



**UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



TESIS

**“NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA LOS
ANTICONCEPTIVOS EN LAS ADOLESCENTES DEL TERCER
AÑO DE SECUNDARIA DE LA I.E. ELVIRA GARCÍA Y
GARCÍA. CHICLAYO 2015”**

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

AUTOR:

Nora Cecilia Palomino Díaz

ASESORA

Mg. Carmen Moreno De la Cruz

CHICLAYO – PERÚ

2017

DEDICATORIA

A DIOS, por ser la luz que guía mi camino hacia
nuevas metas, por brindarme conocimiento
en mi carrera en beneficio de nuestros
Pacientes que son la sociedad.

A mi querida madre, Nora Díaz Campos,
por todo el apoyo y la comprensión que
me ha brindado en cada momento,
Siendo mi motivo y la razón que me ha llevado a seguir
Superándome día a día para alcanzar mis metas.

Con mucho cariño y amor a mi hijita,
Nora Belén, para que esta meta lograda
sea un ejemplo en su vida futura;
Tanto profesional como personal

Nora Cecilia Palomino Díaz

AGRADECIMIENTO

La autora de esta tesis expresa su profundo agradecimiento a:

A las autoridades, personal docente y administrativo y alumnas de la I.E. Elvira García y García de Chiclayo por su apoyo en este trabajo.

A mi asesora Mg. Sc. Carmen Moreno De la Cruz por su valioso apoyo y colaboración prestados para la realización y culminación de la presente tesis.

Al Dr. Luis Gómez Segura, por su ayuda, quien siempre estuvo presente para resolver cualquier inquietud y a despejar dudas que presentaran a lo largo de la presente investigación.

Finalmente, me complace de sobre manera a través de este trabajo exteriorizar un sincero agradecimiento a la Escuela Profesional de Obstetricia Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Chiclayo y en ella a los distinguidos docentes.

La Autora.

ÍNDICE

II. Dedicatoria.....	1
III. Agradecimiento.....	2
IV. Índice.....	3
V. Resumen	4
VI. Introducción.....	5
6.1 Marco Teórico.....	6
6.2 Problema.....	45
6.3 Hipótesis.....	45
6.4 Objetivos.....	45
6.5 Justificación e Importancia del estudio.....	46
6.6 Definición y Operacionalización de variables.....	47
VII. Material y Métodos.....	48
7.1 Tipo de investigación.....	48
7.2 Diseño de contrastación de hipótesis.....	48
7.3 Población y muestra: tipo de muestreo, tamaño de muestra.....	48
7.4 Instrumentos y Técnicas de Recolección de Datos.....	48
7.5 Análisis estadístico.....	48
VIII. Resultados.....	50
IX. Cuadros y Gráficas.....	51
X. Discusión.....	58
XI. Conclusiones.....	60
XII. Recomendaciones.....	61
XIII. Referencias Bibliográficas.....	62
XIV. Anexos.....	65

RESUMEN

Con el objetivo general de determinar el **nivel de conocimientos y actitudes hacia los anticonceptivos en las adolescentes del tercer año de secundaria de la IE Elvira García y García. Chiclayo 2015**, se realizó un estudio de tipo cuantitativo de nivel aplicativo, descriptivo, prospectivo y de corte transversal. La población lo constituyeron 115 adolescentes, todas estudiantes del tercer año de educación secundaria de la IE Elvira García y García de la ciudad de Chiclayo, durante los meses de junio y julio del 2015. La técnica de recolección de datos fue la encuesta, el instrumento aplicado fue en un cuestionario, construido por la autora y validado por juicio de expertos, que permitió obtener información de cuanto saben y la actitud hacia los métodos anticonceptivos. Los datos fueron analizados con la prueba de R de Pearson; así como de la estadística descriptiva.

Los resultados más importantes: El 47% de adolescentes tienen un nivel medio de conocimientos sobre anticonceptivos, otro 27.8% tiene un nivel bajo de conocimientos, el 73.9% de adolescentes tienen actitud desfavorable hacia los anticonceptivos, y solo el 26.1% tiene actitud favorable. Se encontró relación altamente significativa entre el nivel de conocimientos y actitudes hacia los anticonceptivos en las adolescentes del tercer año de la I.E. Elvira García y García ($p < 0.05$). Del total de adolescentes que tienen actitudes desfavorables hacia los anticonceptivos, el 49.4% tiene un conocimiento medio y el 32.9% tienen un conocimiento bajo sobre anticonceptivos, mientras que las adolescentes con actitudes favorables el 46.7% tiene un conocimiento alto y un 40% tiene un nivel de conocimientos medio sobre anticonceptivos. Otro aspecto importante encontrado Se puede decir que el 55.7% de adolescentes tienen 14 años de edad, el 58.3% vive en pueblos jóvenes, el 79.1% vive con familia completa, el 61.7% es de religión católica, el 47.7% indica que sus padres son conviviente y el 49.6% recibió información sobre métodos anticonceptivos por parte de los padres de familia.

Palabras clave: Conocimientos, actitudes, anticonceptivos, adolescentes

SUMMARY

With the general objective of determining the level of knowledge and attitudes towards contraceptives in the third year of high school Elvira García and García. Chiclayo 2015, a quantitative type study was applied, descriptive, prospective and cross-sectional. The population was constituted by 115 adolescents, all students of the third year of secondary education of IE Elvira García and García of the city of Chiclayo, during the months of June and July of 2015. The technique of data collection was the survey, the instrument Applied was a questionnaire, built by the author and validated by expert judgment, which allowed to obtain information of what they know and the attitude towards contraceptive methods. Data were analyzed with the Pearson R test; As well as descriptive statistics.

The most important results: 47% of adolescents have an average level of knowledge about contraceptives, another 27.8% have a low level of knowledge, 73.9% of adolescents have an unfavorable attitude towards contraceptives, and only 26.1% have a favorable attitude. A highly significant relationship was found between the level of knowledge and attitudes towards contraceptives among adolescents in the third year of the I.E. Elvira García and García ($p < 0.05$). Of the total number of adolescents with unfavorable attitudes towards contraceptives, 49.4% have an average knowledge and 32.9% have low knowledge on contraceptives, while adolescents with favorable attitudes 46.7% have high knowledge and 40% have a Average level of knowledge about contraceptives. Another important aspect found It is possible to be said that 55.7% of adolescents are 14 years old, 58.3% live in young villages, 79.1% live with full family, 61.7% are of catholic religion, 47.7% indicate that their parents Are cohabiting and 49.6% received information about contraceptive methods from parents.

Key words: Knowledge, attitudes, contraceptives, adolescents

VI. INTRODUCCION

La OMS define la adolescencia como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios. Esta fase de crecimiento y desarrollo viene condicionada por diversos procesos biológicos. El comienzo de la pubertad marca el pasaje de la niñez a la adolescencia.

Cabe indicar que dicha etapa “La Adolescencia” también juega un rol en el entorno social y económico. Así tenemos la Institución Educativa Elvira García y García, se encuentra ubicada en la Av. Jorge Chávez del populoso sector este de la ciudad de Chiclayo, Campodónico, colindante con los P.J. Jorge Chávez, San Antonio, Fanny Abanto, Palo Blanco; entre otros, cuya población es predominantemente joven, de padres jóvenes y con un bajo nivel cultural, en su mayoría proceden de zonas de la sierra de Cajamarca y Lambayeque, lo que significa que tienen una marcada idiosincrasia serrana frente a la de sus hijos adolescentes costeños.

“El Elvira”, como se le conoce, es una institución pública exclusivamente femenina, cuenta solo con el nivel educativo, educación secundaria, dividido en dos turnos, 350 para cada turno mañana y tarde y su población docentes es de 40 profesores cuya mayoría están próximos a su jubilación y con limitada disposición de capacitación.

Este panorama se agudiza más al identificar un significativo registro de embarazos no deseado, abortos incompletos e infecciones de transmisión sexual en adolescentes procedentes de dichas zonas en los establecimientos de salud: Jorge Chávez, José Olaya, y del Hospital Regional Docente Las Mercedes.

La investigación se enfoca en las alumnas del tercer año de educación secundaria cuyas edades oscilan entre los 14 y 17 años respecto a si

tienen algún nivel de conocimiento sobre metodología anticonceptiva y determinar la actitud, si es de aceptación o rechazo hacia los métodos anticonceptivos.

6.1. Marco teórico

a) Situación problemática

El personal obstetra posee conocimientos solidos sobre anticoncepción y conoce la situación sexual y reproductiva del adolescente para que pueda brindar una orientación y consejería adecuado mejorando la calidad y el ejercicio de sus derechos sexual-reproductivo.

Diversas publicaciones nacionales e internacionales indican el escaso conocimiento que manejan los adolescentes sobre reproducción y sexualidad.

Por ende es necesario ejecutar programas educativos basándose en el escaso conocimiento que estos manejan (8).

Para el MINSA la salud reproductiva es la búsqueda de un equilibrio positivo entre sus sentimientos y sensaciones físicas con un actuar voluntario y responsable enfocados en el plano sexual, en sus actividades y actitudes del adolescente (9); sin embargo; existe un alto porcentaje de riesgo de contagio de una ITS o un embarazo no deseado por la falta y/o mala información que este maneje (8), siendo esto significativo porque ocupa la cuarta parte de la población en el Perú. Por ello es importante tener en cuenta a este grupo atareo en todas las acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades que se planifiquen en el país a nivel mundial. Según ENDES del año 2012 el 20% de la población total era adolescentes para los cuales la edad promedio de la iniciación sexual de los varones es de 16 años y de las mujeres es de 18 años , aunque otros estudios señalan que el inicio de las relaciones sexuales en varones es de 13 y 14 años y en mujeres promedio 15 años

ENDES del año 2014 también muestra que el uso de métodos anticonceptivos es menor en los adolescentes sexualmente activos, el uso del condón es solo del 5.6% La fecundidad de adolescentes en los últimos

cinco años se ha incrementado ligeramente en 0,9 %, del total de adolescentes de 15 a 19 años, el 14,6% ya estuvo alguna vez embarazada, el 11,7% ya eran madres y el 2,9% estaban gestando por primera vez. Los resultados del año 2014 muestran el rápido incremento en la proporción de mujeres que inician el proceso de procreación al aumentar la edad, desde un 2,7% entre las de 15 años hasta el 31,2% en las de 19 años de edad (7). Según ENDES El inicio de las relaciones sexuales está asociado con el nivel de educación y de ingresos. Se tiene que mujeres sin educación (16,9 años) comparadas con las que tenían educación superior (20,6 años) (7).

La respuesta del sector de salud a nivel nacional manifestó la oficialización de lineamientos de política de salud del adolescente, dentro del Plan Nacional Concertado de Salud 2007- 2020. Asimismo se ha implementado del Plan Regional Andino para la Prevención del embarazo en adolescente, con la conveniente elaboración del Plan Multisectorial para la prevención del embarazo no planificado en adolescente. Dentro del sistema Integral de Salud, (SIS) se ha permitido la protocolización de la atención integral de salud del adolescente, con su consiguiente aseguramiento universal en salud y la implementación de servicios diferenciados en algunas regiones del país; pero todo el esfuerzo de las políticas nacionales no resultará considerable sin el apoyo del sector educación (7).

