o este se presenta después de meses sin sangrado, considere otras condiciones subyacentes no vinculadas con el método.
- **Cefaleas comunes (no migrañosas)**
  - Recomendar ácido acetilsalicílico (500 mg tab), ibuprofeno (400 mg tab.), paracetamol (500 mg tab.), u otro analgésico.
  - Toda cefalea que aparezca con el uso de implantes debe ser evaluada.
- **Acné**
  - Si la usuaria quiere interrumpir el uso de los implantes debido al acné, puede considerar el cambio a un método anticonceptivo combinado. El acné usualmente mejora con ellos.
  - Considere medicamentos disponibles localmente.
- **Alteraciones en el peso**
  - Revisar la dieta y asesorar según corresponda
- **Tensión mamaria**
  - Recomendar el uso de un sostén de soporte (incluso durante la actividad intensa y el sueño).
  - Utilice compresas frías o calientes.
  - Recomendar ácido acetilsalicílico (500 mg tab), ibuprofeno (400 mg tab.), paracetamol (500 mg tab.), u otro analgésico.
- **Infección en el sitio de inserción (rubor calor, dolor, pus)**
  - No retirar los implantes.
  - Limpiar el área infectada con agua o jabón antiséptico.
  - Administrar antibióticos por vía oral durante 7 a 10 días.
  - Si no desaparece la infección, retirar los implantes.
- **Dolor abdominal severo**
  - Si bien es raro, pero se debe estar alerta ante la posibilidad de signos o síntomas de un embarazo ectópico.
  - Sospechar de esta entidad clínica si se presenta:
    - Dolor abdominal inusual
    - Sangrado vaginal anormal o ausencia de menstruación.
    - Vahídos.
    - Mareos.
  - El dolor abdominal puede ser debido a otros problemas, como son los quistes foliculares u otros quistes de ovario:
    - La mujer puede seguir utilizando los implantes mientras se le evalúa.
    - No es necesario tratar los quistes o folículos ováricos aumentados.
    - Seguimiento a las 6 semanas.

#### 7. Forma de uso

- Se puede insertar preferentemente entre el primer o quinto día del ciclo menstrual (o cualquier día del ciclo menstrual o en el post parto, siempre que se esté razonablemente seguro que no existe gestación). En caso de iniciarse en cualquier otro momento, debe usarse un método de respaldo durante los primeros 5 días. Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, los condones masculinos y femeninos. Se le debe decir a la usuaria que los espermicidas y el retiro son menos eficaces.
- Se puede insertar en mujeres que dan de lactar inmediatamente post parto. Así como en mujeres que dan de lactar y no ha vuelto la menstruación antes de los 6 meses post parto, sin método de respaldo. Si ha vuelto la menstruación se insertará siguiendo las indicaciones con las mujeres que tiene ciclos menstruales.
- Se pueden insertar en el post aborto, colocar en los primeros cinco -días post evacuación . Si se colocan después de necesita utilizar un método de respaldo.
- Debe ser colocado por profesional de salud capacitado.



M. Pun Ch.

#### 8. Programación de seguimiento:



57

- Es necesario citar a la usuaria a los siete días para examinar el lugar de la inserción y al mes de iniciado el uso, para su evaluación.
- Es importante mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crea necesario.
- Posteriormente brindar cada año una atención integral en salud sexual y reproductiva.

### 8.2.5. DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)

#### A. DISPOSITIVO INTRAUTERINO LIBERADOR DE COBRE TCu 380 A

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

1. Mecanismo de Acción
  - Afectan la capacidad de los espermatozoides de pasar a través de la cavidad uterina ya sea inmovilizándolos o destruyéndolos.
  - Interfieren en el proceso reproductor antes que ocurra la fertilización.
2. Condiciones que contraindican el uso del Dispositivo Intrauterino T de Cobre: 380 A
  - Embarazo.
  - Post parto de 48 horas a cuatro semanas.
  - Sepsis puerperal.
  - Post aborto del primer o segundo trimestre séptico o complicado.
  - Sangrado vaginal inexplicable antes de la evaluación.
  - Fibromas uterinos con distorsión de la cavidad.
  - Enfermedad del trofoblasto.
  - Cáncer cervical o de endometrio.
  - Enfermedad inflamatoria pélvica actual.
  - Tuberculosis pélvica.
  - Infección de transmisión sexual por cervicitis purulenta actual o infección por clamidia o gonorrea.
  - SIDA, si no está en tratamiento con antirretrovirales.
3. Características
  - Ha demostrado ser muy eficaz durante 12 años, no interfiere en el coito y es inmediatamente reversible.
  - Debe ser colocado por un proveedor entrenado, previo examen pélvico para la detección de infecciones antes de la inserción.
  - Es frecuente ver cambios en el sangrado, en general es más profuso y prolongado, más calambres o dolor durante la menstruación, en especial los tres primeros meses.
  - Puede tener un efecto protector contra el cáncer de endometrio.
  - Es una opción para las mujeres con contraindicaciones para la anticoncepción hormonal.
  - Del 1 al 2% se expulsan en forma espontánea.
  - No protegen contra las ITS o el VIH. Si hay algún riesgo de contraer ITS o VIH, se recomienda el uso correcto y consistente de condones.
  - Si una mujer tiene altas probabilidades individuales de exposición a las infecciones por gonorrea y clamidia, no se inicia el uso del DIU. Los proveedores de servicios deben orientar a la usuaria sobre las conductas personales y las situaciones en su comunidad que puedan exponer a las mujeres a las ITS.
4. Tasa de falla
  - Falla teórica de 0.6 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.
  - Falla de uso típico 0.8 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.
  - Tasa promedio acumulada de falla en 12 años de 2.2%
5. Posibles efectos o complicaciones más frecuentes
  - Amenorrea
    - Evaluar y descartar embarazo, incluyendo embarazo ectópico.



M. P. n. Ch.



- **En caso de embarazo:**
  - El DIU en el útero durante el embarazo aumenta el riesgo de aborto y parto prematuro incluyendo pérdida de embarazo infectado (séptico) durante el primer o segundo trimestre.
    - Explicar los riesgos de un embarazo con el DIU colocado. La remoción temprana del DIU reduce estos riesgos, a pesar de que el procedimiento mismo de remoción implica riesgo de pérdida del embarazo.
    - Advertir que es mejor retirar el DIU.
    - Si la usuaria accede a la remoción y se cuenta con médico capacitado retirar el DIU con mucho cuidado o derivar a la usuaria a un establecimiento de mayor complejidad para su remoción.
    - Explicar que debe regresar de inmediato en caso de que presente algún signo de pérdida de embarazo o infección (sangrado vaginal, calambres, dolor, flujo vaginal anormal, o fiebre).
    - Si elige mantener el DIU, su embarazo debe ser controlado en un establecimiento con mayor capacidad resolutoria.
  - Si no se pueden hallar los hilos del DIU en el canal cervical solicitar una ecografía para determinar si el DIU está aún en el útero. Si es así, o si no hay ecografía disponible, el embarazo debe controlarse estrictamente.
- **Dismenorrea severa**
  - Brindar orientación/consejería sobre el método.
  - Uso de ibuprofeno 400 mgrs cada ocho horas o paracetamol 500 mgr. cada seis horas u otros analgésicos disponibles.
- **Sangrado vaginal leve o moderado**
  - Puede presentarse los primeros meses cambios en el sangrado.
  - En general, disminuyen después de los primeros meses de la inserción.
  - La usuaria puede acudir al establecimiento de salud para orientación.
- **Sangrado vaginal profuso**
  - Muchas mujeres que utilizan el DIU pueden presentar sangrado profuso o prolongado, generalmente se hace más leve o desaparece después de unos meses de uso.
  - Se puede disminuir el sangrado con:
    - Antiinflamatorio no esteroideo (AINE) como ibuprofeno (400 mg) o indometacina (25 mg) 2 veces por día después de las comidas durante 5 días, comenzando cuando empieza el sangrado profuso. Otros AINEs (excepto ácido acetilsalicílico) también pueden disminuir el sangrado.
    - Informe sobre la importancia de comer alimentos con hierro
    - Si es necesario, suministrar comprimidos de hierro.
    - Si el sangrado profuso o prolongado continúa o aparece después de varios meses de sangrado normal o mucho tiempo después de colocado el DIU, pensar en alguna patología subyacente no vinculada al uso del método. Evaluar posibilidad del retiro del DIU y orientar a otro método.
- **Dolor abdominal o pélvico**
  - Puede presentarse calambres y dolor durante 1 ó 2 días después de la colocación del DIU.
  - Los calambres también son comunes en los primeros 3 a 6 meses de uso del DIU, en particular durante la menstruación. En general, esto no es perjudicial y habitualmente disminuye con el tiempo.
  - Recomendar ibuprofeno (400 mg), paracetamol (325-1000 mg), u otros analgésicos.
  - Si el dolor continúa y ocurre fuera de la menstruación, buscar patologías subyacentes.
  - Si no se encuentra ninguna patología subyacente y el dolor es severo, considerar la posibilidad de retirar el DIU.
  - Si al retirar el DIU observa que se ha alterado su aspecto, o si es difícil extraerlo, esto sugiere que no estaba en la posición correcta.
  - Existen muchas patologías que pueden causar dolor abdominal severo. Estar alerta a otros signos o síntomas de embarazo ectópico.
  - En las etapas iniciales del embarazo ectópico los síntomas pueden ser inexistentes o leves, pero eventualmente pueden volverse severos. Una combinación de estos signos o síntomas deberían hacer crecer la sospecha de embarazo ectópico.



M. Pun Ch.



- Dolor abdominal inusual.
- Sangrado vaginal anormal o ausencia de menstruación-en especial si este cambio constituye una modificación de los patrones de sangrado.
- Vahídos o mareos.
- Desvanecimiento.
- En caso de sospecha de embarazo u otra afección grave, o de ser necesario derivar para diagnóstico y atención inmediata.
- Si la usuaria no presenta estos signos o síntomas adicionales, realizar exámenes para descartar enfermedad inflamatoria pélvica.
- **Sospecha de Enfermedad Inflamatoria pélvica (EPI)**
  - Algunos signos y síntomas comunes de EPI pueden aparecer también con otras patologías abdominales, como el embarazo ectópico.
  - Si es posible, realizar examen abdominal y pélvico (por signos del examen pélvico que puedan indicar EPI).
  - Si no es posible realizar un examen pélvico y la usuaria presenta una combinación de los siguientes signos y síntomas además de dolor en el abdomen inferior, sospechar una EPI:
    - Descarga vaginal inusual
    - Fiebre o escalofríos
    - Dolor durante el coito o al orinar
    - Sangrado después del coito o entre menstruaciones
    - Náuseas y vómitos
    - Tumoración pélvica dolorosa
    - Dolor al presionar suavemente el abdomen o al soltar repentinamente después de presionar (dolor de rebote).
  - Tratar la EPI, o derivar a la usuaria inmediatamente para tratamiento:
    - Debido a las graves consecuencias de una EPI, los proveedores de salud deben tratar todos los casos sospechosos, basándose en los signos y síntomas descritos anteriormente.
    - Debe iniciarse el tratamiento lo antes posible. La prevención de complicaciones a largo plazo será más eficaz si se administran los antibióticos adecuados de manera inmediata.
    - Tratar la gonorrea, chlamydia y las infecciones bacterianas anaeróbicas.
    - Asesorar a la usuaria sobre el uso del condón y si es posible, suministrarlos.
    - No hay necesidad de retirar el DIU, ella puede seguir usándolo siempre que responda al tratamiento. Si la mujer desea que se lo retiren, hacerlo antes de empezar el tratamiento con antibióticos.
- **Perforación uterina**
  - Si existe sospecha de perforación en el momento de la colocación del DIU detener el procedimiento de inmediato y retirar el DIU si ya lo colocó.
  - Observar a la usuaria minuciosamente en el servicio:
    - Mantener a la usuaria en reposo en cama durante la primera hora y revisar sus signos vitales (presión, pulso, respiración y temperatura) cada 5 a 10 minutos.
    - Si después de una hora la mujer se mantiene estable, si es posible examinarla, en búsqueda de sangrado intra abdominal, por ejemplo, niveles bajos de hematocrito o hemoglobina, además de sus signos vitales.
  - Mantenerla en observación durante unas horas más. Si no presenta signos ni síntomas, puede retirarse. La usuaria deberá abstenerse de relaciones sexuales por 2 semanas.
  - Brindarle orientación/consejería para que elija otro método.
  - Si la usuaria presenta aceleración del pulso y disminución de la presión sanguínea, o aparición de dolor o dolor en aumento en la zona del útero, dar atención especializada o derivar a un establecimiento con mayor capacidad resolutive
- **Cambios en el tamaño de los hilos (más cortos o largos) o ausentes**
  - La mujer puede revisar los hilos del DIU, en especial en los primeros meses y después de una menstruación, para confirmar que el DIU está en su lugar



M. P. In Ch.



- Si los hilos están ausentes, realizar ecografía. Si el DIU está in situ, realizar la extracción del mismo y puede colocar uno nuevo. Si no se encuentra el DIU, colocar uno nuevo.
- Pareja siente los hilos.
  - Explique que esto sucede a veces cuando se han cortado los hilos demasiado cortos.
  - Si a la pareja le molestan los hilos:
    - ✓ Se pueden cortar los hilos aún más, de modo que no asomen por el canal cervical. La pareja no sentirá los hilos, pero la mujer no podrá revisar en adelante los hilos del DIU.
    - ✓ Si la mujer desea tener la posibilidad de revisar los hilos, puede retirarse el DIU y colocarse uno nuevo. (Para evitar molestias, los hilos deberían cortarse de modo que unos 3 centímetros sobresalgan del ectocérvix).

#### 6. Forma de uso

- Se puede insertar:
  - En los 5 primeros días de haber iniciado el sangrado menstrual. También puede ser insertado en cualquier otro momento durante el ciclo menstrual si la mujer ha estado usando un método anticonceptivo y existe la certeza razonable de que ella no está embarazada.
  - En el post parto inmediato hasta 48 horas.
  - Durante la operación cesárea.
  - En el puerperio a partir de la cuarta semana.
  - En el post aborto inmediato.
- Siempre debe ser insertado y extraído por personal profesional de salud calificado.
- Inserción del dispositivo Intrauterino con la "Técnica de No Tocar":
  - Cargar la T de Cobre 380 A dentro del paquete estéril, sin tocarla directamente.
  - Colocar el espéculo y realizar la limpieza del cuello uterino y la vagina, con una sustancia antiséptica.
  - Colocar el tenáculo en el labio anterior y realizar la histerometría.
  - Cargar la T de Cobre 380 A dentro del paquete estéril, sin tocarla directamente.
  - Ubicar el calibrador del DIU a nivel del histerómetro
  - Sujetar el tenáculo del cuello del útero, y jalar firmemente para alinear el útero con el canal cervical.
  - Colocar suavemente el tubo de inserción a través del canal cervical.
  - Mantener el calibrador en posición horizontal.
  - Introducir el DIU cargado hasta que el calibrador toque el cuello del útero o se sienta el fondo uterino.
  - Sostener el tenáculo y la varilla blanca colocada en una mano.
  - Con la otra mano, retirar (jalar hacia usted) el tubo de inserción hasta que toque el pulgar que sujeta la varilla blanca. Esto liberará los brazos de la T Cu 380A en el fondo uterino.
  - Una vez que los brazos se hayan liberado, nuevamente empujar el tubo de inserción hacia el fondo del útero, hasta que se sienta una ligera resistencia. Este paso asegura que los brazos de la T están tan lo más arriba posible en el útero.
  - Sostener el tubo de inserción mientras retira la varilla blanca.
  - Retirar el tubo de inserción del canal cervical suave y lentamente. Los hilos deben sobresalir del útero de manera visible.
  - Cortar los hilos para que sobresalgan solo tres centímetros del ectocérvix
  - Retirar el tenáculo.
  - Si el cuello del útero está sangrando, realizar hemostasia por compresión en la zona de sangrado.
  - Retirar el espéculo
- Preguntar a la usuaria si tiene dudas y citarla en tres a seis semanas para control.