Por antonomasia las instituciones educativas asumen un papel importante en la educación sexual de los adolescentes a su cargo. En la Institución Educativa Elvira García y García de Chiclayo, según reportes de OBE, en los últimos años, se ha presentado un aumento progresivo de embarazos en las estudiantes adolescentes y con su respectivo incremento de la tasa de deserción escolar, esto significa que el rol de las instituciones educativas no están siendo supervisadas ni por el MINEDU ni por el MINSA; y los resultados están a la vista. De seguir con esta situación, se visualizará considerables oportunidades de pérdidas de educación, estabilidad, poniendo en riesgo además su salud física, social y mental.

b. Antecedentes bibliográficos

b.1. Internacionales

Macias, M. y Molina, M. (2010) Cuba. En su investigación sobre conocimientos respecto a los anticonceptivos en adolescentes en un instituto preuniversitario de la provincia Mayabeque - Cuba 2009 -2010, aplicándose una encuesta creada por el Consejo Científico el cual concluyó que el nivel de conocimientos sobre anticoncepción es deficiente, siendo el método anticonceptivo más conocido el condón y a la vez quedó identificado como el más eficaz., Los adolescentes no tomaron en cuenta los riesgos del embarazo y las infecciones de transmisión sexual durante las relaciones sexuales sin protección. Los padres fueron reconocidos como los que aportaron más información sobre los diferentes métodos anticonceptivos, se puso de manifiesto que el Equipo Básico de Salud no realizó una buena labor educativa sobre anticoncepción con la población adolescente. (11)

Mendoza, U. et al. (2012). Venezuela: en su trabajo sobre el conocimiento sobre el uso y funcionamiento de los métodos anticonceptivos en los adolescentes de la U.E.N “Ernesto Sifontes” y la U.E.A “Cristo Rey” de Ciudad Bolívar, Estado Bolívar. Se encuestaron 315 estudiantes en total; 187 y 128 respectivamente, Los datos obtenidos fueron la edad de los estudiantes entre 15 y 16 años con 88,77% para el Sifontes y 85,16% para el Cristo Rey predominó el sexo femenino (53,96%). En conclusión: los estudiantes carecían de conocimiento correcto y adecuado sobre los métodos anticonceptivos aun cuando la mayoría refirió haber tenido información sobre ellos.

Oltra , E. et al. (2011). España en su investigación sobre qué experiencias, actitudes y comportamientos tienen los adolescentes ante la contracepción se demostró que los adolescentes tiene un bajo índice de uso de anticoncepcitovs en sus relaciones coitales (13)

b.2 Nacionales.

Carmona, G. (2010) Bellavista-Callao-Lima: en su investigación sobre conocimientos y actitudes hacia los anticonceptivos en los adolescentes del tercer año de secundaria del Colegio Nacional Dora Mayer (Bellavista-Callao) con una muestra de 90 alumnos, 45 hombres y 45 mujeres, presentaron insuficiente conocimiento sobre el coitus interruptus. El anticonceptivo más fue el preservativo manteniendo aún insuficiente conocimiento de este, seguido por las píldoras anticonceptivas. Tuvieron insuficiencias conceptuales acerca del método del ritmo, MELA, los inyectables y píldoras anticonceptivas, el dispositivo intra uterino y la anticoncepción de emergencia; y en los métodos quirúrgicos.

Fueron los varones quienes demostraron menor nivel de conocimiento de los distintos anticonceptivos. Los adolescentes presentaron actitudes positivas hacia el uso de anticonceptivos en la primera relación coital, responsabilidad mutua de su uso en pareja; actitud negativa a la distribución gratuita de los anticonceptivos, a la anticoncepción oral de emergencia, a la corresponsabilidad de llevar un condón, y a su uso permanente en la vida sexual activa. Concluyéndose que los adolescentes estudiados presentan un alto nivel de equívoco conocimiento y una actitud negativa hacia el uso de los anticonceptivos. (15).

Parra; L. ; Navarro, A. (2011) en su investigación denominada nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos y su uso en las relaciones sexuales de los estudiantes de obstetricia de la Universidad Alas Peruanas se aplicó una encuesta a 259 estudiantes del I al XI ciclos para ambos sexos. Los resultados fueron que el 70,91 % iniciaron sus relaciones coitales entre los 16 a 19 años y el 66,06% se protegió con algún método. El 96,14 % tienen un buen nivel conocimiento de los métodos naturales; el 85,33 % reconoció como método de barrera más conocido y usado el condón. El 45,58 % señaló que los dispositivos intrauterinos inhiben la migración espermática, impiden el transporte del óvulo y provoca, cambios en el endometrio y el 83,01 % que podía ser colocado en cualquier mujer. el

85,95% usan algún método anticonceptivo. Entre ellas, el 34,61% usa el inyectable, el 33,65 % el condón, el 25,96 % la píldora, DIU el 2,88 % y otra forma el 3,85%. Entre las que han tenido relaciones sexuales, el 13,33 % ha tenido un aborto.

De todo esto se concluye que la mayoría de estudiantes tienen un buen nivel de conocimientos y usan algún método anticonceptivo. Los métodos más usados fueron los hormonales y el condón. (19).

b.3 Local

Caján, M. (2014) en su investigación sobre Conocimientos de métodos anticonceptivos y el patrón de conducta sexual por parte de los estudiantes de Enfermería de la Universidad Señor de Sipan, 2013- 2014 cuyo diseño fue descriptivo no experimental y transversal. La muestra fue de 350 estudiantes. La técnica de investigación fue la encuesta, y el instrumento utilizado, un cuestionario. El trabajo concluyó que mayormente los jóvenes utilizan como método anticonceptivo el uso de condón. El inicio de las relaciones sexuales se da entre los 19 a 20 años, normalmente los jóvenes eligen su método anticonceptivo por experiencia propia (21).

Fernández, Y.2010 en su investigación sobre “Los conocimientos sobre sexualidad y su influencia en el comportamiento sexual de los adolescentes de los colegios estatales de Tumbes”, indicaron que los estudiantes poseen un nivel de conocimientos adecuado sobre sexualidad, y un comportamiento sexual saludable

c). BASE TEORICA:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que una de cada cinco personas en el mundo es adolescente, 85 por ciento de ellos viven en países pobres o de ingresos medios, y alrededor de 1,7 millones de ellos mueren cada año.⁵ La OMS define la *adolescencia* como la etapa comprendida entre los 10 u 11 años hasta los 19 años, y considera dos fases: la *adolescencia temprana*, de los 10 u 11 hasta los 14 o 15 años, y la *adolescencia tardía*, de los 15 a los 19 años.⁶ Sin embargo, la condición

de juventud no es uniforme y varía según el grupo social que se considere apto.

a) Características Anatomo-fisiológicas: se deben a la actividad hormonal, bajo la influencia del sistema nervioso central. La diferencia física entre los sexos se establece por la maduración de *las características sexuales primarias*, (los órganos internos y externos que llevan a cabo las funciones reproductoras y la aparición de *las características sexuales secundarias*, como resultado del cambio hormonal (por ejemplo, alteración en la voz, el desarrollo del vello facial y puberal. (15)

Se hace presente la menarquía, la primera menstruación, en la mujer y las primeras eyaculaciones en el varón, y experimentan sensaciones como la masturbación.

b) Características psicosociales del adolescente: aquí se menciona tres aspectos importantes que son **la identidad de grupo, la identidad individual, Y la identidad del rol sexual**, así mismo existen otros elementos que forman parte del desarrollo psicosocial del adolescente y estos son:

• **Relaciones con los padres:**

La relación padre-hijo evoluciona de una protección-dependencia a otra de afecto mutuo e igualdad. Por una parte, se acepta a los adolescentes como pre adultos, en proceso de maduración, se les permiten los privilegios hasta ahora denegados y se le dan cada vez más responsabilidades.

SEXUALIDAD EN ADOLESCENTES:

Los cambios anatomo fisiológicos son los responsables de la aparición del instinto sexual, algunos adolescentes no están interesados o no tienen información acerca de los métodos anticonceptivos en consecuencia el número de parejas que tienen hijo a temprana edad y la incidencia de las ITS están aumentando.

Salud reproductiva:

Es la capacidad de las personas para tener una vida sexual, segura y satisfactoria para reproducirse, así como la libertad para decidir cuándo, cómo y con qué frecuencia hacerlo.

Conductas Sexuales de Riesgo en el Adolescente:

- **No uso de métodos anticonceptivos**

Cuando el adolescente no usa ningún tipo de anticonceptivo con su pareja

- **Inadecuado uso de métodos anticonceptivos.**

Los adolescentes al no tener una oportuna y verídica información acerca de las diversas alternativas de anticoncepción, estos llegan a cometer errores en el uso de los métodos.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Es la introducción de toda sustancia que evite la fecundación, son métodos o procedimientos que evita el embarazo.

El Ministerio de Salud (MINSA) lo define como métodos o procedimientos que evitan que la mujer salga embarazada y es la ayuda para una buena planificación. Es una decisión personal para que la mujer no salga embarazada. La pareja es la que decide cuantos hijos tener *al* dejarlos de usar; la mayoría de métodos son reversibles salvo que sea quirúrgico; considera que los métodos anticonceptivos tienen hormonas que no producen ningún daño, pueden ser reversibles y temporales;

Según la OMS los métodos anticonceptivos reducen la mortalidad materna y mejora la salud de las mujeres ya que previenen los embarazos no deseados y los de alto riesgo, disminuyendo así *la* práctica de aborto realizado en condiciones de riesgo.

A. ABSTINENCIA PERIÓDICA.

Abstención de relaciones sexuales por un período de tiempo del ciclo menstrual para evitar un embarazo.

- Método del ritmo.
- Método del moco cervical (de Billings).
- Método de los días fijos o método del Collar.

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

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

a) Mecanismo de acción

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

b) Características

- Incrementa la participación masculina en la planificación familiar.
- Puede ser usado por mujeres de cualquier edad reproductiva, apropiado para parejas que por razones religiosas o filosóficas no deseen usar otros métodos.
- Útil para mujeres con ciclos regulares, entre 27 y 30 días.
- Requiere una capacitación especial de la pareja para su práctica y un proveedor capacitado para la orientación apropiada.
- Los períodos de abstinencia pueden ser prolongados
- Su eficacia puede ser afectada por factores externos, que alteren el ciclo menstrual: (estrés, viaje, enfermedad y otros).
- No previenen las Infecciones de Transmisión sexual (ITS), VIH SIDA, ni el HTVL1.
- Para mayor protección es recomendable el uso del condón en parejas en riesgo.

c) No lo deben usar:

- Mujeres con menstruaciones irregulares en cuanto a duración y características de la menstruación.
- En personas que no estén en situación de practicar la abstinencia sexual cuando el método lo requiera, como mujeres que sufren violencia y exigencias sexuales de su pareja.
- Mujeres con inhabilidad para reconocer las características de su ciclo menstrual, como por ejemplo personas con trastornos psiquiátricos.

d) 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 19vo día del ciclo menstrual.

e) Programación de seguimiento:

- Es importante que las mujeres acudan al primer control a los treinta días de iniciar el método y luego cada cuatro meses durante el primer año de uso para ver la conformidad con el método y luego cada año para una consulta de promoción de salud reproductiva integral.
- Es recomendable que la pareja acuda cada año al establecimiento para evaluación integral de su salud.
- Es conveniente mencionar a la usuaria/o que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja lo crea necesario.