#### 7. Programación de seguimiento

- Es importante que las mujeres acudan al primer control entre las tres a seis semanas luego de la inserción.
- Es conveniente mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja consideren necesario.
- Se considera pareja protegida cuando se ha colocado el DIU y ha tenido 3 atenciones en el año.



M. Pun Ch.



- Posteriormente, se realizara una atención cada seis a doce meses para promover una atención integral de la salud sexual y reproductiva.

#### B. DISPOSITIVO INTRAUTERINO LIBERADOR DE PROGESTAGENO

Son dispositivos que se insertan en la cavidad uterina, y liberan levonorgestrel, tiene una duración de 5 años.

Contienen 52 mg de levonorgestrel

##### 1. Mecanismos de Acción (dispositivo liberador de progestágeno)

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

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

- Embarazo (embarazo posible o confirmado).
- Sangrado genital anormal no investigado.
- Mujeres con múltiples parejas sexuales que no usen condón.
- Mujeres cuyas parejas tengan a su vez múltiples parejas sexuales, que no usen condón.
- Infección de transmisión sexual: cervicitis aguda muco purulenta o vaginitis severa.
- Si la mujer o su pareja tienen un alto riesgo para ITS, se les debe orientar sobre otra alternativa anticonceptiva.
- Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) actual o reciente (dentro de los 3 meses).
- Tuberculosis pélvica.
- Infección puerperal.
- Infección post aborto.
- Anomalías uterinas o con tumores benignos (fibromas) de útero que distorsionen en forma significativa la cavidad uterina.
- Enfermedad trofoblástica gestacional.
- Cáncer cervical.
- Cáncer de mama.
- Cáncer de endometrio.
- Enfermedad del trofoblasto persistente.
- Cirrosis hepática.
- Tumores benignos o malignos hepáticos.
- Tumores dependientes de progestágenos

##### 3. Características

- Eficacia elevada e inmediata.
- No interfiere con el coito.
- Retorno inmediato de la fecundidad al retirarse.
- Requiere examen pélvico previo, recomendándose la detección clínica de infecciones del tracto genital (ITG) antes de la inserción.
- En algunas mujeres puede producir amenorrea.
- Mejora la anemia.
- Previenen los embarazos ectópicos tubáricos en relación a otros dispositivos intrauterinos.
- Del 2 al 10% se expulsan en forma espontánea.
- No previene las ITS, VIH/SIDA, ni el HTVL1. Para mayor protección es recomendable el uso de preservativo en las parejas en riesgo.

##### 4. Tasa de falla

- Falla teórica 0.1 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.
- Falla de uso típico 0.1 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.

##### Posibles efectos o complicaciones más frecuentes

- Dismenorrea
- Trastornos menstruales.
- Perforación uterina.
- Hilos ausentes.
- Pareja siente los hilos.
- Acné.



- Cefaleas.
  - Tensión y dolor mamario.
6. Forma de uso
- Evaluación pre inserción: Previamente a la inserción debe informarse a la usuaria de la eficacia, riesgos, características y efectos secundarios del DIU de progestágenos, Se debe realizar un examen físico incluyendo, examen ginecológico (tacto vaginal, determinar tamaño del útero, toma de muestra para PAP, examen de mamas). Descartar la existencia de embarazo y la presencia de infecciones de transmisión sexual.
  - Se puede insertar:
    - En los 5 primeros días de haber iniciado el sangrado menstrual. También puede ser insertado en cualquier otro momento durante el ciclo menstrual, si existe la certeza razonable de que ella no está embarazada o está usando otro método.
    - En el post parto inmediato hasta 48 horas.
    - Durante la operación cesárea.
    - En el puerperio a partir de la cuarta semana.
    - En el post aborto inmediato: En los primeros 5 días post aborto no complicado.
    - En cualquier momento que usted esté razonablemente seguro de que la usuaria no está embarazada.
  - Siempre debe ser insertado y extraído por personal de salud calificado.
  - Inserción del dispositivo intrauterino debe ser con la "Técnica de No Tocar":
7. Programación de seguimiento
- Es importante que las mujeres acudan al primer control entre las tres o seis semanas luego de la inserción.
  - Es conveniente mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crea necesario.
  - Las citas subsiguientes se programara a los seis meses y posteriormente una vez al año para promover una atención integral en salud sexual y reproductiva.

#### 8.2.6. ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA

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

Puede ser:

- Anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina
- Anticoncepción quirúrgica voluntaria masculina

#### A. ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA FEMENINA

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

1. Mecanismo de acción
  - Es la oclusión y sección de las trompas de Falopio para impedir la unión del espermatozoide con el óvulo.
2. Condiciones que contraindican la anticoncepción quirúrgica femenina voluntaria:
  - Consideraciones psicosociales
    - Usuarías presionadas por el cónyuge o por alguna persona.
    - Usuarías que han tomado su decisión bajo presión.
    - Usuarías con conflictos no resueltos de índole religiosa o cultural.
    - Usuarías con expectativas no resueltas acerca de la irreversibilidad.
    - Mujeres en estado de depresión severa, o enfermedades psiquiátricas que le impidan tomar decisiones por ellas mismas.
    - Adolescentes.
  - Consideraciones médicas Si presenta alguna de las siguientes patologías se recomienda cautela, postergación, manejo especial y realizar con precaución:



M. Pun Ch.

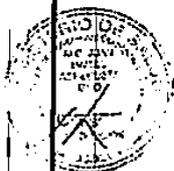


63

- **Cautela:** Utilizar con prudencia o precaución:
    - Antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica.
    - Cáncer de mama.
    - Miomas uterinos.
    - Antecedentes de cirugía abdominal o pélvica.
    - Hipertensión arterial leve, antecedentes de ACV o de cardiopatías sin complicaciones
    - Epilepsia.
    - Hipotiroidismo.
    - Cirrosis o tumores hepáticos.
    - Nefropatías.
    - Hernia diafragmática.
    - Obesidad.
  - **Postergación o demora:**
    - Embarazo, puede realizarse después del embarazo.
    - Puérpera post preeclampsia severa o eclampsia.
    - Complicaciones post parto: anemia severa, infección.
    - Aborto complicado (hemorragia, infección).
    - Sangrado uterino anormal.
    - Enfermedad inflamatoria pélvica dentro de los últimos 3 meses.
    - Cervicitis purulenta.
    - Cáncer ginecológico.
    - Enfermedad trofoblástica maligna.
    - Hepatitis viral activa, bronquitis o neumonía.
    - Infección cutánea abdominal.
  - **Manejo especial en:**
    - VIH/SIDA.
    - Útero fijo a causa de cirugías o infecciones previas.
    - Endometriosis.
    - Hernia de pared abdominal o umbilical.
    - Rotura uterina o perforación post parto o aborto complicado.
    - Conjunción de varios factores de riesgo: edad, tabaquismo, hipertensión Moderada o severa.
    - Diabetes de más de 20 años.
    - Valvulopatía complicada.
    - Coagulación intravascular diseminada (CID).
    - Tuberculosis pélvica.
    - Patología pulmonar crónica.
    - Cardiopatía por bloqueo o estenosis arterial, trombosis venosa profunda de miembros inferiores o pulmones. (requieren otros especialistas).
    - Hipertensión severa.
  - **Realizar con precaución en:**
    - Usuaria joven (menor de 25 años).
    - Usuaria sin hijos vivos.
    - Tener un hijo (especialmente el más pequeño) con salud delicada.
    - Unión de pareja inestable.
- 3. Características**
- Las mujeres que cumplen con los criterios de elegibilidad pueden someterse a la anticoncepción quirúrgica femenina
  - Eficacia alta, inmediata y permanente.
  - Puede ser realizada en forma ambulatoria.
  - No interfiere con el deseo sexual ni con la producción hormonal por parte de los ovarios.
  - Requiere, previamente, dos sesiones de orientación/consejería especializada y evaluación médica.
  - Es definitiva, debe ser considerada irreversible.
  - El proveedor debe ser necesariamente un médico calificado.
  - No previene las ITS, VIH/ SIDA, ni el HTVL1. Es recomendable el uso del preservativo para mayor protección.