2. MÉTODO BILLINGS, DE LA OVULACIÓN O DEL MOCO CERVICAL

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

a) Mecanismo de acción

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

b) Características

- Incrementa la participación masculina en la planificación familiar.
- Puede ser usado por mujeres de cualquier edad reproductiva, apropiado para parejas que por diferentes razones no deseen usar otros métodos.
- Requiere una capacitación especial de la pareja para su práctica y un proveedor capacitado para la orientación apropiada.
- Su eficacia depende de la pareja y requiere una motivación constante.
- Los períodos de abstinencia son variables, su eficacia no se afecta por factores externos que alteren el ciclo menstrual: (estrés, viaje, enfermedad y otros).
- Permite la percepción y detección precoz de anomalías hormonales, metabólicas, infecciosas, y sus efectos secundarios sobre fertilidad y salud en general.
- No previenen la Infecciones de Transmisión sexual (ITS), VIH - SIDA, ni el HTVL1.
- Para mayor protección es recomendable el uso de condón en parejas de riesgo.

c) Utilice con precaución en:

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

d) No lo deben usar:

- Mujeres con inhabilidad para reconocer: las características de su ciclo menstrual, cambios en el moco cervical, en la temperatura basal y otros síntomas y signos asociados al ciclo menstrual, como por ejemplo mujeres con trastornos psiquiátricos.
- 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.

e) Forma de uso:

- Identificar el periodo fértil de acuerdo al método del moco cervical.
- La mujer debe observar diariamente la presencia de la mucosidad en sus genitales externos, siendo lo más importante, el percibir la sensación de humedad o lubricación en dicha zona cuando desarrolla sus actividades cotidianas.
- Secundariamente puede ayudar el uso de papel higiénico antes o después de orinar observando la presencia de moco cervical allí o en la ropa interior, si se desea puede tomarse de los genitales externos el moco y observar su elasticidad entre los dedos.
- El periodo fértil se inicia con el primer día en que se identifica el moco cervical.
- Hasta tres días después de la brusca desaparición de la sensación de humedad, lubricación o de la observación de mucosidad.
- Para poder determinar, con seguridad razonable, las manifestaciones relativas al ciclo menstrual, deben registrarse: las fechas de inicio y término de la menstruación, los días de sequedad, los de humedad o lubricación (si se desea los de mucosidad pegajosa y turbia y los de moco claro y elástico), de acuerdo con la simbología convencional disponible para el método.
- Si hay dudas, para diferenciar el moco de la secreción vaginal o restos de semen, puede dejar caer la secreción dentro de un vaso de agua fría, si la secreción se disuelve, ésta no era moco cervical.

f) 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 treinta días después de iniciar el método y luego cada cuatro meses durante el primer año de uso para ver la conformidad con el método y luego cada año para una consulta de promoción de salud reproductiva integral.
- Es conveniente mencionar a la usuaria/o que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja lo crea necesario.

3. 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.

a) Mecanismo de acción

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

b) Características

- Incrementa la participación masculina en la planificación familiar.
- Puede ser usado por mujeres de cualquier edad reproductiva.
- Apropiado para parejas que por razones religiosas o filosóficas no deseen usar otros métodos.
- Útil para mujeres con ciclos regulares, entre 26 y 32 días.
- 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 el HTVL1. Para mayor protección es recomendable el uso de condón en parejas de riesgo.

c) No lo deben usar:

- Mujeres con menstruaciones irregulares en cuanto a duración y características de la menstruación.
- En personas que no estén en situación de practicar la abstinencia sexual cuando el método lo requiera, como mujeres que sufren violencia y exigencias sexuales de su pareja.
- Mujeres con inhabilidad para reconocer las características de su ciclo menstrual, como por ejemplo personas con trastornos psiquiátricos.

d) 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 su menstruación coloque el cilindro de hule negro en la perla roja, anótelos en el calendario.
- Aváncela todos los días, evite las 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.

e) 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.
- Es importante que las mujeres acudan al primer control a los treinta días de
 - iniciar el método y luego cada cuatro meses durante el primer año de uso
 - para evaluar la satisfacción con el método.
- Es recomendable dar citas cada año para una atención integral de salud
 - reproductiva.
- Es conveniente mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja lo crea necesario.

B. MÉTODO DE LACTANCIA MATERNA Y AMENORREA (MELA)

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

a) Mecanismo de acción

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

b) Criterios básicos

La usuaria de este método debe cumplir necesariamente estas 3 condiciones:

- 1.-** 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).
- 2.-** Que la usuaria se mantenga en amenorrea.
- 3.-** Que la usuaria se encuentre dentro de los 6 meses post parto.

c) Características

- Fácil de usar.
- Eficaz si se cumple con los criterios básicos.
- No interfiere con el coito.
- No requiere supervisión por personal de salud.
- No requiere insumos anticonceptivos.
- No tiene efectos secundarios.
- Reduce el sangrado post parto.
- La lactancia materna exclusiva es la mejor fuente de nutrición para el niño en los primeros meses; disminuye la exposición del niño o niña a microorganismos patógenos presentes en el agua o en utensilios.
- ! No previene las Infecciones de Transmisión sexual (ITS), ni el VIH - SIDA. HTVL1.

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

d) Limitaciones

- Depende de la usuaria: circunstancias sociales, laborales, voluntad o costumbres que limitan el uso del método.

- La madre VIH(+) puede infectar al neonato a través de la lactancia.

e) Contraindicaciones

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

f) 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 para su control puerperal.
- Posteriormente al cumplir los seis meses de post parto para orientarla en la elección de un método alternativo.
- Reforzar que al momento que deje de cumplir alguno de los criterios debe acudir inmediatamente al establecimiento.
- Es conveniente que la pareja acuda cada año al establecimiento para evaluación integral de su salud.
- Es conveniente mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crea necesario.

C. MÉTODOS DE BARRERA

1. CONDÓN

Funda delgada de caucho (látex). Lubricada, sin nonoxinol 9.

a) Mecanismo de Acción

Impiden que los espermatozoides tengan acceso al tracto reproductor femenino.

b) Características:

- Es un método eficaz, si se usa correctamente.
- Pocos efectos negativos (alergia al látex o al lubricante).
- De fácil obtención y bajo costo.
- No requiere examen ni prescripción médica.
- Fomenta la responsabilidad del varón en la anticoncepción.

- Su uso correcto reduce la transmisión de las ITS, VIH - SIDA y del HTVL1.
- Depende del usuario, requiere una motivación constante.
- Está relacionado con el coito.
- Puede mejorar la relación sexual cuando su colocación es parte del juego sexual.

c) Condiciones de almacenaje

- El ambiente debe ser seco.
- Evitar fuentes directas de calor o luz solar.
- Descartar los que se encuentren más allá de los cinco años de la fecha de fabricación o manufactura (MFD)
- Antes de distribuirlos revise si el sobre mantiene la sensación de “almohadilla de aire”.

d) Contraindicaciones

- Alergia o hipersensibilidad al látex.
- Alergia o hipersensibilidad al lubricante.
- Personas con disfunciones sexuales.

e) 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, la cual no deberá ser mayor de cinco años.
- Usar un condón o preservativo nuevo en cada relación sexual y colocarlo antes de la penetración (coito).
- Cada condón se usa una sola vez.
- Si tuviera otra relación sexual use otro condón.
- Se debe retirar antes que el pene pierda la erección.
- Eliminar el condón en depósitos que eviten que otras personas puedan estar en contacto con el mismo.

f) Posibles efectos secundarios y su tratamiento

- Irritación del pene o la vagina por alergia. El tratamiento será:

➤ Baños de asiento y aplicarse una crema anti pruriginosa y antiinflamatoria.

➤ Si vuelve a presentarse cambiar de método anticonceptivo.

g) Programación de seguimiento:

➤ En la primera visita se entregará 10 condones.

➤ Es necesario citar al usuario/a al primer mes de iniciado el uso, para evaluar el adecuado uso del método así como para la provisión de los condones.

➤ Posteriormente deberá acudir al establecimiento o proveedor cada tres meses para la entrega de 30 condones para tres meses que son entregados en forma gratuita.

➤ Es importante que las parejas o personas usuarias acudan cada año para una atención integral en salud reproductiva.

➤ Es conveniente mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crea necesario.

2. 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 Este método no lo distribuye el MINSA.

a) Mecanismo de acción

Inactivan o destruyen los espermatozoides en la vagina.

b) 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.

➤ 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.

c) Contraindicaciones

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

d) 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.
- Debe quedarse acostada durante estos 15 o 20 primeros minutos para que el óvulo 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.

e) Programación de Seguimiento

- Es necesario citar a la usuaria al primer mes de iniciado el uso, para evaluar el adecuado uso del método.
- Es importante que las parejas o personas usuarias acudan cada año para
 - promover una consulta de promoción de salud reproductiva integral.
- Es conveniente mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crea necesario.

D. ANTICONCEPTIVOS ORALES

1. ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS (AOC)

Son aquellos que contienen estrógeno y progestágeno.

El Ministerio de Salud distribuye un producto de 28 píldoras: veintiún píldoras contienen 30µg (microgramos) de etinilestradiol y 150 µg de levonorgestrel y siete píldoras contienen sulfato ferroso.

a) Mecanismos principales de acción

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

b) 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
- Es posible que en mujeres mayores de 35 años y fumadoras (mas de 10 cigarrillos diarios)
- Exista la probabilidad o riesgo de problemas tromboembólicos causen efectos secundarios graves como: infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, tromboembolias.

- En mujeres con enfermedades crónicas preexistentes se requiere una evaluación médica por personal calificado.
- No previenen las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH SIDA, ni el HTVL1.
- Para mayor protección es recomendable el uso de condón en las parejas en riesgo.

c) Forma de uso

- Toma diaria.
- Inicio del método:
 - Lo ideal es empezar en el primer día del ciclo menstrual, pero puede iniciarse entre el primero y el quinto día. En caso de iniciarse la toma después del quinto día y debido a que la acción anticonceptiva se alcanza a los 7 días de uso continuo de las píldoras, 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 caso de iniciarse la toma después del quinto día, como la acción anticonceptiva se alcanza a los 7 días de uso continuo de las píldoras, se debe dar un método alternativo.

- En los siguientes ciclos:
 - Se reinicia la toma inmediatamente (al día siguiente) de terminar el paquete anterior.
- 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.

d) 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.

e) Contraindicaciones

- Mujeres que estén embarazadas (embarazo posible o confirmado).
- Mujeres con sangrado genital sin explicación (hasta que se evalúe).
- Mujeres que estén dando de lactar, antes de los seis meses del post parto.
- Mujeres con una hepatopatía activa (ej. Hepatitis viral aguda, tumor hepático).
- Mujeres que toman anticonvulsivos, excepto ácido valproico.
- Mujeres que estén tomando rifampicina o griseofulvina.
- Mujeres fumadoras (mayor de 10 cigarrillos por día) y tengan más de 35 años.
- Mujeres con antecedentes de cardiopatía, hipertensión arterial (mayor de 160/100) o y/o cualquier enfermedad con evidencia de daño vascular.
- Mujeres con cáncer de mama o de endometrio.
- Mujeres programadas para cirugía electiva en el siguiente mes o inmediatamente después del evento que la obligue a estar postrada en cama.

f) Uso según condiciones especiales de los anticonceptivos hormonales combinados

En pacientes con enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes mellitus, migraña, enfermedades psiquiátricas deben de ser evaluadas y controladas por médico

g) Posibles efectos secundarios más frecuentes de los anticonceptivos hormonales combinados

- Amenorrea
- Náuseas, vómitos
- Mareos
- Aumento de peso
- Cefalea
- Evaluación por médico especialista, de no tenerlo cerca cambie de método a uno sin hormonas.

h) 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 ciclos que son entregados en forma gratuita.
- Es importante mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crea necesario.
- Se debe orientar a la usuaria que debe acudir a un establecimiento de salud si presenta las siguientes situaciones:
 - ✓ Sospecha de embarazo.
 - ✓ Cefalea intensa.
 - ✓ Alteraciones visuales.
 - ✓ Dolor torácico intenso.
 - ✓ Disnea.
 - ✓ Dolor de miembros inferiores, entre otros

2. ANTICONCEPTIVOS ORALES DE SOLO PROGESTÁGENOS

Son aquellos que poseen sólo progestágeno. El MINSA no los distribuye.

a) Mecanismo de acción

Los principales son:

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

b) Características

- ✓ Eficaz y de efecto rápido.
- ✓ 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.
- ✓ Para mayor protección es recomendable el uso de condón en parejas de riesgo.

c) Forma de uso

- ✓ Se puede indicar en cualquier edad y/o paridad (incluidas las nulíparas).
- ✓ 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, debe usarse un método de respaldo durante las primeras 48 horas de uso.

✓ En mujeres que dan de lactar iniciar después de las seis semanas post parto, sin embargo podría ser utilizado en caso de:

- No tener otra opción anticonceptiva.
- Que la usuaria no se siente segura con el método de lactancia y amenorrea.
- En algunos establecimientos se está promoviendo su empleo desde el postparto inmediato en todas las mujeres que escojan el método, sin haberse observado daño para la madre y el recién nacido y con la ventaja adicional de que la mujer egresa del hospital empleando un método anticonceptivo.

✓ 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.

d) Contraindicaciones

- Mujeres que estén embarazadas.
- Mujeres con un sangrado genital anormal sin explicación (hasta que se evalúe)
- Mujeres con cáncer de mama o antecedente del mismo.
- Mujeres que estén tomando o vayan a recibir medicamentos, como rifampicina para la tuberculosis.
- Mujeres que estén tomando anticonvulsivos, excepto ácido valproico.

e) Manejo según condiciones especiales

En pacientes con enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes mellitus, migraña, enfermedades psiquiátricas deben de ser evaluadas y controladas por médico especialista, de no tenerlo cerca cambie de método a uno sin hormonas.

f) Posibles efectos secundarios

- Cefalea
- Cambios en el apetito, pérdida o aumento de peso

g) 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 año para su examen integral de salud.
- Es importante mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crea necesario.
- 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.

C. INYECTABLES

1. INYECTABLE DE SOLO PROGESTÁGENO

Son aquellos que poseen sólo progestágeno.

El Ministerio de Salud distribuye el acetato de medroxiprogesterona de 150 mg.

a) Mecanismos de acción

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

- Reducción del transporte de los óvulos en las trompas de Falopio.
- Cambios en el endometrio.

b) Características

- Eficaz y de efecto rápido.
- Pueden ser indicados en cualquier edad o paridad (incluidas las nulíparas). Usar con precaución durante los 2 primeros años después de la menarquia. El efecto a largo plazo sobre los huesos no está definido, puede disminuir la densidad mineral a lo largo del tiempo en adolescentes.
- No 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.
- Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
- Disminuye el riesgo de cáncer de endometrio.
- Es frecuente los cambios en el patrón del sangrado menstrual (amenorrea sangrado/goteos irregulares).
- Puede producir aumento de peso.
- El retorno de la fecundidad puede demorar entre 6 meses a un año, en el caso de usuarias por tiempo prolongado. No se ha demostrado esterilidad luego de su uso.
- Puede mejorar la anemia.
- 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.

c) Forma de uso

Administrar por vía intramuscular profunda en la región glútea o deltoidea sin realizar masaje post aplicación.

- 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 2 días.

✓ En mujeres que dan de lactar iniciar después de las seis semanas post parto, sin embargo podría ser utilizado en caso de:

- No tener otra opción anticonceptiva.
- Que la usuaria no se siente segura con el método de lactancia y amenorrea.
- En algunos establecimientos se está promoviendo su empleo desde el post parto inmediato en todas las mujeres que escojan el método, sin haberse observado daño para la madre y el recién nacido y con la ventaja adicional de que la mujer egresa del hospital empleando un método anticonceptivo.
- En los primeros cinco días post aborto.

➤ **Siguientes dosis:**

Administrar cada tres meses, pudiendo adelantarse hasta dos semanas o, en caso de olvido, aplicarla con una demora de dos semanas.

d) Contraindicaciones

- Las mujeres que estén embarazadas.
- Las mujeres con un sangrado genital anormal (hasta que se evalúe).
- Las mujeres con cáncer de mama o antecedente del mismo.
- Las mujeres con hepatopatía activa (ej.: hepatitis).
- **e) 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 crea necesario.

2. INYECTABLE COMBINADO

Son aquellos que poseen estrógeno y progestágeno.

El Ministerio de Salud no distribuye estos anticonceptivos.

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.

a) Mecanismos de acción

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

b) 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 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).
- No interfiere en las relaciones sexuales.
- Es frecuente los cambios en el patrón del sangrado menstrual (sangrado/goteos irregulares).
- Puede producir aumento 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.

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

c) Forma de uso

Administrar por vía intramuscular profunda en la región glútea o deltoidea sin realizar masaje post aplicación.

➤ Primera dosis:

- Entre el primer o quinto día del ciclo menstrual.
- La puérpera que no está lactando, puede empezar a partir de la sexta semana.
- En mujeres que están amamantando diferir el inicio hasta los seis meses
- En el post aborto se puede iniciar entre el primero y quinto día postintervención.

➤ Siguiendo dosis: - Administrar cada 30 días, más menos 3 días. Fecha fija mensual.

d) Contraindicaciones

- Las mujeres que estén embarazadas.
- Las mujeres con un sangrado genital anormal (hasta que se evalúe).
- Las mujeres con cáncer de mama o antecedente del mismo.
- Las mujeres con hepatopatía activa (ej.: hepatitis).

e) 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.
- 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.

F. IMPLANTES:

- Consisten en cápsulas delgadas, flexibles no biodegradable, cada una contienen
- progestágenos (levonorgestrel), que son insertadas justo por debajo de la piel en el brazo de la mujer.

- Actualmente el MINSA no provee para inserción implantes, aunque los proveedores deben conocerlo pues hay usuarias aun dependiendo de este método.

La industria farmacéutica tiene dos tipos de implantes:

- Uno que consta de una cápsula no biodegradable que contienen 68 mg de
- levonorgestrel, el tiempo de duración es de tres años.
- Otro que consta de dos cápsulas no biodegradables que contiene levonorgestrel, con un tiempo de duración de tres años.

a) Mecanismo de acción

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

Supresión de la ovulación.

Reducción del transporte de los óvulos en las trompas de Falopio.

Cambios en el endometrio.

b) Características

- Eficacia elevada.
- Pueden ser indicados en cualquier edad o paridad (incluidas las nulíparas). Usar con precaución durante los 2 primeros años después de la menarquia. El efecto a largo plazo sobre los huesos no está definido, puede disminuir la densidad mineral a lo largo del tiempo en adolescentes.
- Brinda protección por tres 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).
- Puede disminuir los cólicos menstruales.
- Disminuye la incidencia de las patologías benignas de mama.
- Disminuye el riesgo contra el cáncer de endometrio.

- Brinda cierta protección contra la enfermedad pélvica inflamatoria.
- Ocasiona 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.
- Para mayor protección es recomendable el uso de condón en parejas de riesgo.

c) 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 7 días.
- En mujeres que dan de lactar iniciar después de las seis semanas post parto, sin embargo podría ser utilizado en caso de:
 - No tener otra opción anticonceptiva.
 - Que la usuaria no se siente segura con el método de lactancia y amenorrea.
 - En algunos establecimientos se está promoviendo su empleo desde el post parto inmediato en todas las mujeres que escojan el método, sin haberse observado daño para la madre y el recién nacido y con la ventaja adicional de que la mujer egresa del hospital empleando un método anticonceptivo.
- En los primeros cinco días post aborto: Debe ser colocado por profesional de salud adecuadamente capacitado.

d) Contraindicaciones

- Las mujeres que estén embarazadas.
- Las mujeres con un sangrado genital anormal sin explicación (hasta que se evalúe).
- Las mujeres con cáncer de mama o antecedente del mismo.

- Las mujeres que estén tomando algunos medicamentos, como rifampicina para la tuberculosis o antiepilépticos, excepto ácido valproico.

e) Manejo según condiciones especiales

- En enfermedades crónicas como hipertensión arterial, depresión, hepatopatías deben de ser evaluadas y controladas por médico especialista, sino cambiar de método a no hormonal.

f) Manejo de posibles efectos más frecuentes

Trastornos menstruales, amenorrea, cefalea, aumento de peso.

g) Programación de seguimiento:

- 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.
- Posteriormente es conveniente que las parejas o personas usuarias acudan 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.

G. DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)

1. DISPOSITIVO INTRAUTERINO LIBERADOR DE COBRE

Son dispositivos que se insertan en la cavidad uterina y liberan cobre. El único que el Ministerio de Salud dispone es la T de Cobre 380-A que tiene una duración de 10 años.

a) Principales Mecanismos de Acción (dispositivo liberador de cobre)

- 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.

b) 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 incrementar los espasmos y el sangrado menstrual sobre todo durante los primeros meses de uso.
- Del 1 al 2% se expulsan en forma espontánea.
- No previene las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH SIDA, ni el HTVL1.
- Para mayor protección es recomendable el uso de condón.

c) Forma de uso

- Se puede insertar:
- En los primeros 5 días del ciclo menstrual o en cambio de método.
- En el post parto inmediato hasta 48 horas.
- Durante la operación cesárea.
- En el puerperio tardío a partir de la sexta semana.
- En el post aborto inmediato o en los primeros 7 días post aborto no complicado.
- Siempre debe ser insertado y extraído por personal profesional capacitado (Médico u obstetriz).

d) Contraindicaciones

- Mujeres con embarazo (embarazo posible o confirmado).
- Mujeres con 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.
- Mujeres con infección activa del tracto genital, ejemplo: cervicitis aguda mucopurulenta o vaginitis severa.
- Si la mujer o su pareja tienen un alto riesgo para ITS, se les debe orientar sobre otra alternativa anticonceptiva.
- Mujeres con enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) actual o reciente (dentro de los 3 meses).
- Mujeres con anomalías uterinas o con tumores benignos (fibromas) de útero que distorsionen en forma significativa la cavidad uterina.
- Mujeres con cáncer genital.

e) Manejo según condiciones especiales

Dismenorrea severa, estenosis cervical, displasia cervical, anemia, vaginitis, cardiopatía valvular

f) Manejo de los posibles efectos o complicaciones más frecuentes

Amenorrea, dismenorrea severa, sangrado vaginal, flujo vaginal anormal, sospecha de

EPI, perforación uterina, hilos ausentes, pareja siente los hilos

g) Programación de seguimiento:

- Es importante que las mujeres acudan al primer control entre las cuatro o seis semanas luego de la inserción.
- Posteriormente cada año para promover una consulta de promoción de salud reproductiva integral.
- Es conveniente mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crea necesario.