M. Fun Ch.



4. Tasa de falla
  - Falla teórica 0.5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.
  - Falla de uso típico 0.5 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.
5. Posibles efectos colaterales
  - No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método.
6. Posibles complicaciones
  - Ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento anestésico (bloqueo epidural o anestesia general) o quirúrgico (hemorragia o infección). Ver cuadro

Complicaciones	Manejo
Lesiones de la Vejiga o del Intestino.	Diagnosticar el problema. Si hay una lesión de la vejiga o del intestino, reparar de inmediato. De descubrirse la lesión en el postoperatorio, derivar la usuaria a un establecimiento con capacidad resolutive.
Sangrado superficial (en los bordes de la piel o nivel subcutáneo).	Tratar según los hallazgos.
Dolor en la incisión.	Determinar si hay infección o absceso y realice el tratamiento indicado.
Hematoma (subcutáneo).	Observar, por lo general se resuelve solo, pero podría requerir drenaje de ser muy extenso.
Infección de Herida.	Prescribir antibióticos. Dicloxacilina 500 mg c/6 horas, por 7 días. Si hay absceso, drenaje previo tratamiento antibiótico, y curación diaria.
Fiebre postoperatoria.	Determinar la causa y tratarla como corresponda.

7. Forma de uso
  - La técnica recomendada es la de Pomeroy, a través de minilaparotomía, el tipo de incisión será supra púbica para el periodo de intervalo, infraumbilical para el post parto.
  - Otra alternativa sería la vía laparoscópica.
  - Tipos de anestesia: local con sedo analgesia, epidural y general.
  - No se recomienda la minilaparotomía en casos de usuarias con:
    - Antecedentes de cirugía pélvica previa.
    - Enfermedad pélvica inflamatoria reciente.
    - Retroflexión uterina fija.
    - Obesidad.
    - Problemas psiquiátricos, que impidan su colaboración.
  - En caso de alergias al anestésico local usar anestésico general.
  - Momento de la intervención:
    - Post parto hasta las 48 horas.
    - En seis semanas o más post parto, siempre que no exista gestación.
    - Post aborto no complicado.
    - De intervalo, en cualquier momento, de preferencia en la primera mitad del ciclo.
    - Transcesárea.



M. Pun Ch.



**8. Consideraciones previas a la Intervención**

Este procedimiento puede ser realizado en aquellas usuarias que deseen un método permanente, por lo que requiere que se cumplan los siguientes requisitos:

- Que la usuaria solicite voluntariamente el método.
- Que la usuaria sea mayor de edad, sin embargo, no se recomienda operar a usuarias menores de 25 años, a menos que presenten algún factor de riesgo reproductivo, por el riesgo alto de arrepentimiento.
- Que haya completado el número de hijos deseado.
- Que la usuaria haya recibido las dos sesiones de orientación/ consejería previa.
- Que haya entendido el significado del consentimiento informado y firmado.
- Que haya firmado la solicitud para la intervención.
- Que haya entendido sobre el tipo de intervención a que será sometida.
- Que haya tenido una evaluación médica completa, con énfasis en el examen pélvico Valoración del riesgo quirúrgico y cuando proceda, del riesgo anestésico.
- El bloqueo tubario debe ser realizado por médico gineco obstetra o médico general capacitado.
- El bloqueo tubario debe efectuarse en establecimientos de salud calificados como PES (Punto de Entrega de Servicios) para AQV.
- Durante la intervención el establecimiento debe contar con médico anesthesiólogo.
- Otras formas de realizar el bloqueo tubario son:
  - Por laparoscopia usando cauterización bipolar, bandas de silastic o clip de Hulka Clemens.
  - Por histeroscopia.
  - Aplicación intrauterina de crinacrina.

**9. Disposiciones para el período post operatorio**

- o Después del procedimiento la usuaria debe permanecer en observación por lo menos 4 horas. Si procede de zona rural o lejana deberá permanecer hospitalizada como mínimo 24 horas en el Punto de Entrega de Servicio donde se realizó la intervención.
- o Entregar información por escrito, sobre los cuidados a tener en cuanto a actividad física, curación de la herida operatoria y presentación de signos de alarma que ameritan acudir al establecimiento de salud.
- o Provisión de analgésico e indicaciones de uso.
- o Luego de la intervención la usuaria deberá mantener descanso físico por 7 días.
- o El reinicio de la actividad sexual será determinada en la visita de seguimiento post operatorio y dependerá de las condiciones en las cuales fue realizada la cirugía.



M. Pun Ch.



**Lista de verificación para bloqueo tubario bilateral**

<b>Condiciones</b>	<b>Diferir (*)</b>	<b>Diferir (**)</b>	<b>Precaución (***)</b>
<b>Gineco Obstétricas o aspectos quirúrgicos de pared abdominal</b>			
Embarazo	X		
Post parto entre el 7º y 42º días	X		
Complicaciones serias post parto y post aborto (Infección o hemorragia)	X		
Sangrado vaginal no diagnosticado que pueda sugerir patología	X		
Enfermedad inflamatoria pélvica en los últimos 3 meses	X		
Cáncer pélvico	X		
Enfermedad trofoblástica maligna	X		
Utero fijo debido a cirugía previa o infección		X	
Endometriosis		X	
Hombros (artroscopia o pared abdominal)		X	
Antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica después del 3º mes embarazo			X
Cáncer de mama a cual			X
Fibromas uterinos			X
<b>Condiciones cardiovasculares</b>			
Enfermedad aguda cardíaca o obstrucción de arterias			X
Trombosis venosa profunda o embolismo pulmonar	X		
Presión arterial mayor o igual a 160/110	X		
Enfermedad vascular incluyendo la relacionada a diabetes		X	
Enfermedad vascular ocrepita		X	
Presión arterial entre 140/90 y 160/100			X
Antecedente de isquemia de miocardio o accidente cerebro vascular			X
Enfermedad valvular cardíaca sin complicaciones			X
<b>Antecedentes de enfermedades crónicas u otras condiciones</b>			
Enfermedad vesicular zoster	X		
Hepatitis aguda viral	X		
Anemia ferropénica severa (hemoglobina menor de 7 gr %)	X		
Enfermedad pulmonar aguda (bronquitis o neumonía)	X		
Infecciones sistémicas o gastro enteritis moderada	X		
Infecciones de piel a nivel abdominal	X		
Cirugía abdominal de emergencia o infección abdominal al momento de la esterilización	X		
Enfermedades crónicas relacionadas a SIDA			X
Cirrosis hepática severa			X
Diabetes por más de 20 años			X
Hipertiriodismo		X	
Desórdenes de la coagulación			X
Enfermedad pulmonar crónica		X	
Tuberculosis pélvica		X	
SIDA sin enfermedades intercurrentes		X	
Epilepsia o toma medicación para convulsiones (fenitoína, carbamazepina, valproato, barbitúricos, primidona)		X	
Diabetes sin compromiso vascular			X
Cirrosis hepática moderada o tumores hepáticos			X
Anemia ferropénica severa/moderada leve (Hb entre 7 y 10 gr %)			X
Anemia taloformo			X
Enfermedad renal			X
Hernia diafragmática			X
Desnutrición severa			X
Obesidad			X
Cirugía abdominal electiva al momento de decidir la AOV			X

(\*) Postergar la intervención hasta que se resuelva el problema  
(\*\*) La intervención debe realizarse en un hospital de mayor capacidad resolutiva que cuenta con médicos especialistas durante las 24 horas.  
(\*\*\*) Debe realizarse una evaluación más exhaustiva antes del procedimiento

Fuente: Criterios de elegibilidad

**10. Programación de seguimiento:**

- La usuaria será citada para su primer control el 3er día post operatorio y para el segundo control el 7mo día.
- Si la usuaria no acudiera a su control por la distancia o dificultades de inaccesibilidad se deberá realizar la visita domiciliaria.
- Es importante mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crean necesario.
- Se debe instruir a la usuaria que acuda de inmediato al establecimiento si presenta cualquiera de los siguientes signos y/o síntomas:
  - Sintomatología urinaria.