1. DISPOSITIVO INTRAUTERINO LIBERADOR DE PROGESTAGENO

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

El Ministerio de Salud no dispone de este dispositivo intrauterino.

a) Mecanismos de Acción (dispositivo liberador de progestágeno)

- Espesamiento del moco cervical, impidiendo la penetración de los espermatozoides.
- Supresión de la ovulación.
- Cambios en el endometrio.

b) 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.
 - Mejoran la anemia.

- Previenen los embarazos ectópicos.
- Rápido retorno a la fertilidad.
- Del 1 al 2% 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.

c) Forma de uso

Se puede insertar:

- En los primeros 5 días del ciclo menstrual o en cualquier momento del ciclo, siempre que se esté razonablemente seguro que no existe una gestación.
- En el post parto inmediato hasta 48 horas.
- Durante la operación cesárea.
- En el puerperio tardío a partir de la sexta semana.
- En el post aborto inmediato o en los primeros 7 días post aborto no complicado.
- Siempre debe ser insertado y extraído por personal adecuadamente capacitado (Médico u obstetrix).

d) Contraindicaciones

- Mujeres con embarazo (embarazo posible o confirmado).
- Mujeres con 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.
- Mujeres con infección activa del tracto genital, ejemplo: 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.
- Mujeres con enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) actual o reciente (dentro de los 3 meses).
- Mujeres con anomalías uterinas o con tumores benignos (fibromas) de útero que distorsionen en forma significativa la cavidad uterina.
- Mujeres con cáncer genital.

e) Manejo según condiciones especiales

En las siguientes condiciones se deberá extraer el DIU y solicitar consulta al especialista:

- Migraña o cefalea grave.
- Ictericia.
- Aumento notable de la presión arterial.
- Neoplasia de útero o mama.
- Enfermedad cardiovascular grave.

f) Manejo de los posibles efectos o complicaciones más frecuentes

Dismenorrea, trastornos menstruales, perforación uterina, hilos ausentes, pareja siente los hilos

g) Programación de seguimiento:

- Es importante que las mujeres acudan al primer control entre las cuatro o seis semanas luego de la inserción.
- Las citas subsiguientes se programaran cada año para promover una consulta de promoción de salud reproductiva integral.
- Es conveniente mencionar a la usuaria que puede acudir al establecimiento en cualquier momento que ella o su pareja crea necesario.

H. ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA

1. ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA FEMENINA

Es un método anticonceptivo permanente, que se realiza mediante una intervención quirúrgica electiva, de complejidad intermedia cuyo objetivo es ocluir y seccionar las trompas de Falopio.

a) Mecanismo de acción

Impedir la unión del espermatozoide con el óvulo al nivel de la trompa, con el fin de evitar la fertilización.

b) Características

- 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, consejería especializada y evaluación médica.
- Es definitiva, debe ser considerada irreversible.
- El proveedor debe ser necesariamente un médico calificado.
- Requiere condiciones de infraestructura y equipamiento, por lo que los establecimientos donde se realice deben estar calificados.
- Durante la intervención el establecimiento debe contar con médico anestesiólogo o médico con entrenamiento en anestesiología.
- No previene las ITS, VIH SIDA, ni el HTVL1. Para mayor protección es
- recomendable el uso de preservativo en la pareja en riesgo.

c) Forma de uso

- La técnica recomendada es la de Pomeroy, a través de minilaparatomía, el tipo de incisión será suprapúbica para el periodo internatal, umbilical para el post parto y la transcesarea.
- El tipo de anestesia local con sedo analgesia. No se recomienda el uso de este tipo de anestesia en:
 - ✓ Mujeres con antecedentes de cirugía pélvica previa.
 - ✓ Enfermedad pélvica inflamatoria reciente.
 - ✓ Retroflexión uterina fija.
 - ✓ Mujeres obesas.
 - ✓ Mujeres con problemas psiquiátricos, que impidan su colaboración.

En estos casos se usará la anestesia epidural o general.

d) Momento de la intervención:

- ! Post parto hasta las 48 horas.
- ! Luego de la atención del aborto no complicado.
- ! De intervalo, en cualquier momento, siempre que se esté razonablemente seguro de que no existe una gestación.
- Transcesárea.

e) Consideraciones previas a la Intervención

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

- Que la usuaria solicite 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 consejería previa.
- Que haya entendido el significado del consentimiento informado y firmado.
- Que haya firmado la solicitud para la intervención.
- Que haya entendido el tipo de intervención a que será sometida.
- Valoración del riesgo quirúrgico y cuando proceda, del riesgo anestésico.
- El bloqueo tubario debe efectuarse por personal calificado en el procedimiento.
- El bloqueo tubario debe efectuarse en PES calificado para AQV.
- El procedimiento puede realizarse en cualquier día del ciclo menstrual, cuando se está razonablemente seguro que no hay embarazo.
- El procedimiento debe realizarse según lo establecido en el Manual de Normas y Procedimientos para actividades de AQV vigente.

f) Utilícese 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.
- Usuaris solteras o viudas.
- Mujeres en el post aborto y post parto que no hayan tomado la decisión con anterioridad.

g) Contraindicaciones

- Usuaris presionadas por el cónyuge o por alguna persona.

- Usuarías que han tomado su decisión bajo presión desusada.
- Usuarías con conflictos no resueltos de índole religiosa o cultural.
- Usuarías con expectativas no resueltas acerca de la irreversibilidad.
- Para identificar otras situaciones para tomar precauciones.

h) Efectos posibles

- No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método.
- Ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento anestésico (bloqueo epidural o anestesia general) o quirúrgico (hemorragia o infección).

i) Disposiciones para el período postoperatorio

- 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.

j) 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.

2. ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA MASCULINA

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

a) Mecanismo de acción

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

b) Características

Eficacia alta y permanente.

- No interfiere con el coito.
- Puede ser realizada en forma ambulatoria.
- No interfiere con el deseo, la potencia sexual, ni con la producción hormonal por parte de los testículos.
- Requiere, previamente, consejería especializada y evaluación médica.
- La eficacia es garantizada después de 3 meses después de la cirugía, por lo que debe indicársele un método adicional a la pareja. Se debe proveer de métodos de barrera (30 condones) para 3 meses al usuario.
- Se puede solicitar un espermatograma 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. Requiere instrumental especial.
- No previene las ITS, VIH SIDA, ni el HTVL1. Para mayor protección es recomendable el uso de condón en las parejas en riesgo.

c) 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, y la 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.

d) Contraindicaciones

- No existe ninguna contraindicación absoluta pero se debe diferir la intervención hasta que se corrijan las siguientes condiciones:
- Hidrocele grande.
- Hernia inguino-escrotal.
- Anemia severa sintomática.
- Cardiopatía sintomática.
- Diabetes mellitus descompensada.
- Trastornos hemorrágicos.
- Infecciones cutáneas en la región inguino-escrotal.
- Infecciones del aparato genital.

e) 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 consejería previa.
- Que haya entendido el significado del consentimiento informado y firmado la Solicitud para la intervención.
- Que haya entendido el tipo de intervención a que será sometido
- El procedimiento debe realizarse bajo las normas quirúrgicas y de esterilización establecidas en el Manual de Procedimientos Quirúrgicos de AQV.

f) Utilícese con precaución en:

- Usuario joven (menor de 25 años).
- Usuario sin hijos vivos.
- Tener un hijo (especialmente el más pequeño) con salud delicada.
- Unión de pareja inestable.
- Usuarios solteros o viudos.

g) Contraindicaciones

- 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.

h) Efectos posibles

No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método.

Ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento quirúrgico:

- ✓ Inflamación severa
- ✓ Equimosis
- ✓ Hematoma
- ✓ Infección de la herida operatoria
- ✓ Granuloma

i) Disposiciones para el período postoperatorio

! Después del procedimiento el usuario debe mantenerse en observación por lo menos 1 hora.

- Si procede de zona rural o lejana deberá permanecer en observación cómo 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.
- Indicarle que deberá guardar reposo 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 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 espermatograma.

- ! Provea de condones al usuario (30 condones).

j) 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.
- 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.

I. ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA

- Son todos los métodos hormonales que se usan como emergencia, luego de una relación sexual sin protección, para evitar un embarazo no deseado.
- El Ministerio de Salud distribuye tabletas de levonorgestrel, dos píldoras de 0.75 mg cada una.
- Se puede emplear el método de Yuzpe usando las píldoras de la anticoncepción oral combinada.

a) Mecanismo de acción

- ! Inhibe la ovulación.
- ! Espesa el moco cervical.

b) Indicaciones

- Violación.
- Violencia sexual familiar.
- Relación sexual sin protección.
- No usa regularmente un método anticonceptivo.
- Se rompió o se deslizo el condón.
- Se le olvidó de tomar más de dos de la píldora de uso regular.
- No se aplicó el inyectable en su fecha.
- Se expulsó la T de cobre.
- Usaron el coito interrumpido.
- Usaron el ritmo y tienen dudas sobre su efectividad.

c) Características

- ! No es un método para uso regular , debe de ser considerada como una alternativa de uso excepcional.
- ! Se puede indicar en cualquier edad y/o paridad.
- ! Eficaz si se usa lo más rápido 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.

d) Modo de uso

- Se puede indicar en cualquier edad y/o paridad (incluidas las nulíparas).
- Inicio:
- ✓ La primera dosis dentro de las 72 horas de la relación sexual sin protección

- ✓ La segunda y ultima dosis 12 horas después de la primera dosis.

Métodos más frecuentemente usados:

❖ **Método de sólo progestágeno:**

- ✓ Levonorgestrel una tableta de 0.75 mg, por dos dosis.
- ✓ Levonorgestrel, 1.5 mg, una sola dosis.
- ✓ Norgestrel, 75 ug, dos dosis de 20 píldoras cada una.

❖ **Método de Yuzpe** o de píldoras anticonceptivas combinadas, hay que verificar La cantidad de etinil estradiol y calcular cuantas píldoras suman 100 o más microgramos, de esas se tomaran dos dosis. Las disponibles en el Ministerio es el etinil estradiol de 30 ug se tomarán cuatro píldoras en cada dosis. Para las de 50 ug se tomaran dos dosis de dos píldoras cada una.

e) Contraindicaciones

Mujeres que estén embarazadas.

f) Manejo en Reacciones Secundarias

- ! Las reacciones secundarias descritas son: nauseas, 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 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.

C.1.1. Definición de términos básicos.

- **Actitud:** Predisposición o tendencia del adolescente a reaccionar positiva o negativamente hacia los anticonceptivos es decir tener una conducta de aceptación, indecisión o rechazo.

- **Conocimientos:** Conjunto de ideas Hechos o información adquiridos por el adolescente a través de la experiencia o la educación, los cuales puede tener un nivel alto bajo o regular dependiendo a la información que este domine.
- **Educación sexual:** Hace referencia al conjunto de actividades relacionadas con la enseñanza, la difusión y la divulgación acerca de la sexualidad humana en todas las edades del desarrollo, el aparato reproductor femenino y masculino, la orientación sexual, las relaciones sexuales, la planificación familiar y el uso de anticonceptivos, el sexo seguro, la reproducción y, más específicamente, la reproducción humana, los derechos sexuales y los derechos reproductivos, los estudios de género y otros aspectos de la sexualidad humana, con el objetivo de alcanzar una satisfactoria salud sexual y reproductiva.
- **Edad Fértil:** Etapa de la vida del hombre y de la mujer durante la cual se posee la capacidad biológica de la reproducción. De 15 a 49 años. (23).
- **Edad de la primera relación sexual:** Edad en años cumplidos cuando la adolescente tuvo su primera relación coital.
- **Edad del primer embarazo.** Edad en años cumplidos cuando la adolescente gestó por primera vez.
- **Familia disfuncional:** Una familia es disfuncional cuando no cumplen con las expectativas de rol, cuando sus miembros tienen conductas inapropiadas, cuando existen conflictos interpersonales, abusos, adicciones, enfermedades mentales, ausencia de valores y maltrato en forma regular y cotidiana, que hacen que sus miembros se adapten a esas circunstancias y las consideren normales.
- **Método anticonceptivo:** Un método anticonceptivo es aquel que impide o reduce significativamente la posibilidad de una fecundación en mujeres fértiles que mantienen relaciones sexuales de carácter heterosexual que incluyen coito vaginal. Los métodos que se administran después de mantener relaciones sexuales se denominan anticonceptivos de emergencia. (24)

- **Relación con los padres.** Trato entre la adolescente con su padre y madre, pudiendo ser muy buena, buena, regular, mala, muy mala.
- **Métodos de Planificación familiar.** Son métodos anticonceptivos que los seres humanos utilizan para evitar el embarazo. (24)
- **Factor económico** Por la pobreza se requiere de un miembro más para ayudar a las entradas económicas en el hogar; se argumenta que las adolescentes deben ayudar con su trabajo al ingreso económico del hogar.
- **Estrato económico:** Se trata de una clasificación de las diversas capas sociales de un país medido por los niveles de salarios de cada grupo social también llamado estrato. Así por ejemplo los niveles 1, 2, y 3 (estrato económico 1) son los grupos más altos de la pirámide donde sus ingresos son sumamente altos comparados con el promedio del total en tanto que los estratos bajos sobre los números 4 y 5 (estrato económico 2) estando estos últimos ubicados en la base de la pirámide.
- **Planificación familiar:** Se refiere habitualmente al conjunto de prácticas que pueden ser utilizadas por una mujer, un hombre o una pareja de potenciales progenitores, y actualmente a parejas del mismo género ya que entre ellas también hay un contacto sexual, orientadas básicamente al control de la reproducción mediante el uso de métodos anticonceptivos en la práctica de relaciones sexuales. El control o planificación familiar puede tener como objetivo engendrar o no descendientes y, en su caso, decidir sobre el número de hijos, el momento y las circunstancias sociales, económicas y personales- en las que se desea tenerlos.

La Planificación Familiar es un derecho de todas y todos a decidir cuándo y cuántos hijos tener. El MINSA trabaja desde hace varios años en mejorar los servicios en los establecimientos de salud y cumplir con la entrega de los métodos anticonceptivos a la población en general, para la mejora de su calidad de vida, proporcionando información sobre salud sexual y reproductiva. (23)

6.2. Problema

¿Cuál es el nivel de conocimientos y actitudes hacia los métodos anticonceptivos que tienen las adolescentes del tercer año de secundaria de la IE Elvira García y García. Chiclayo 2015?

6.3. Hipótesis

El nivel de conocimiento es regular y la actitud es de rechazo hacia los métodos anticonceptivos en las adolescentes del tercer año de secundaria de la IE Elvira García y García. Chiclayo 2015.

6.4. Objetivos

Objetivo General

Determinar el nivel de conocimientos y actitudes hacia los anticonceptivos en las adolescentes del tercer año de secundaria de la IE Elvira García y García. Chiclayo 2015.

Objetivo Específico:

1. Relacionar el nivel de conocimientos y actitud sobre los métodos anticonceptivos en las adolescentes del tercer año de secundaria de la IE Elvira García y García. Chiclayo 2015.
2. Determinar las características socioeconómicas del grupo en estudio.
3. Identificar la fuente de información sobre métodos anticonceptivos de las adolescentes de la I.E. en estudio.
4. Determinar cuál es el método anticonceptivo que más conocen en los adolescentes del grupo de estudio.

6.5. Justificación e Importancia del estudio.

La presente investigación se justifica en la necesidad de identificar la realidad problemática y determinar el nivel de conocimientos y actitudes hacia los anticonceptivos en los adolescentes del tercer año de la I.E. Elvira García y García de Chiclayo durante el año 2015, toda vez que la desinformación de los adolescentes sobre temas sexuales es la primera

causa de los embarazos no deseados y el aumento de la morbi-mortalidad por ITS entre ellas la más peligrosa y mortal, el VIH-SIDA (22).

La investigación es conveniente porque en base al diagnóstico obtenido futuras investigaciones podrán elaborar planes estratégicos que permitan optimizar nivel de conocimientos y actitudes hacia los anticonceptivos en los adolescentes de la I.E. Elvira García y García de Chiclayo.

El estudio tiene relevancia social porque permitirá trascender los resultados que se obtengan entregando los hallazgos a las autoridades de la I.E. Elvira García y García de Chiclayo para que formulen políticas y estrategias de mejora de los niveles e conocimiento y actitudinales hacia los anticonceptivos en beneficio de las estudiantes adolescentes que sus aulas forma y educa.

Los beneficiados con los resultados de la investigación serán las adolescentes del tercer año de secundaria de la I.E. Elvira García y García de Chiclayo porque al conocer el nivel de desinformación sobre conocimientos y actitudes de las estudiantes hacia los anticonceptivos permitirá plantear estrategias de cambio proyectándose esto en beneficio de la sociedad.

Esta investigación tendrá Implicancias prácticas porque al resolver el problema real sobre el bajo nivel de comprensión y desinformación sobre conocimientos y actitudes de las estudiantes hacia los anticonceptivos las adolescentes estudiantes, se tomarán medidas trascendentales para solucionar una amplia gama de problemas como crear conciencia en los adolescentes sobre el uso de los anticonceptivos y prevenir consecuentemente prácticas sexuales de riesgo, contagio de enfermedades y embarazo precoz.

Este estudio tiene un valor teórico porque llenará los vacíos de desinformación en el nivel de conocimientos y actitudes hacia los anticonceptivos en los adolescentes comprobándose cuanto están relacionadas ambas variables además de contribuir a conocer más acerca de la actual situación que atraviesan las adolescentes en la institución, lo

cual servirán como antecedente para futuras investigaciones sobre todo a nivel local.

6.6. Definición y Operacionalización de variables.

Conocimientos hacia los anticonceptivos en los adolescentes

Es toda aquella información que tienen las adolescentes de sexo femenino (entre 12 a 19 años), del tercer año de secundaria de la Institución Educativa Elvira García y García de Chiclayo, acerca de su salud sexual específicamente hacia el uso de los anticonceptivos que implica un sentido de control sobre las prácticas sexuales. Contrario a ello son las conductas sexuales riesgosas. La información fue obtenida a través de un cuestionario.

Actitudes hacia los anticonceptivos en los adolescentes

Es la respuesta expresada de los estudiantes sobre la posición que tienen hacia los métodos anticonceptivos el cual será obtenida mediante una Escala de Likert modificada y luego valorada en favorable, medianamente favorable y desfavorable.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIO N	INDICADO RES	INDICES	ESCALA	INSTRUMENTO
Independiente		A. ABSTINENCIA PERIÓDICA 1. Método del ritmo, Ogino-Knaus, de la Regla o del Calendario 2. Método Billings, de la ovulación o del moco cervical 3. <i>Método de los Días Fijos o del Collar</i> B. MÉTODO DE LACTANCIA MATERNA Y AMENORREA (MELA) C. MÉTODOS DE BARRERA 1. Condón 2. Espermicidas D. ANT. ORALES 1. combinados 2. solo progestágenos E. INYECTABLES 1. solo de progestágeno 2. combinado F. IMPLANTES G. DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS 1. liberador de cobre 2. liberador de Progestágenos					
Nivel de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos	Acumulación de conocimientos sobre los métodos anticonceptivos		cultural	Alto	17-20	Ordinal	Ficha de recolección de datos
				Regular	11-16		
				bajo	</ 10		

		H. ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA 1 Masculina 2. Femenina I. ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA					
Dependiente Actitud frente a los métodos anticonceptivos	Manera de comportarse frente a un hecho o situación	Capacidad de aceptar, rechazar o ser indiferente al uso de los mac	Actitudinal	Aceptación Rechazo indiferencia	40-30	Intervalo Intervalo Nominal Nominal Nominal Nominal	Test de likert Ficha de recolección de datos

Interviniente Edad Sexo Procedencia Religión Estado civil de los padres			Sociocultu ral				
--	--	--	---------------------------------	--	--	--	--

VII. MATERIAL Y MÉTODOS.

7.1. Tipo de investigación

Cuantitativo, descriptivo, prospectivo, de corte transversal.

7.2. Diseño de contrastación de hipótesis

Diseño descriptivo.

7.3. Población y muestra: tipo de muestreo, tamaño de muestra

La población estuvo conformada por todas las adolescentes estudiantes del tercer año de educación secundaria de la I.E. Elvira García y García de Chiclayo durante periodo Junio y Julio 2015 fueron 8 secciones de la “A” hasta la “H” un total de matriculados es de 115 estudiantes.

Por tratarse de una población relativamente pequeña, la muestra lo constituyo el 100% de la población, es decir, 115 estudiantes.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Estudiantes adolescentes del tercer año de secundaria que aceptaron participar de la presente investigación

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Estudiante adolescente con antecedente de embarazo no deseado.

7.4. Instrumentos y Técnicas de Recolección de Datos

Se procedió a identificar a las participantes por medio de la revisión de las nóminas de matrículas en la Institución Educativa otorgada por la dirección del plantel y posteriormente se procedió a considerar el criterio de exclusión, contemplado en la ficha de recolección de datos

La técnica utilizada fue la Encuesta y el instrumento lo constituyo el cuestionario, el mismo que contiene los siguientes aspectos: Datos Generales, Datos Específicos. Test de conocimientos y Test actitudinal tipo Lickert. (Ver anexo1)

Cabe indicar que el instrumento fue validado por expertos (ver anexo 2)

7.5. Análisis estadístico

Se utilizó la estadística descriptiva, medidas de tendencia central, promedio, frecuencia, percentiles; así como la estadística inferencial chi cuadrado, R de Pearson. Fue sometida a software estadístico SPSS versión 21.