M. Pun Ch.



- Dolor pélvico o abdominal severo.
  - Sangrado por la herida operatoria.
  - Fiebre y dolor local en la herida operatoria.
  - Mareos o dolor de cabeza.
- Posteriormente serán citadas cada año para una evaluación integral de la salud sexual y reproductiva.

**l) Manejo de los posibles efectos o complicaciones más frecuentes:**

COMPLICACIONES	MANEJO
Lesiones de la vejiga o del Intestino (raras)	Diagnostique el problema. Si hay una lesión de la vejiga o del intestino, haga la reparación. De descubrirse la lesión en el postoperatorio, remita a la usuaria al establecimiento con capacidad resolutoria.
Sangrado superficial (en los bordes de la piel o a nivel subcutáneo)	Trata según los hallazgos.
Dolor en Incisión	Determine si hay infección o absceso y realice el tratamiento indicado.
Hematoma (subcutáneo)	Aplique fomentos tibios y húmedos sobre el hematoma. Mantenga a la usuaria bajo observación; por lo general, se resuelve con el pasar del tiempo, pero podría ser necesario drenarlo de ser muy extenso.
Infección de la herida	Prescribir antibióticos (dicloxacilina 500 mg cada 6 horas, por 7 días). De haber un absceso, drenelo previo tratamiento antibiótico y haga seguimiento y curación diaria.
Flebre postoperatoria	Determine la causa y trátela según corresponda.

Fuente: Criterios de elegibilidad

- condón u otro método temporal para evitar el embarazo, hasta que el conteo de espermatozoides sea negativo. Si es factible realizar espermatograma.
- Provea de condones al usuario ( 30 condones).

**k) Manejo de los posibles efectos o complicaciones más frecuentes:**

COMPLICACIONES	MANEJO
Inflamación excesiva	Prolongue el uso del soporte (suspensor). Tratamiento antiinflamatorio (ibuprofeno 400 mg cada 8 horas por 7 días).
Equimosis	Tranquilice al usuario e infórmele que no requiere tratamiento y que se resolverá espontáneamente; si aumenta, debe regresar al establecimiento.
Hematoma (escroto)	Mantenga al usuario bajo observación; por lo general, se resuelve espontáneamente en 1 a 3 semanas. Recomiende al usuario el uso de un soporte para el escroto (suspensor), según se requiera. Si es grande, puede ser drenado con el uso simultáneo de antibióticos; se sugiere una cefalosporina 500 mg cada 6 horas por 7 días. Se sugiere aplicar compresas frías.
Infección de la herida	Recomiende el uso de un soporte para el escroto (suspensor). De haber una infección cutánea, trátela con antibiótico (dicloxacilina 500 mg cada 6 horas por 7 días). De haber un absceso, drenelo y administre antibióticos; se sugiere una cefalosporina 500 mg cada 6 horas por 7 días. Haga seguimiento cada 2 días.
Granuloma a nivel de la herida	Aunque es raro, de presentarse se recomienda cauterizarlo con nitrato de plata.

**l) Programación de seguimiento:**

- Los usuarios serán citados para su primer control entre 3er y 7mo día y para el segundo control a los 30 días.



M. Pun Ch.



- Posteriormente serán citados cada año para promover una consulta de promoción de salud reproductiva integral.
- Es importante mencionar al usuario que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que él o su pareja crean necesario.
- Se debe instruir al usuario que acuda al establecimiento si presenta cualquiera de los siguientes síntomas:
  - Sintomatología urinaria.
  - Dolor escrotal o perineal severo.
  - Hemorragia o hematoma en la herida operatoria.
  - Fiebre y dolor local en la herida operatoria.
- Después del procedimiento la usuaria debe mantenerse en observación por lo menos 4 horas. Si procede de zona rural o lejana deberá permanecer como mínimo 24 horas en el PES donde se realizó la intervención.
- Entregar información por escrito, de cuidados a tener en cuanto a actividad física, curación de la herida operatoria, y presentación de signos de alarma que ameritan acudir al establecimiento de salud.
- Provisión de analgésico e Indicaciones de uso.
- Luego de la intervención la usuaria deberá observar reposo por 7 días.

**k) Programación de seguimiento:**

- Las usuarias serán citadas para su primer control entre 3er y 7mo día y para el segundo control a los 30 días.
- Posteriormente serán citadas cada año para promover una consulta de promoción de salud reproductiva integral.
- Es importante mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crea necesario.
- Se debe instruir a la usuaria que acuda al establecimiento si presenta cualquiera de los siguientes síntomas:
  - Sintomatología urinaria.
  - Dolor pélvico o abdominal severo.
  - Hemorragia en la herida operatoria.
  - Fiebre y dolor local en la herida operatoria.
  - Mareos o dolor de cabeza.

**l) Manejo de los posibles efectos o complicaciones más frecuentes:**

COMPLICACIONES	MANEJO
Lesiones de la vejiga o del Intestino (raras)	1) Diagnostique el problema. Si hay una lesión de la vejiga o del intestino, haga la reparación. De descubrirse la lesión en el postoperatorio, remita a la usuaria al establecimiento con capacidad resolutive.
Sangrado superficial (en los bordes de la piel o a nivel subcutáneo)	Trate según los hallazgos.
Dolor en incisión	Determine si hay infección o absceso y realice el tratamiento indicado.
Hematoma (subcutáneo)	Aplique fomentos tibios y húmedos sobre el hematoma. Mantenga a la usuaria bajo observación; por lo general, se resuelve con el pasar del tiempo, pero podría ser necesario drenarlo de ser muy extenso.



M. Pun Ch.



COMPLICACIONES	MANEJO
Infección de la herida	Prescribir antibióticos (dicloxacilina 500 mg cada 6 horas, por 7 días). De haber un absceso, drénelo previo tratamiento antibiótico y haga seguimiento y curación diaria
Fiebre postoperatoria	Determine la causa y trátela según corresponda

ii) Otras formas de realizar de esterilización femenina

- Por laparoscopia usando cauterización bipolar, bandas de silastic o clip de Hulka-Clemens.
- Por histeroscopia.

DIRESA \_\_\_\_\_ ESTABLECIMIENTO \_\_\_\_\_ N de Historia Clínica : \_\_\_\_\_

**Consentimiento Informado y  
 Solicitud de Intervención para Ligadura de Trompas**

Yo, \_\_\_\_\_, identificada con D.N.I. \_\_\_\_\_, y en pleno uso de mis facultades mentales, declaro que he recibido información y comprendido lo siguiente:

Hay métodos anticonceptivos temporales y disponibles que son gratuitos que puedo elegir en lugar de la Ligadura de Trompas. La Ligadura de Trompas es una operación electiva, no es una operación de emergencia. Esta operación, como otras operaciones, tiene riesgos, complicaciones y mortalidad (entre 4-10 por 100,000 Ligadura de trompas) Después de la Ligadura de Trompas no podré tener más hijos, su efecto es permanente. Existe un riesgo mínimo de falla del método que podría dar lugar a un embarazo. Se me ha informado que el establecimiento de salud reúne las condiciones y el personal adecuados para esta operación La operación, los cuidados, medicinas y controles, y atención de las complicaciones son gratuitas Dispongo de por lo menos 3 días para pensar cuidadosamente sobre la Ligadura de Trompas y después, si es mi decisión, venir al servicio de salud para operarme. Puedo pedir más explicaciones sobre la Ligadura de Trompas o desistir de la operación en cualquier momento, aunque haya firmado esta solicitud. Ni yo ni mi pareja ni mis parientes perderemos nuestro derecho a atendernos o beneficiarnos de los servicios de salud de este o cualquier otro establecimiento cualquiera sea mi decisión con respecto a la Ligadura de Trompas.

Por tanto, después de recibir información sobre los métodos anticonceptivos y reflexionado sobre las opciones que tengo, he elegido en forma voluntaria optar por la Ligadura de Trompas, solicito que se me realice la operación. Para tal fin he brindado al personal de salud información veraz sobre mis antecedentes y estado de salud y me comprometo a seguir las indicaciones pre y postoperatorias, asistiendo a los controles posteriores a la operación en las fechas que se me indique. Declaro además que esta decisión ha sido tomada sin presión, ni promesa de beneficio de ningún tipo.

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma y sello del Personal  
 Que brinda la orientación y consejería

Firma de la Usuaria



Huella Digital

Si la usuaria es analfabeta, un pariente o testigo deberá firmar la siguiente declaración. Quien suscribe es testigo que la usuaria conoce y comprende el contenido del documento y ha impreso su huella digital en mi presencia, manifestando su conformidad con el mismo.

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nombre de e/la Testigo: \_\_\_\_\_



M. Pun Ch.



Firma de el/la Testigo D.N.I. _____	Huella Digital de el/la Testigo <span style="float: right; border: 1px solid black; width: 80px; height: 40px; display: inline-block;"></span>
<b>Autorización de Intervención para Ligadura de Trompas</b>	
Fecha de la Intervención ____/____/____	
Yo, _____ ratifico mi solicitud y autorizo la operación de Ligadura de Trompas	
Yo, _____, con CMP _____, he verificado que la decisión ha sido tomada en forma libre e informada	
_____ Firma o Huella Digital de la usuaria	_____ Firma y sello de el/la Médico/a Cirujano/a

**B. ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA MASCULINA**

Método anticonceptivo permanente. La vasectomía es una intervención quirúrgica electiva, considerada como cirugía menor, destinada a ligar y seccionar los conductos deferentes en el hombre.

**1. Mecanismo de acción**

- La oclusión de los conductos deferentes que impide la salida de los espermatozoides, evitando la unión con el óvulo.

**2. Condiciones que contraindican la anticoncepción quirúrgica masculina voluntaria:**

- **Consideraciones psicosociales**
  - Usuarios presionados por su cónyuge o por alguna persona.
  - Usuarios que han tomado su decisión bajo presión desusada.
  - Usuarios con conflictos no resueltos de índole religiosa o cultural.
  - Usuarios con expectativas no resueltas acerca de la irreversibilidad.
  - Varones en estado de depresión severa, o enfermedades psiquiátricas que le impidan tomar decisiones por ellos mismos.
  - Adolescentes.
- **Consideraciones médicas:** Según Categorías de la OMS todos los hombres pueden someterse a la vasectomía.  
 Si presenta alguna de las siguientes patologías se recomienda:
  - **Cautela:** Procedimiento puede realizarse con preparación y precauciones adicionales, dependiendo de la patología.
    - Lesión escrotal previa.
    - Gran varicocele o hidrocele
    - Testículo no descendido,
    - Diabetes.
  - **Con precaución**
    - Menores de 25 años.
    - Usuario sin hijos vivos.
    - Tener un hijo (especialmente el más pequeño) con salud delicada.
    - Unión de pareja inestable.
  - **Postergación o demora:** realizar la vasectomía luego de ser tratada la patología.
    - Infección de transmisión sexual activa.
    - Glande, conductos espermáticos y testículos tumefactos, dolorosos o inflamados.



M. Pun Ch.



- Infección cutánea del escroto o tumoración escrotal.
- Infección sistémica o gastroenteritis.
- Filariasis o elefantiasis.
- Depresión.

- **Medidas especiales:**

- Hernia inguinal, de ser capaz el proveedor debe hacer la hernioplastia más la vasectomía, si no es posible reparar primero la hernia.
- Testículos de ambos lados no descendidos.
- Trastornos de la coagulación.

**3. Características**

- Eficacia alta, inmediata y permanente.
- Es realizada en forma ambulatoria.
- No interfiere con el deseo, la potencia sexual, ni con la producción hormonal por parte de los testículos.
- Requiere, previamente, dos sesiones de orientación/consejería especializada y evaluación médica.
- La eficacia se garantiza cuando se demuestra que haya ausencia total de espermatozoides en una prueba de recuento.
- Es definitiva, debe ser considerada irreversible.
- El proveedor debe ser necesariamente un médico calificado (gineco obstetra, urólogo o médico general capacitado).
- No previene las ITS, VIH/ SIDA, ni el HTVL1. Es recomendable el uso del preservativo para mayor protección.
- No existe el riesgo para cáncer de próstata o testicular.

**4. Tasa de falla**

- Falla teórica 0.15 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.
- Falla de uso 0.15 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año.

**5. Posibles efectos colaterales**

- No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método.

**6. Posibles complicaciones**

- Ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento quirúrgico:
  - Inflamación severa.
  - Equimosis.
  - Hematoma.
  - Infección de la herida operatoria.
  - Granuloma.

Complicaciones	Manejo
Inflamación excesiva	Prolongue el uso de suspensor. Ibuprofeno 400 mg c/8 horas X 7 días.
Equimosis	Tranquilice al usuario e infórmele que se resolverá solo sin tratamiento, si aumenta regresar a la consulta.
Hematoma (escroto)	Observación por lo general se reabsorbe en 1 a 3 semanas, recomendar el uso de suspensor.  Si es grande drenaje y el uso de antibióticos: Cefalosporina 500 mg c/6 horas X 7 días. Aplicar compresas frías.
Infección de Herida	Recomendar el uso de suspensor, de haber Infección cutánea, tratarla con antibiótico: Dicloxacilina 500 mg c/6 horas, por 7 días. De haber absceso drenaje y tratamiento antibiótico: Cefalosporina 500 mg c/6



M. Pen Ch.



	horas X 7 días. Seguimiento cada dos días.
Granuloma a nivel de la herida	Es raro, de presentarse se recomienda cauterizarlo con nitrato de plata.

**7. Forma de uso**

La vasectomía puede ser realizada, en cualquier momento, mediante dos técnicas:

- La convencional, en la que se realiza una o dos incisiones en el escroto.
- La técnica sin bisturí, en la que se punza con una pinza especial la piel del escroto, para aislar el conducto deferente. La más recomendada es la técnica sin bisturí.

**8. Consideraciones previas a la Intervención**

Este procedimiento puede ser realizado en aquellos usuarios que deseen un método permanente, por lo que en particular requiere que se cumplan los siguientes requisitos:

- Que el usuario solicite el método.
- Que el usuario sea mayor de edad (Sin embargo, no se recomienda operar a usuarios menores de 25 años, por el riesgo alto de arrepentimiento).
- Que haya completado el número de hijos deseado.
- Que el usuario haya recibido las dos sesiones de orientación/consejería previa.
- Que haya comprendido el significado del consentimiento informado y firmado.
- Que haya entendido sobre el tipo de intervención a que será sometido y firmado
- El procedimiento debe realizarse bajo las normas quirúrgicas y de esterilización vigentes.
- Se puede solicitar un espermograma de control (o por lo menos la evaluación simple al microscopio de una muestra de semen), para objetivar la ausencia de espermatozoides al tercer mes postoperatorio.
- El proveedor debe ser necesariamente un médico calificado.

**9. Disposiciones para el periodo post operatorio**

- Después del procedimiento el usuario debe mantenerse en observación por lo menos 2 horas.
- Si procede de zona rural o lejana deberá permanecer en observación como mínimo 6 horas en el PES donde se realizó la intervención.
- Entregar información por escrito de cuidados a tener en cuanto a actividad física, curación de la herida operatoria, y presentación de signos de alarma que ameritan acudir al establecimiento de salud.
- Aplicar bolsa de hielo o bolsa plástica con 3 cubos de hielo por tres horas.
- Indicarle que deberá guardar reposo relativo por 5 días.
- Provisión de analgésico e indicaciones de uso.
- Asegurarse que el hombre comprenda que el método no es efectivo de inmediato, pueden encontrarse espermatozoides hasta en 20 eyaculaciones o 3 meses después del procedimiento, por lo cual se debe recomendar el uso del condón u otro método temporal para evitar el embarazo, hasta que el conteo de espermatozoides sea negativo. Si es factible realizar espermograma.
- Provea de condones al usuario (30 condones).
- En usuarios con VIH deberán usar condón en toda relación sexual.

**10. Programación de seguimiento:**

- Los usuarios serán citados para su primer control al 3er y su segundo control al 7mo día.
- Posteriormente serán citados cada año para una evaluación de salud reproductiva integral. Es importante mencionar al usuario que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que él o su pareja crean necesario.
- Se debe instruir al usuario que acuda al establecimiento si presenta cualquiera de los siguientes síntomas:
  - Sintomatología urinaria.
  - Dolor escrotal o perineal severo.
  - Hemorragia o hematoma en la herida operatoria.