Validez y Confiabilidad:

La validez del instrumento se efectuó a través del juicio de expertos. Para la confiabilidad del instrumento se aplicó una prueba piloto a 6 estudiantes y se utilizó la formula alfa de Cronbach y correlación de variables.. Como un índice para medir el grado de relación de 2 variables cuantitativas.

RESULTADOS

Cuadro N°1

El 47% de adolescentes tienen un nivel medio de conocimientos sobre anticonceptivos, 27.8% tiene un nivel bajo de conocimientos y solo el 25.2% tiene un alto nivel

Cuadro N°2

El 73.9% de adolescentes tienen actitud desfavorable hacia los anticonceptivos, y solo el 26.1% tiene actitud favorable.

Cuadro N°3

Se encontró relación altamente significativa entre el nivel de conocimientos y actitudes hacia los anticonceptivos en las adolescentes del tercer año de la Institución Educativa I.E. Elvira García y García ($p < 0.05$). Del total de adolescentes que tienen actitudes desfavorables hacia los anticonceptivos, el 49.4% tiene un conocimiento medio y el 32.9% tienen un conocimiento bajo sobre anticonceptivos, mientras que las adolescentes con actitudes favorables el 46.7% tiene un conocimiento alto y un 40% tiene un nivel de conocimientos medio sobre anticonceptivos.

Cuadro N°4:

Se puede decir que el 55.7% de adolescentes tienen 14 años de edad, el 58.3% vive en pueblos jóvenes, el 79.1% vive con familia completa, el 61.7% es de religión católica, el 47.7% indica que sus padres son conviviente y el 49.6% recibió información sobre métodos anticonceptivos por parte de los padres de familia.

Cuadro N° 5

Las adolescentes en estudio conocen a los MAC en un 72.1%

Cuadro N°6

Las adolescentes en estudio usan MAC en un 24.3 %

Cuadro N°7

Las adolescentes en estudio tienen al preservativo como el MAC que mayormente usan, en un 20.8

V.- RESULTADOS

CUADRO N° 1

Distribución de las adolescentes del tercer año de secundaria de la I.E Elvira García y García, Chiclayo 2015; según nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos (MAC).

NIVEL DE CONOCIMIENTO	n	%
BAJO	32	27.8
MEDIO	54	47.0
ALTO	29	25.2
TOTAL	115	100.0

Fuente: Adolescentes del tercer año de secundaria de la I.E Elvira García y García, Chiclayo.

CUADRO N° 2.

Distribución de las adolescentes del tercer año de secundaria de la I.E Elvira García y García, Chiclayo 2015; según actitud hacia los métodos anticonceptivos (MAC).

ACTITUD	n	%
FAVORABLE	85	73.9
DESFAVORABLE	30	26.1
TOTAL	115	100.0

Fuente: Adolescentes del tercer año de secundaria de la I.E Elvira García y García, Chiclayo

CUADRO 3.

Distribución de las adolescentes del tercer año de secundaria de la I.E Elvira García y García, Chiclayo 2015; Nivel de Conocimientos y Actitudes hacia métodos anticonceptivos (MAC).

NIVEL DE CONOCIMIENTOS	ACTITUD				TOTAL	
	DESFAVORABLE		FAVORABLE			
	n	%	n	%	n	%
BAJO	28	32.9	4	13.3	32	27.8
MEDIO	42	49.4	12	40.0	54	47.0
ALTO	15	17.6	14	46.7	29	25.2
TOTAL	85	100.0	30	100.0	115	100

$$\chi^2 = 10.887$$

$$gl = 2$$

$$p < 0.05$$

Fuente: Adolescentes del tercer año de secundaria de la I.E Elvira García y García, Chiclayo.

CUADRO 4.**Variables Demográficas de las adolescentes del Tercer año de la I.E Elvira****García Y García. Chiclayo 2015**

VARIABLE	INDICADOR	n	%
EDAD	13	28	24.3
	14	64	55.7
	15	16	13.9
	16	7	6.1
ZONA DE RESIDENCIA	Cercado	16	13.9
	Urbanización	32	27.8
	PPJJ	67	58.3
VIVE CON	Fam Completa	91	79.1
	Fam Incompleta	0	0.0
	Solo Papa	0	0.0
	Solo Mama	16	13.9
	Otros	8	7.0
RELIGIÓN	Católica	71	61.7
	Evangélica	33	28.7
	Mormona	3	2.6
	Otros	8	7.0
ESTADO CIVIL	Casada	11	9.6
	Soltera	45	39.1
	Conviviente	56	48.7
	Viudos	3	2.6
RECIBIÓ INFORMACIÓN	Profesional de salud	28	24.3
	PPFF	57	49.6
	Amigos	18	15.7
	Medios De Comunicación	11	9.6
	Nadie	1	0.9
	TOTAL	115	100.0

Fuente: Encuesta nivel de conocimientos y actitudes hacia los anticonceptivos.

CUADRO N° 5

Distribución de las adolescentes del tercer año de secundaria de la I.E Elvira García y García, Chiclayo 2015; Según nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos (MAC).

CONOCEN MAC	N	%
SI	83	72.1
NO	32	27.9
TOTAL	115	100.0

Fuente: Encuesta nivel de conocimientos y actitudes hacia los anticonceptivos.

CUADRO N° 6

**Distribución de las adolescentes del tercer año de secundaria de la I.E
Elvira García y García, Chiclayo 2015; Según uso de métodos
anticonceptivos (MAC).**

USAN MAC	n	%
SI	28	24.3
NO	87	75.7
TOTAL	115	100.0

Fuente: Encuesta nivel de conocimientos y actitudes hacia los
anticonceptivos.

CUADRO N ° 7

MAC MAS USADO	N	%
PILDORA	3	26.0
INYECTABLE	1	0.87
PRESERVATIVO	24	20.8
NINGUNO	87	75.6
TOTAL	115	100

**Distribución de las adolescentes del tercer año de secundaria de la I.E
Elvira García y García, Chiclayo 2015; Según métodos anticonceptivos
(MAC) más usado.**

Fuente: Encuesta nivel de conocimientos y actitudes hacia los
anticonceptivos.

DISCUSIÓN

El nivel de conocimientos sobre métodos anticonceptivos de las adolescentes del tercer año de secundaria de la IE Elvira García y García de Chiclayo es medio en un 47%, seguido del nivel bajo con un 27.8%, similares reportes por Macías (2010) quien encuentra un nivel deficiente en el nivel de conocimientos en métodos anticonceptivos en adolescentes de un instituto pre universitario de Cuba, del mismo modo Mendoza (2012) encuentra una carencia de conocimiento correcto y adecuado de métodos anticonceptivos en adolescentes del estado de Bolívar. Así mismo Carmona (2010) concluye que los adolescentes de una IE estatal de Bellavista Callao tienen un nivel de conocimiento deficiente en métodos anticonceptivos. Este nivel bajo o carente se justifica en razón a la insuficiente educación sexual que reciben estos adolescentes o que acceden a información distorsionada de sus pares, medios de comunicación o redes sociales, sumado al despertar de la libido de acuerdo a su edad, que según ENDES (2012) la edad promedio de iniciación sexual de los varones es de 16 años y de las mujeres es de 18 años, aunque otros estudios señalan que el inicio de relaciones sexuales en varones es de 13 y 14 años y en mujeres promedio de 15 años.

La actitud de las adolescentes del tercer año de secundaria de la IE Elvira García y García de Chiclayo es favorable, mientras que Carmona (2010) concluye que los adolescentes de una IE estatal de Bellavista Callao muestran actitud negativa hacia los métodos anticonceptivos. Esta diferencia hallada puede explicarse por la diferencia en el contexto familiar y social en que se ha realizado ambas investigaciones, sumado al deficiente conocimientos sobre métodos anticonceptivos, la primera en la ciudad de Chiclayo y la segunda en Bellavista Callao.

En cuanto a la relación entre el nivel de conocimientos en métodos anticonceptivos y la actitud de las adolescentes del tercer año de secundaria de la IE Elvira García y García de Chiclayo, se deduce que las adolescentes con mayores conocimientos sobre métodos anticonceptivos, tendrán una mejor actitud hacia el uso de métodos anticonceptivos y

viceversa. Este hecho se explica a que en la actualidad existe una mayor apertura para la adquisición de información sobre métodos anticonceptivos, pero a su vez es evidente aún que a pesar de ya no ser un tema tabú, las adolescentes aun tienen escaso interés en acopiar este tipo de información que será de suma utilidad tanto para su salud sexual como para su salud reproductiva al igual que para la salud de su pareja, teniendo en cuenta que las adolescentes del tercero de secundaria no tienen la madurez anatómico-fisiológica para procrear adecuadamente a un bebé, ni cuentan con los medios económicos suficientes para su adecuada alimentación y cuidados, según se observa de los resultados del nivel socio económico al que pertenecen las adolescentes.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los objetivos planteados se arriba a las siguientes conclusiones:

1. El nivel de conocimiento sobre métodos anticonceptivos en las adolescentes del tercer año de educación secundaria de la I.E Elvira García y García es que el 47% tienen un nivel medio de conocimientos, seguido de un 27.8% con un nivel bajo de conocimientos y solo 25.2% es alto y Con respecto a la actitud el 73.9% de los adolescentes en estudio tienen actitud desfavorable hacia los anticonceptivos y solo el 26.1% tiene actitud favorable
2. Existe una relación altamente significativa entre el nivel de conocimientos y actitud hacia los anticonceptivos en las adolescentes del tercer año de la Institución Educativa Elvira García y García ($p < 0.05$). Del total de adolescentes que tienen actitudes desfavorables hacia los anticonceptivos, el 49.4% tiene un conocimiento medio y el 32.9% tienen un conocimiento bajo sobre anticonceptivos, mientras que las adolescentes con actitudes favorables el 46.7% tiene un conocimiento alto y un 40% tiene un nivel de conocimientos medio sobre anticonceptivos.
3. La fuente de información sobre métodos anticonceptivos de la población en estudio es
4. el 49.6% recibió información sobre métodos anticonceptivos por parte de los padres de familia.
 5. Las adolescentes en estudio conocen a los MAC en un 72.1%
 6. Las adolescentes en estudio usan MAC en un 24.3 %
7. Las adolescentes en estudio tienen al preservativo como el MAC que mayormente usan, en un 20.8%