M. Pun Ch.



- Fiebre y dolor local en la herida operatoria.

DIRESA \_\_\_\_\_ ESTABLECIMIENTO \_\_\_\_\_ N° de Historia Clínica \_\_\_\_\_

## Consentimiento Informado y Solicitud de Intervención para Vasectomía

Yo, \_\_\_\_\_, identificado con D.N.I. N° \_\_\_\_\_, y en pleno uso de mis facultades mentales, declaro que he recibido información y comprendido lo siguiente:

Hay métodos anticonceptivos temporales y disponibles, que son gratuitos que puedo elegir en lugar de la Vasectomía.  
 La Vasectomía es una operación electiva, no es de emergencia.  
 Esta operación, como otras operaciones, tiene riesgos y complicaciones poco frecuentes.  
 Después de la Vasectomía no podrá tener más hijos, su efecto es permanente.  
 Existe un riesgo mínimo de falla del método que podría dar lugar a un embarazo en mi pareja.  
 Se me ha informado que el establecimiento de salud reúne las condiciones y el personal adecuados para esta operación.  
 La operación, los cuidados, medicinas y controles, y atención de las complicaciones son gratuitas.  
 Dispongo de por lo menos 3 días para pensar cuidadosamente sobre la Vasectomía y después, si es mi decisión, venir al establecimiento de salud para operarme.  
 Puedo pedir más explicaciones sobre la Vasectomía o desistir de la operación en cualquier momento, aunque haya firmado esta solicitud.  
 Ni yo, ni mi pareja ni mis parientes perderán su derecho a atenderse o beneficiarse de los servicios de salud de este o cualquier establecimiento, cualquiera sea mi decisión con respecto a la Vasectomía.  
 Por tanto, después de recibir información sobre los métodos anticonceptivos y reflexionado sobre las opciones que tengo, he elegido en forma voluntaria la opción de la Vasectomía, solicito que se me realice la operación. Para tal fin he brindado al personal de salud información veraz sobre mis antecedentes y estado de salud y me comprometo a seguir las indicaciones pre y postoperatorias y asistir a los controles posteriores a la operación en las fechas que se me indique.  
 Declaro además que esta decisión ha sido tomada sin presión ni promesa de beneficio de ningún tipo.

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma y sello del Personal  
que brinda la orientación o consejería

\_\_\_\_\_  
Firma del Usuario

Huella Digital



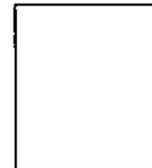
Si el usuario es analfabeto, un pariente o testigo deberá firmar la siguiente declaración.

Quien suscribe es testigo que el usuario conoce y comprende el contenido del documento y ha impreso su huella digital en mi presencia, manifestando su conformidad con el mismo.

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nombre de el/la Testigo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de el/la Testigo  
D.N.I.:

Huella Digital de el/la  
Testigo



### Autorización de Intervención para Vasectomía

Fecha de la Intervención \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, ratifico mi solicitud y autorizo la operación de Vasectomía

Yo, \_\_\_\_\_, con CMP \_\_\_\_\_, he verificado la decisión ha sido tomada en forma libre e informada

\_\_\_\_\_  
Firma o Huella Digital del usuario

\_\_\_\_\_  
Firma y sello de el/la Médico/a Cirujano/a



M. Per Ch.



### 8.2.7. ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (AE)

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

Se utilizan:

- a. Método de Yuzpe se utilizan píldoras combinadas.  
El esquema es el siguiente:
  - Píldoras con combinaciones de: Etinilestradiol 50 mcg y Levonorgestrel 250mcg, dos dosis de 2 tabletas cada 12 horas
- b. Método de sólo progestágeno: levonorgestrel
  - Levonorgestrel tableta de 0.75 mg, por dos dosis.
  - Levonorgestrel, 1.5 mg, una sola dosis.

#### 1. Mecanismo de acción

- Inhibe la ovulación.
- Espesa el moco cervical.

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

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

#### 3. Indicaciones

- Violación.
- Violencia sexual familiar.
- Relación sexual sin protección.
- No usa regularmente un método anticonceptivo.
- Se rompió o se deslizó el condón.
- Se le olvidó de tomar más de dos píldoras de uso regular.
- No se aplicó el inyectable en su fecha.
- Expulsó la T de cobre.
- Mal uso del método del ritmo.

#### 4. Características

- No es un método para uso regular, debe de ser considerado como una alternativa de uso excepcional.
- Se puede indicar en cualquier edad y/o paridad.
- Eficaz si se usa lo más pronto o dentro de las 72 horas de la relación sexual sin protección.
- Método dependiente de la usuaria, de la rapidez para tomar las pastillas
- No requiere un examen pélvico previo a su uso.
- No brinda protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
- No previenen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH/ SIDA, ni el HTVL1.
- No se ha reportado malformaciones congénitas en los recién nacidos, en caso de falla del método.



M. Pun Ch.



#### 5. Tasa de eficacia

- Cuando más pronto sea su uso, mayor será su eficacia.
- Los de solo progestágeno (levonorgestrel) hasta 95%.
- Los anticonceptivos combinados (Método de Yuzpe) hasta 75%.

#### 6. Posibles efectos secundarios

- Los efectos secundarios descritos son: náuseas, vómitos, cefalea, mareos, fatiga y tensión mamaria.
- Se presentan con mayor frecuencia e intensidad con el método de Yuzpe (uso de tabletas combinadas).
- Si la usuaria tiene antecedentes de náuseas o vómitos a la ingesta de hormonas, hay que indicarle una tableta de dimenhidrinato, media hora antes de tomar la anticoncepción de emergencia.
- Si la usuaria vomita la anticoncepción oral de emergencia antes de las dos horas, hay que indicarle otra dosis.
- Se deberá recomendar a la mujer que asista al establecimiento de salud, para indicarle anticoncepción regular previa orientación/consejería.

#### 7. Modo de uso

- La primera dosis dentro de las 72 horas de la relación sexual sin protección.
- La segunda y última dosis 12 horas después de la primera dosis.
- **Método de Yuzpe:** Verificar la cantidad de etinil estradiol que contienen las píldoras combinadas y calcular cuantas píldoras suman 100 o más microgramos, se tomarán dos dosis. Las que contienen etinil estradiol de 30 mcg se tomarán cuatro píldoras en cada dosis. Para las de 50 mcg se tomarán dos dosis de dos píldoras cada una.
- **Método de sólo progestágeno:**
  - Levonorgestrel una tableta de 0.75 mg, por dos dosis.
  - Levonorgestrel, 1.5 mg, una sola dosis.

#### 8. Programación de seguimiento:

- En el caso de usuaria víctima de una violación deberá completar su estudio y tratamiento en un centro especializado según normatividad vigente.
  - Se debe orientar a la usuaria que acuda a un establecimiento de salud si presenta las siguientes situaciones:
    - Sospecha de embarazo.
    - Sangrado menstrual escaso, hacer detección de embarazo.
    - Amenorrea, hacer detección de embarazo.
- Comprende también actividades de atención integral en salud sexual y reproductiva.

#### 8.3. ANTICONCEPCIÓN POST ABORTO

- Las mujeres que acuden a la atención por un aborto incompleto deben recibir una atención integral con el fin de evitar complicaciones que pudieran conducir a una severa morbilidad o muerte. El tema de la anticoncepción debe abordarse antes, durante y después de la atención del aborto incompleto.
- Las mujeres deben estar informada que luego de un aborto, el período de espera para volver a embarazarse es de 6 meses, ya que con ello se disminuye la posibilidad de un nuevo aborto, anemia materna, ruptura prematura de membranas, bajo peso al nacer, parto prematuro y otras complicaciones. Por esa razón, deben utilizar un método anticonceptivo hasta que estén en óptimas condiciones para iniciar un embarazo.
- En el caso que la mujer elija un método anticonceptivo de larga duración (dispositivo intrauterino o implantes subdérmicos), debe proporcionarsele inmediatamente después de la atención post aborto.
- Las adolescentes en el postaborto requieren una atención integral con orientación/consejería, especializada.
- La ovulación puede ocurrir dentro de las 2-3 semanas después del aborto. El 75% de las mujeres han ovulado dentro de las 6 semanas post-aborto habitual.
- El uso de métodos anticonceptivos en el post-aborto previene un embarazo no planificado, o en otros casos posibilita un lapso prudencial de 3-6 meses antes de la siguiente gestación recomendable en casos de aborto, evitando la posibilidad de otro aborto.
  - Aborto sin complicaciones en el primer trimestre: Cualquier método puede usarse inmediatamente.
  - Aborto sin complicaciones en el segundo trimestre: Cualquier método puede usar se inmediatamente, excepto el DIU y la ligadura de trompas.



ANEXO 05: APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA  
"Formamos seres humanos para una cultura de Paz"

Facultad de Medicina Humana

Oficio N° 2455-2015-FMH-D

Lima, 05 de noviembre de 2015

Señorita  
**KATIA GIULIANA MALLMA YACTAYO**  
Presente.-

**ASUNTO: Aprobación del Proyecto de Tesis**

De mi consideración:

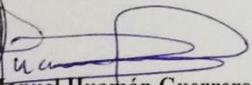
Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Proyecto de Tesis "CONOCIMIENTO Y USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN ADOLESCENTES DE 4to.-5to. DE SECUNDARIA DEL COLEGIO ANDRÉS A. CÁCERES SETIEMBRE A NOVIEMBRE - 2015", presentando ante la Facultad de Medicina Humana para optar el Título Profesional de Médico Cirujano ha sido aprobado por el Consejo de Facultad en sesión de fecha 05 de noviembre de 2015.

Por lo tanto queda usted expedita con la finalidad de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular,

Atentamente,



  
**Manuel Huamán Guerrero**  
Decano

c.c.: Oficina de Grados y Títulos.

Av. Benavides 5440 - Urb. Las Gardenias - Surco - Lima 33 - Perú  
Apartado postal 1801 / Email: dec.medicina@urp.pe - www.urp.edu.pe/medicina

Central: 708-0000  
Anexo: 6000 / 6290 / 6010  
Telefax: 708-0106



## CURSO TALLER PARA LA TITULACIÓN POR TESIS

### CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que la Señorita

**KATIA GIULIANA MALLMA YACTAYO**

Ha cumplido con los requerimientos del curso-taller para la Titulación por Tesis, durante los meses de septiembre, octubre y noviembre del presente año, con la finalidad de desarrollar el proyecto de Tesis, así como la culminación del mismo, siendo el Título de la Tesis:

**“CONOCIMIENTO Y USO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS  
EN ADOLESCENTES DE 4to.-5to. DE SECUNDARIA DEL  
COLEGIO ANDRÉS A. CÁCERES SETIEMBRE A NOVIEMBRE -  
2015 ”**

Por lo tanto, se extiende el presente certificado con valor curricular de **05 créditos académicos**, de acuerdo al artículo 15° del Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana (aprobado mediante Acuerdo de Consejo Universitario N° 2717-2015), considerándosele apta para la sustentación de tesis respectiva.

Lima, 20 de Noviembre de 2015



*Hilda Jurupe Chico*  
Hilda Jurupe Chico  
Secretaria Académica



*Dr. Manuel Huamán Guerrero*  
Dr. Manuel Huamán Guerrero  
Decano

ANEXO 07



PERU

MINISTERIO DE SALUD

INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIO DE SALUD

RED DE SALUD BARRANCO CHORRILLOS SURCO

"AÑO DE LA DIVERSIFICACION PRODUCTIVA Y DEL FORTALECIMIENTO DE LA EDUCACION"

Delicias de Villa 20 de Octubre del 2015.

OFICIO N° 158-2015 IGSS-RED-SS- BCO-CHO-SCO-MRV-CSDV-J/2015



Lic. María Del Pilar Yupanqui Montero  
Directora de la I.E. Andrés Avelino Cáseres

**ASUNTO:** Permiso para ejecución de proyecto de Investigación en alumnos de nivel secundario

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. para saludarla muy cordialmente, asimismo solicitarle el permiso para ejecución del proyecto de investigación "Nivel de conocimiento y uso de Métodos Anticonceptivos en Adolescentes de Cuarto y Quinto de Secundaria de la Institución Educativa Andrés Avelino Cáseres Setiembre Noviembre 2015 Lima – Chorrillos", cuyos resultados nos ayudarán a la información y prevención de enfermedades de transmisión sexual en adolescentes y control de natalidad, ya que presentará una charla informativa a los adolescentes encuestados.

Los resultados serán entregados a su institución después de ser aprobados en la Universidad Ricardo Palma.

Concedores de su espíritu de colaboración, agradezco por anticipado la atención que le brinde a la presente, Asimismo le renuevo las muestras de mi especial consideración y estima personal

Atentamente.



MINISTERIO DE SALUD  
IGSS - RED BCO - CHO - SCO.  
C.S. DELICIAS DE VILLA

Ricardo Kamiyama Arakawa  
CMP 19188

Conocimiento y Uso de  
Métodos Anticonceptivos en  
adolescentes de 4to.-5to. De  
secundaria del Colegio Andrés  
A. Cáceres. Setiembre a  
Noviembre - 2015

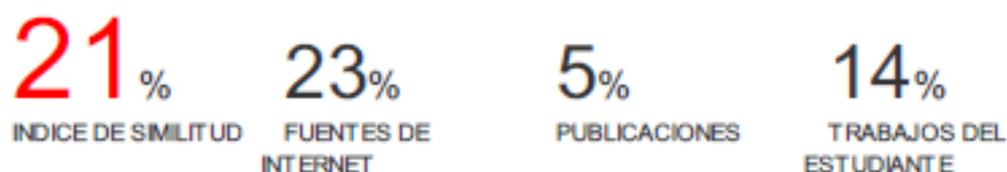
*por* Katia Mallma Yactayo

---

ARCHIVO	TESIS.DOCX (4.55M)		
HORA DE LA ENTREGA	25-ENE-2017 12:15P.M.	NÚMERO DE PALABRAS	20983
IDENTIFICADOR DE LA ENTREGA	757431454	SUMA DE CARACTERES	113392

## Conocimiento y Uso de Métodos Anticonceptivos en adolescentes de 4to.-5to. De secundaria del Colegio Andrés A. Cáceres. Setiembre a Noviembre - 2015

### INFORME DE ORIGINALIDAD



### FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<b>www.scribd.com</b> Fuente de Internet	<b>4%</b>
<b>2</b>	<b>Submitted to Universidad Autónoma de Ica</b> Trabajo del estudiante	<b>3%</b>
<b>3</b>	<b>docplayer.es</b> Fuente de Internet	<b>2%</b>
<b>4</b>	<b>www.redalyc.org</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>5</b>	<b>www.forosalud.org.pe</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>6</b>	<b>www.slideshare.net</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>7</b>	<b>slideshowes.com</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>8</b>	<b>www.medigraphic.com</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>
<b>9</b>	<b>erp.uladech.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>

10	<a href="http://revistas.utp.edu.co">revistas.utp.edu.co</a> Fuente de Internet	1%
11	<a href="http://www.unfpa.org.pe">www.unfpa.org.pe</a> Fuente de Internet	1%
12	Submitted to Corporación Universitaria Remington Trabajo del estudiante	1%
13	<a href="http://www.scielo.cl">www.scielo.cl</a> Fuente de Internet	1%
14	<a href="http://www.elperuano.com.pe">www.elperuano.com.pe</a> Fuente de Internet	1%
15	<a href="http://cybertesis.unmsm.edu.pe">cybertesis.unmsm.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
16	<a href="http://exploredoc.com">exploredoc.com</a> Fuente de Internet	1%
17	<a href="http://www.buenastareas.com">www.buenastareas.com</a> Fuente de Internet	1%

EXCLUIR CITAS

ACTIVO

EXCLUIR  
COINCIDENCIAS

< 1%

EXCLUIR  
BIBLIOGRAFÍA

ACTIVO