RECOMENDACIONES

- 1.- A las autoridades del Ministerio de Educación, en su caso a la UGEL Chiclayo y a las propias autoridades del plantel en estudio, que deben contar con un plan de trabajo extracurricular de capacitación a docentes y de ser posible a los propios adolescentes en temas sobre salud sexual y reproductiva, para ello deberá tener como apoyo a su aliado estratégico, el MINSA, a través de sus representantes los obstetras especialistas en adolescentes.
- 2.- A los adolescentes que deben tomar conciencia en tener mayor conocimiento sobre su vida sexual activa y su prevención de embarazo no deseado, utilizando la metodología anticonceptiva adecuada.
- 3.- A los obstetras quienes deben estar preparados para atender la demanda de la educación sexual y reproductiva del adolescente escolar y contribuir a la disminución de la morbilidad materna en este grupo etario.
- 4.- A los colegas investigadores sobre salud sexual y reproductiva en adolescentes desarrollar futuras indagaciones sobre aspectos no contemplados en la presente pesquisa.
- 5.- A la Universidad continuar cultivando la investigación como eje transversal en la formación de todos los estudiantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mendoza M. Conocimiento sobre el uso y funcionamiento de los metodos anticonceptivos en los adolescentes de Ciudad Bolívar. Trabajo de Grado como Requisito para Optar al Título de Médicos Cirujanos. Ciudad Bolívar: Universidad de Oriente, Escuela de Ciencias de la Salud; 2012.
2. Mendoza G. Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales del adolescente frente a las ITS se en el Plantel Educativo 13 de Octubre de la ciudad de Calceta. Quito: Universidad San Francisco de Quito; 2012.
3. Organización Mundial de La Salud. La salud de los Jóvenes: un desafío para la sociedad. Informe de un grupo de estudio de la OMS sobre la salud de los jóvenes y la salud para todos en el año 2000 Ginebra: OMS, Serie de Informes Técnicos, N°731; 2000.
4. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Planificación Familiar Lima, : Biblioteca Central del Ministerio de Salud; 2005.
5. Pagola LyCR. Manejo de los métodos anticonceptivos en la adolescencia.. [Online].; 2002 [cited 2015 08 04. Available from: <http://aps.sld.cu/seminario2002/recursos/ver.php/manejo%20%20metodos%20antoconceptivos%20en%20la%20adolescencia?id=234>.
6. Potts MySR. Demasiada gente, Historia de la sexualidad, desde Adán y Eva.. 112317345th ed.: Editorial Akil-Cambridge. ; 2001.
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar ENDES, 2014 Lima; 2015.
8. Navarro Y. Comportamiento y actitudes sexuales en los adolescentes. [Online].; 2009 [cited 2015 09 14. Available from: www.accessmylibrary.com/./comportamientos-y-actitudes-sexuales.html.
9. Rodríguez A. Percepciones y Comportamientos de Riesgo en la vida Sexual y Reproductiva de los Adolescentes.. Revista cubana de Salud Publica. 2006; 32 (01):1 – 9..

- 10 Fernández Y. Conocimientos sobre sexualidad y su influencia en el comportamiento sexual de los adolescentes de los colegios secundarios estatales de la localidad de Tumbes. Tesis de licenciatura. ; 2007.
- 11 Macias MyMM. Conocimientos sobre anticoncepción en adolescentes de un preuniversitario del municipio San José de las Lajas.. Revista de Ciencias Médicas de La Habana. 2012; Vol. 18(2).
- 12 Mendoza Uea. Conocimiento sobre el uso y funcionamiento de los métodos anticonceptivos en los adolescentes de Ciudad Bolívar. Repositorio Insitucional de la Universidad de Oriente, Cumaná - Venezuela. 2012 Agosto;(http://hdl.handle.net/123456789/4690).
- 13 Oltra E. ¿Qué experiencias, actitudes y comportamientos tienen los adolescentes españoles ante la contracepción? Cultura de los cuidados. 2011; Año VII, Nº 14, 2.
- 14 Vaillant, M. et al.i. Prevención del embarazo en adolescentes. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Cuba. en el Policlínico Docente. Rev Cubana Enfermería [online].. 2012; vol.28(n.2): p. pp. 125-135..
- 15 Carmona G. Conocimientos y actitudes hacia los anticonceptivos en los adolescentes del tercer año de secundaria del Colegio Nacional "Dora Mayer" Bellavista-Callao, agosto-setiembre de 2008. Revista Peruana Obstetricia Enfermería. 2010 Junio; 5 n.1 Lima(1).
- 16 Flores M. Conocimientos, prácticas sexuales y actitud del adolescente hacia la sexualidad responsable y embarazo precoz.. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciatura en Enfermería. Lima: Escuela De Enfermeria Padre Luis Tezza Afiliada a la Universidad Ricardo Palma ; 2012.
- 17 Gutiérrez S. Efectividad del Programa Educativo "Exprésate" en el nivel de conocimientos y actitudes hacia la prevención del embarazo adolescente en la Institución Educativa "Peruano Suizo", Comas 2011. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012.

- 18 Hurtado O. Conocimiento y actitudes hacia el embarazo precoz en
. estudiantes de una Institución Educativa Estatal Escuela de Enfermería
Padre Luis Tezza Afiliada a la Universidad Ricardo Palma Lima 2014.
Tesis para optar el título Profesional de Enfermería. Lima: Escuela de
Enfermería Padre Luis Tezza Afiliada a la Universidad Ricardo Palma ;
2014.
- 19 Parra , L. , Navarro A. Parra; L. ; Navarro, A. Nivel de conocimiento
. sobre métodos anticonceptivos y su uso en las relaciones sexuales de
los estudiantes de obstetricia de la Universidad Alas Peruanas en el año
2011. Revista Científica Alas Peruanas. 2013; Vol. 1,(núm. 1).
- 20 Solís A. Conocimiento y actitudes sexuales en adolescentes del distrito
. de Chimbote. In Crescendo Ciencias de la salud. 2014; 1(2).
- 21 Caján M. Conocimientos de métodos anticonceptivos y el patrón de
. conducta sexual por parte de los estudiantes de Enfermería de la USS,
2013- 2014. Rev Paraninfo Digital, 2014; 20. Revista Paraninfo Digital.
2014.
- 22 Rojas R. Relación entre conocimientos sobre salud sexual y las
. conductas sexuales de riesgo en adolescentes de secundaria. I.E.M.
Nuestra Señora de Montserrat. Lima 2010. Tesis para optar el Título
Profesional de Licenciada en Enfermeria. Lima: Universidad Nacional
Mayor de San Marcos ; 2010.
- 23 Ministerio de Salud. Norma Técnica N° 032-MINSA/DGSP-V.01 Lima:
. Dirección general de salud de las personas; 2006.
- 24 Mnisterio de Salud. Planificación Familiar. [Online].; 2014 [cited 2015 06
. 2. Available from:
<http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2012/planfam/metodos.asp>
.
- 25 Muñoz A. Cambios en conocimientos, actitudes y prácticas de los
. estudiantes de 15 a 18 años que recibieron y no recibieron capacitación
sobre la estrategia nacional intersectorial de planificación familiar y
prevención del embarazo Diciembre 2013- Abril 2014. Cuenca;; 2014.

- 26 Ramírez K. Programa educativo sobre el nivel de conocimiento de las . infecciones de transmisión sexual-VIH SIDA y conductas sexuales de adolescentes de Ilimo, 2014. Salud y vida Sipanense. 2014; 1(2).
- 27 Ventura A. Significado social del embarazo adolescente desde la . perspectiva del adolescente de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo – Chiclayo. Tesis para optar el título de licenciado en enfermería. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo ; 2014.



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE CHICLAYO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



ANEXO 01

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES HACIA LOS
ANTICONCEPTIVOS EN LAS ADOLESCENTES DEL TERCER AÑO DE
SECUNDARIA DE LA I.E. ELVIRA GARCÍA Y GARCÍA. CHICLAYO 2015”

I. INSTRUCCIONES

Marca con un aspa la respuesta que Ud. crea conveniente:

II. DATOS GENERALES

a. Edad: 13-14 años ☐ 15-16 años ☐ 17-18 años ☐

b. Zona de residencia:

Cercado ☐ Urbana ☐ Urbana periférica ☐
AAHH ☐

c. Con quien vive

Familia completa (padre, madre, hermanos) ☐

Familia incompleta:

Sólo papá ☐

Sólo mamá ☐

Otros

d. Religión

Católica ☐ : Mormona ☐

Evangélica ☐ Otros ☐

e. Estado civil de los padres

Solteros ☐ Casado ☐ Convivientes ☐

- f. Recibió información en temas sexuales a través de
Padres Hermanos Amigos Docente
- g. Reciben educación sexual en la institución educativa.
Sí No

III. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE METODOS ANTICONCEPTIVOS MAC

1. ¿Sabes que significan relaciones sexuales?

Si () No ()

2. ¿Has tenido Relaciones sexuales?

Si () No ()

3. ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?

10 a 12 años () 13 a 15 años () 16 a 17 años ()

Aun no tiene ()

4. ¿Has usado algún método anticonceptivo?

Si () No ()

5. Si la respuesta anterior es afirmativa entonces ¿Qué método usas o has usado con mayor frecuencia?

.....

6. Los MAC hormonales son métodos que se absorben en el organismo e inhiben la ovulación

si ()

no ()

7. Debe probarse inflando el condón antes de usarlo para verificar su buen estado

a) si ()

b) no ()

8. Marque con un aspa los métodos anticonceptivos que conoces:

- () T de cobre o DIU
- () Píldoras o pastillas anti conceptivas
- () Coitos interruptus
- () Inyecciones o ampollas
- () Método del ritmo o método de la regla o calendario
- () Método de Biillings o moco cervical
- () implantes
- () Ligadura de trompas – Vasectomía
- () Preservativo o condón
 - () Cremas espermicida – óvulos
 - () MELA lactancia materna exclusiva

9. Cuáles son los efectos adversos de los métodos anticonceptivos:

- a) Sangrado intermensual, dolor de cabeza, aumento de presión arterial, aumento de peso, cambios de humor, disminución del deseo sexual, insuficiencias respiratorias,
- b) Infección en la zona del implante, dolor de cabeza, aumento de peso
- c) Embarazo fuera del útero.
- d) Todas

10. El método anticonceptivo es?

- a) una sustancias químicas que impiden la concepción.
- b) una de sustancias químicas que impiden el embarazo y causan daño a la mujer.
- c) sustancias químicas que siempre evitan una ETS.
- d) Ninguna de las anteriores.

11. Los métodos anticonceptivos pueden ser usados por:

- a) Sólo el hombre
- b) Sólo la mujer
- c) La pareja
- d) Ninguna de las anteriores
- e) No sé

12. El método de calendario o regla puede ser usado por:

- a) Mujeres con ciclos menstruales irregulares.
- b) Mujeres con ciclos menstruales regulares.
- d) Todas las mujeres.
- e) No sé

13. La píldora del día siguiente debe tomarse después del acto sexual.

- a) las primeras 24 horas ()
- b) las primeras 72 horas ()
- d) hasta una semana ()
- e) ninguna ()

14. La ampolla se recomienda aplicarse.

- a) primer día de regla ()
- b) a mitad del ciclo menstrual ()
- c) cualquier día de ciclo menstrual ()
- e) ninguno ()

15. El DIU es un método anticonceptivo reversible más usado introducido

- a) útero ()
- b) vagina ()
- c) trompas de Falopio ()

IV. ACTITUD SOBRE METODOS ANTICONCEPTIVOS MAC

- 1. ¿Los métodos anticonceptivos solo deben ser usados por las personas adultas?**

FAVORABLE ()

DESFAVORABLE ()

- 2. ¿Consideras que la pareja que mantiene relaciones sexuales debe usar métodos anticonceptivos?**

FAVORABLE ()

DESFAVORABLE ()

- 3. ¿Los métodos anticonceptivos son fáciles y seguros de usar?**

FAVORABLE ()

DESFAVORABLE ()

- 4. si sigues las instrucciones del uso métodos anticonceptivos este resulta ineficaz**

FAVORABLE ()

DESFAVORABLE ()

- 5. ¿Qué actitud tienes frente al uso de métodos anticonceptivos?**

FAVORABLE ()

DESFAVORABLE ()